

2016-2017

# Thèse

pour le

## Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

# PAERPA Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

Etude de l'impact de la mise en place auprès des  
professionnels de santé du Sud-Ouest Mayennais

**PARIS Marion**

Née le 2 juillet 1992 à Caen (14)

Sous la direction de M. FAURE Sébastien

Membres du jury

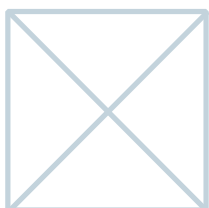
M. Garnier François | Président

M. Faure Sébastien | Directeur

M. Gendry Pascal | Membre

M. Baysse Pierre-Antoine | Membre

M. Guillemot Alain | Membre



Soutenue publiquement le :  
Mardi 4 octobre 2016



# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée **Melle Marion PARIS**

déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **01 / 09 / 2016**

Présidence de l'université  
40 rue de rennes – BP 73532  
49035 Angers cedex  
Tél. 02 41 96 23 23 | Fax 02 41 96 23 00



**L'auteur du présent document vous autorise à le partager, reproduire, distribuer et communiquer selon les conditions suivantes :**



- Vous devez le citer en l'attribuant de la manière indiquée par l'auteur (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'il approuve votre utilisation de l'œuvre).
- Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce document à des fins commerciales.
- Vous n'avez pas le droit de le modifier, de le transformer ou de l'adapter.

**Consulter la licence creative commons complète en français :**  
**<http://creativecommons.org/licences/by-nc-nd/2.0/fr/>**

Ces conditions d'utilisation (attribution, pas d'utilisation commerciale, pas de modification) sont symbolisées par les icônes positionnées en pied de page.



# LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

**Directeur de l'UFR** : Pr Isabelle Richard

**Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie** : Pr Frédéric Lagarce

**Directeur du département de médecine** : Pr Nicolas Lerolle

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine

HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérard	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophtalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique et Mycologie	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine

PASCO-PAPON Anne PECH Brigitte	Radiologie et imagerie médicale Pharmacotechnie	Médecine Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence PETIT Audrey PIHET Marc PRUNIER Delphine RIOU Jérémie ROGER Emilie SCHINKOWITZ Andréas SIMARD Gilles TANGUY-SCHMIDT Aline TRICAUD Anne TURCANT Alain	Sociologie Médecine et santé au travail Parasitologie et mycologie Biochimie et biologie moléculaire Biostatistique Pharmacotechnie Pharmacognosie Biochimie et biologie moléculaire Hématologie ; transfusion Biologie cellulaire Pharmacologie	Médecine Médecine Médecine Médecine Pharmacie Pharmacie Pharmacie Médecine Médecine Pharmacie Médecine

#### AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane AUTRET Erwan BRUNOIS-DEBU Isabelle CAVAILLON Pascal CHIKH Yamina FISBACH Martine LAFFILHE Jean-Louis LETERTRE Elisabeth O'SULLIVAN Kayleigh	Informatique Anglais Anglais Pharmacie Industrielle Économie-Gestion Anglais Officine Coordination ingénierie de formation Anglais	Médecine Médecine Pharmacie Pharmacie Médecine Médecine Pharmacie Médecine Médecine
---	--	---

## Aux membres du jury

### **Monsieur Sébastien FAURE (Directeur de thèse)**

*Professeur des universités en pharmacologie physiologie à l'UFR Santé d'Angers*

Je vous remercie d'avoir dirigé ce travail. Merci pour vos conseils toujours pertinents, votre très grande disponibilité ainsi que pour l'ensemble des enseignements donnés au cours de ces 6 années d'études. Merci également de m'avoir invitée à participer au colloque « *Travailler ensemble* » de novembre dernier qui fut une expérience très enrichissante.

### **Monsieur François GARNIER (Président)**

*Professeur des universités à l'UFR Santé d'Angers et médecin généraliste*

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail et de votre disponibilité.

### **Monsieur Pascal GENDRY**

*Médecin généraliste à Renazé en Mayenne et président de l'APMSL des Pays-de-la-Loire*

Je vous remercie pour votre aide, votre disponibilité et votre gentillesse tout au long de ce travail.

Merci de m'avoir permis d'assister aux réunions sur le PAERPA.

### **Monsieur Alain GUILLEMINOT**

*Pharmacien d'officine et président de l'URPS Pharmaciens des Pays-de-la-Loire*

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail et de votre disponibilité.

### **Monsieur Pierre-Antoine BAYSSE**

*Pharmacien titulaire à Cossé-le-Vivien (53)*

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail et de votre disponibilité.



## Aux personnes qui m'ont aidée tout au long de ce travail

**Madame Anne ROCHER**

*Coordinatrice du pôle santé du sud-ouest mayennais*

Merci pour toute l'aide et tous les renseignements que vous m'avez apportés afin de réaliser cette enquête.

**Mesdames Camille ABRIAL et Noémie PAMPHILE**

*Directrice du CHLSOM et son adjointe de direction*

Je vous remercie pour l'attention portée à ce travail et pour votre aide.

**Monsieur Vincent MICHELET**

*Responsable du département Coopérations et parcours de santé à l'ARS des Pays-de-la-Loire*

Merci pour l'échange que nous avons eu au tout début de ce travail qui a guidé mes recherches.

Merci d'avoir partagé votre vision du pôle santé.

**Secrétaires du pôle santé**

Je vous remercie d'avoir pris des rendez-vous avec les médecins afin que je puisse les interroger.

**Professionnels de santé du pôle**

*Médecins, infirmiers(ères), pharmaciens, kinésithérapeutes*

Je vous remercie très sincèrement d'avoir pris le temps de répondre à mes questions à deux reprises, pour votre franchise et votre bienveillance. Sans vous, je n'aurais pas pu réaliser cette thèse.

**Docteur Julien BERTRAND**

*Médecin généraliste à Renazé*

Je vous remercie de m'avoir prêté votre thèse, une mine d'informations pour la mienne.

**A Madame Sylvette TRUCHOT, Madame Anne-Françoise GUILLET et toute l'équipe de la pharmacie centrale de Laval**

Je vous remercie pour votre accueil et tout ce que vous m'avez apporté au cours de ces trois stages au début de mes études.

**A Monsieur Philippe MOUSNIER, Christine et Arnaud**

Je vous remercie pour ces six mois de stage, pour votre patience et pour le temps consacré à transmettre vos connaissances et votre amour du métier aux stagiaires. Ce fut très agréable de travailler dans la bonne humeur à vos côtés.

**A mes parents**

Merci pour tout. Notamment pour m'avoir transmis votre amour du métier, m'avoir rassurée et encouragée tout au long de mes études.

**A Charlotte et Louis, ma sœur et mon frère**

**A ma grand-mère Colette**

**A mes grands-pères Jules et Jacques et ma grand-mère Christiane**

Vous me manquez.

**Au reste de ma famille : oncles, tantes, cousins et cousines**, en particulier à Emmanuelle d'avoir corrigé mon résumé en anglais.

**A mes amis de la faculté de pharmacie : Marie, Pauline, Mathilde, Mylène, Margaux, Camille,**

**Anne-Lise, Maïlys, Emilie, Anne-Sophie, Elise, Arnaud, Quentin, Alexandre ...**

Merci pour tous ces bons moments passés ensemble. J'espère qu'il y en aura d'autres.

**A mes amis du lycée : Louison, Eve, Jonathan, Cloé, Aurélien, Stan, Anas et Elise**

Merci d'être toujours là pour rigoler.

**A toute la promo officine 2016, à Quentin et Bastien** et tous ceux que j'ai pu oublier...

## Table des abréviations

ADMR	: Aide à Domicile en Milieu Rural
ANAP	: Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARS	: Agence Régionale de Santé
ASIP Santé	: Agence des Systèmes d'Informations Partagés de Santé
ASMAD	: Association de Services pour le Maintien A Domicile
CHLSOM	: Centre Hospitalier Local du Sud Ouest Mayennais
CLIC	: Centres Locaux d'Information et de Coordination
CLS	: Contrat Local de Santé
CPOM	: Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
CPS	: Carte des Professionnels de Santé
CRH	: Compte Rendu d'Hospitalisation
CTA	: Coordination Territoriale d'Appui
DDASS	: Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DMP	: Dossier Médical Partagé
DP	: Dossier Pharmaceutique
EAAR	: Equipe d'Appui, d'Adaptation et de Réadaptation
EHPAD	: Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
ETP	: Education Thérapeutique du Patient
FIQCS	: Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
FIR	: Fonds d'Intervention Régionale
GCS	: Groupement de Coopération Sanitaire d'Information Hospitalier
GIR	: Groupes Iso Ressources
GMSIH	: Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier
HAD	: Hospitalisation A Domicile
HAS	: Haute Autorité de Santé
HCAAM	: Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
HPST	: Hôpital Patient Santé Territoire
IDE	: Infirmier Diplômé d'Etat
IPE	: Interprofessional Education
LFSS	: Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MAIA	: Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer
MAINH	: Mission nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier
MEAH	: Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier
MRS	: Mission Régionale de Santé
NMR	: Nouveaux Modes de Rémunération
ONDAM	: Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
OGDPC	: Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu

PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

PDA : Préparation des Doses à Administrer

PMSA : Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé

PPS : Plan Personnalisé de Santé

ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources

SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

# Sommaire

## INTRODUCTION

### PARTIE I : PAERPA

#### 1. L'interprofessionnalité

#### 2. Le projet PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

##### 2.1. L'expérimentation au niveau national

###### 2.1.1. Présentation

###### 2.1.2. Objectifs

###### 2.1.3. L'ANAP

###### 2.1.4. Population cible

###### 2.1.5. Le dispositif

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

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

###### c) La mobilisation des établissements de santé et médico-sociaux pour la gestion des transitions ville-hôpital-EHPAD

###### 2.1.6. Financement

###### 2.1.7. Les territoires pilotes

###### 2.1.8. Outils

###### a) Les systèmes et échanges d'information

###### b) La formation

###### c) La télémédecine

###### 2.1.9. Evaluation du projet

##### 2.2. PAERPA en Mayenne

###### 2.2.1. Le territoire Mayennais et ses caractéristiques

###### 2.2.2. Le territoire du sud-ouest mayennais

###### a) Caractéristiques démographiques du territoire

###### b) L'offre de soins dans le sud-ouest mayennais en 2016

###### c) Historique de la coopération locale des acteurs de santé

###### 2.2.3. Objectifs de l'ARS

###### 2.2.4. Outils

###### 2.2.5. Déroulement du processus (annexe 2)

###### a) Première étape : signalement

###### b) Deuxième étape : inscription dans la démarche PPS

###### c) Troisième étape : évaluation sociale

###### d) Quatrième étape : réalisation du plan d'action

###### e) Cinquième étape : présentation du PPS au patient et son intégration dans le DMP

###### f) Sixième étape : initiation des actions, le suivi et l'évaluation des PPS

###### 2.2.6. Les aides et dispositifs existant

###### 2.2.7. Les fonctions de support à l'organisation du PAERPA

###### 2.2.8. Les atouts du territoire

#### 3. Objectifs de l'enquête

### PARTIE II : METHODE

#### 1. Choix de la méthode qualitative

#### 2. L'interviewer

#### 3. Le recrutement des professionnels

#### 4. Enquête en amont de la mise en place de PAERPA

#### 5. Enquête un an après la mise en place

#### 6. L'analyse des données

### PARTIE III : RESULTATS

#### 1. Résultats de l'enquête avant le début de PAERPA

##### 1.1. Le travail en équipe

##### 1.2. Les attentes, les motivations et les bénéfices attendus envers PAERPA

###### 1.2.1. Une amélioration de la qualité de vie du patient

- 1.2.2. Une meilleure coordination et communication entre professionnels
- 1.2.3. La formalisation de ce qui se fait déjà pour améliorer le parcours de soins
- 1.2.4. Une reconnaissance
- 1.2.5. Pas de motivation
- 1.2.6. Faire changer les choses
- 1.2.7. Bénéfices personnels
- 1.3. Les craintes, les freins, les difficultés
  - 1.3.1. Liés à l'organisation
  - 1.3.2. Liés au travail en équipe
  - 1.3.3. Liés au patient
  - 1.3.4. Liés au projet en lui-même
  - 1.3.5. Aucune crainte
- 1.4. Les besoins
  - 1.4.1. Des supports d'information
    - a) Le partage des données
    - b) La messagerie sécurisée
  - 1.4.2. Une organisation administrative
  - 1.4.3. Des outils d'information, de planification et de coordination
  - 1.4.4. Des outils de communication
- 1.5. Les facteurs favorables à une bonne coopération
- 2. Résultats de l'enquête un an après**
  - 2.1. Nombre de PPS et signalements
    - 2.1.1. Nombre de PPS auxquels les professionnels de santé interrogés ont participé
    - 2.1.2. Nombre de patients fragiles signalés
  - 2.2. Les actions mises en œuvre
  - 2.3. Le retour au patient
  - 2.4. Le degré de satisfaction envers PAERPA
  - 2.5. Les atouts du dispositif
    - 2.5.1. L'échange pluridisciplinaire
    - 2.5.2. Une meilleure prise en charge du patient
    - 2.5.3. La formalisation
    - 2.5.4. La rémunération
    - 2.5.5. Autres
      - a) Pas d'atouts
      - b) Intégration du pharmacien
  - 2.6. Les faiblesses, les limites et les points à améliorer
    - 2.6.1. Le manque de temps
    - 2.6.2. Le refus des patients
    - 2.6.3. Le manque d'investissement de certains, l'exclusion d'autres
    - 2.6.4. Une mise en pratique difficile
    - 2.6.5. L'orientation du travail
    - 2.6.6. Le partage des tâches
    - 2.6.7. Pas une avancée par rapport à ce qui se faisait avant
    - 2.6.8. La rémunération/ le financement des aides
    - 2.6.9. Les raisons pour ne pas avoir fait plus de PPS
    - 2.6.10. Les limites dans la coordination interprofessionnelle
  - 2.7. La prise en charge du patient et les objectifs de soins
  - 2.8. Une modification du point de vue et des pratiques ?
    - 2.8.1. Un nouveau regard sur les autres participants à PAERPA ?
    - 2.8.2. Une modification des pratiques ?
    - 2.8.3. Le travail en collaboration à l'avenir
  - 2.9. Les outils et les besoins
    - 2.9.1. Les outils et les améliorations à y apporter
    - 2.9.2. Le soutien administratif
  - 2.10. La motivation à participer à d'autres projets
  - 2.11. La motivation à continuer PAERPA

## **PARTIE IV : DISCUSSION**

## **1. Où en est-on dans PAERPA ?**

- 1.1. Objectif de PPS non atteint
- 1.2. Une organisation en cours de perfectionnement

## **2. Les facteurs favorables**

- 2.1. Le contexte antérieur
  - 2.1.1. Le regroupement en pôle et maisons de santé
  - 2.1.2. Le milieu rural
  - 2.1.3. Un travail de longue haleine
- 2.2. Même motivation : le patient
- 2.3. Mêmes craintes : le manque de temps
- 2.4. Un regard global sur la personne âgée et une synergie d'action
- 2.5. Le lien avec l'hôpital local
- 2.6. Rémunération individuelle bienvenue mais pas un facteur déterminant

## **3. Les points faibles et les pistes d'amélioration**

- 3.1. Les limites dans la coordination et le partage des tâches
- 3.2. Investissement des acteurs
- 3.3. Ne perd on pas le sens du projet ?
- 3.4. Le refus du patient
- 3.5. Des outils bien faits qui peuvent être encore mieux exploités

## **4. Des résultats encourageants à l'étranger**

- 4.1. Canada
- 4.2. Suisse

## **5. Limites de la méthode**

- 5.1. Méthode de recueil
- 5.2. Professionnels recrutés
- 5.3. Des entretiens perfectibles
- 5.4. Neutralité de l'investigateur

## **CONCLUSION**

## **BIBLIOGRAPHIE**

**Annexe 1 : Modèle de PPS**

**Annexe 2 : Logigramme de PAERPA**

**Annexe 3 : Fiche d'aide au repérage de la fragilité**

**Annexe 4 : Questionnaire d'aide à la décision d'initier un PPS**

**Annexe 5 : Fiche de demande de consentement du patient**

**Annexe 6 : Tableau des disponibilités pour les réunions**

**Annexe 7 : Questionnaire de la première enquête**

**Annexe 8 : Questionnaire de la seconde enquête**

## **TABLE DES ILLUSTRATIONS**

## **TABLE DES TABLEAUX**

## Introduction

« Les pharmaciens doivent entretenir de bons rapports avec les membres du corps médical, les membres des autres professions de santé et les vétérinaires et respecter leur indépendance professionnelle. » (Article R.4235-31 du Code de déontologie du pharmacien). Telle est une des missions du pharmacien, énoncée dans le code de déontologie. (1) Aujourd’hui, « entretenir de bons rapports » avec les autres professionnels de santé ne suffit plus. Il faut collaborer, travailler main dans la main autour d’un même patient. Ce concept d’interprofessionnalité dans le milieu médical et de la santé est en pleine émergence depuis quelques années. Des projets se mettent en place partout en France avec pour objectif l’amélioration et l’optimisation de la prise en charge des patients, cela passe notamment par le regroupement en maisons et pôles de santé. L’expérimentation PAERPA, Personnes Agées En Risque de Perte d’Autonomie, en place dans plusieurs régions françaises, vise à améliorer le parcours de santé des aînés en encourageant les professionnels du médico-social à se réunir et se coordonner autour d’un patient commun de plus de 75 ans en situation de fragilité. Nous nous appuierons sur la mise en place concrète de ce dispositif depuis un peu plus d’un an dans l’un des départements pilotes, la Mayenne et plus précisément le territoire du sud-ouest mayennais. L’avis des acteurs de santé locaux à propos de ce projet a été recueilli à 2 reprises, avant et un an après sa mise en place. Nous analyserons dans ce document les points forts et points faibles de PAERPA, de leur point de vue. Quel impact ce dispositif a-t-il eu sur leur pratique ?



# Partie I : PAERPA

## 1. L'interprofessionnalité

Cette définition de l'interprofessionnalité, très complète, est proposée dans *Interprofessionnalité en gérontologie* : « *Processus et modalités d'organisation de travail et de communication sociale permettant à des professionnels d'horizons, de cultures et de pratiques différentes d'échanger, et éventuellement de mettre en commun, des connaissances, des informations, des opinions, des vécus personnels en vue d'analyser et de comprendre toutes les situations professionnelles auxquelles chacun est susceptible d'être confronté (diagnostic situationnel médico-social, décision de prise en charge, élaboration d'un document de référence...).* Ce travail en équipe, fondé sur la recherche de représentation et de valeurs compatibles, permet la coordination des rôles et la répartition des tâches en vue d'élaborer des projets et des plans d'action et de donner une signification partagée au sein de l'action collective. ».

En gérontologie, l'interprofessionnalité est intéressante à plusieurs titres. La gérontologie s'attache à prendre en charge le patient dans sa globalité et ses multiples dimensions car le vieillissement est un processus plurifactoriel complexe, que la polypathologie est fréquente et qu'il faut prendre en compte l'ensemble des interactions psychosociales. D'où la nécessité de faire intervenir de multiples professionnels autour du patient âgé. L'interprofessionnalité présente divers avantages : le respect de l'expression et de la communication, la reconnaissance de chacun au sein du groupe et un enrichissement mutuel. Il s'agit également d'un puissant facteur de motivation qui permet par ailleurs de partager ses connaissances et d'ouvrir son esprit.

L'interprofessionnalité a pour principe le partage d'un ensemble de valeurs communes ou une base idéologique entre les acteurs, qui sous-tend et détermine une philosophie de soin identique et donc la formulation d'un même objectif. « *Tout travail interprofessionnel requiert une méthode commune qui correspond à la définition, à l'articulation et donc à l'adéquation des moyens nécessaires.* » L'interprofessionnalité nécessite des acteurs une capacité à communiquer entre eux. Selon Roger Mucchielli, « *la communication, au sens étroit, désigne la nature même et le sens du processus : la relation interhumaine par laquelle des interlocuteurs peuvent se comprendre et se faire comprendre ou s'influencer l'un l'autre* ». Les conditions préalables à cet échange sont donc le partage d'un langage commun (attention aux jargons professionnels excluant) et la capacité réciproque d'écoute de l'autre.

Les fonctions et rôles de chacun doivent être définis, connus et respectés au sein du groupe afin d'exploiter au mieux la complémentarité des différences et des compétences. Il est important de préserver une identité professionnelle forte au sein du groupe. La prise de décision est partagée et imputable à chacun mais chaque membre conserve la part de responsabilité relative à sa fonction. Un des points essentiels est la formation continue, qui permet d'acquérir une base commune de connaissances dans la discipline et de former aux pratiques interprofessionnelles.

Cependant, ce point sera abordé par la suite, l'interprofessionnalité n'est pas une panacée, elle comprend également un certain nombre de contraintes et de limites. (2)

## 2. Le projet PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

### 2.1. L'expérimentation au niveau national



#### 2.1.1. Présentation

Le dispositif PAERPA, aussi appelé « Parcours de santé des aînés », a été initié en septembre 2013. 9 ARS ont été désignées initialement, puis 7 autres, afin de mettre en place des projets pilotes dans les territoires sélectionnés par arrêté par le ministère de la santé. La mise en œuvre de ces projets se fait par convention avec les ARS avec « *les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les établissements de santé, les établissements sociaux et médico-sociaux, les collectivités territoriales volontaires ainsi que, le cas échéant, des organismes complémentaires d'assurance maladie* » comme décrit dans l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2013. (3,4)

#### 2.1.2. Objectifs

Les objectifs sont nombreux et divers.

Le premier objectif étant bien entendu d'améliorer la qualité de vie du patient et de ses aidants. Pour ce faire, un des points cruciaux de ce dispositif est d'éviter autant que possible l'hospitalisation et le recours aux urgences de ces personnes, en identifiant et luttant contre les facteurs de risques d'hospitalisation (cf. plus bas), en améliorant leur qualité de vie à domicile afin qu'elles restent le plus longtemps autonomes et en bonne santé chez elles. Cela passe bien sûr par un soutien à leur entourage (les « aidants ») et par une implication du patient en tant qu'acteur de son état de santé.

Le deuxième objectif est d'adapter les pratiques professionnelles au parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Cet objectif consiste en la recentralisation des professionnels sur leur plus haut niveau de compétences, en l'amélioration de la coordination entre eux (connaissance mutuelle et communication) et en la sensibilisation aux facteurs de risques d'hospitalisation des personnes âgées. Par ailleurs, l'amélioration de la transition ville-hôpital ainsi que l'amélioration des pratiques professionnelles (sensibilisation au risque iatrogénique) font également partie des points clés de ce projet.

Le troisième objectif est de créer les conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs. (3)

#### 2.1.3. L'ANAP

L'ANAP, créée en 2009 suite à la loi HPST, a pour mission d'aider les établissements de santé et médico-sociaux ainsi que les ARS à améliorer leurs performances. Elle regroupe 3 entités : le GMSIH (Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier), la MAINH (Mission nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier) et la MEAH (Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier). Dans le cadre du PAERPA, l'ANAP accompagne les ARS des territoires engagés en concevant et mettant à disposition des méthodes et des outils. Concrètement, le rôle de l'ANAP est :

- d'apporter un appui méthodologique aux équipes projets en ARS ;
- de produire des outils et capitaliser sur les méthodes (fiches d'action type, feuille de route type...) ;
- de participer au dispositif national de pilotage et d'évaluation. (5,6)

#### 2.1.4. Population cible

Selon le cahier des charges du projet, PAERPA « recouvre l'ensemble des personnes de 75 ans et plus pouvant être encore autonomes mais dont l'état de santé est susceptible de s'altérer pour des raisons d'ordre médical et /ou social. D'après les données de l'assurance maladie :

- 85 % de ces personnes ont au moins une pathologie ;
- 57 % sont en affection de longue durée (ALD) ;
- 29 % souffrent d'au moins une pathologie cardio-vasculaire ;
- 33 % ont été hospitalisées au moins une fois en 2010, pour une durée de 12 jours en moyenne ;
- 7 molécules différentes leur sont en moyenne délivrées au moins trois fois par an. »

Les 4 facteurs majeurs d'hospitalisation de cette population qui ont été ciblés sont :

- les problèmes liés au traitement (iatrogénie médicamenteuse, difficultés d'observance et insuffisances de traitement) ;
- la dénutrition ;
- la dépression ;
- les chutes.

Le cahier des charges précise que « ces facteurs d'hospitalisation sont en général associés à des pathologies d'organe, telles l'insuffisance cardiaque ou la broncho-pneumopathie chronique obstructive, ou à des maladies invalidantes telles la maladie d'Alzheimer ou l'ostéoporose fracturaire. »

Le projet se basera donc sur l'optimisation du diagnostic de ces pathologies ainsi que de leur thérapeutique. L'éducation du patient et de son entourage, ainsi qu'une coordination adéquate des professionnels de santé le prenant en charge devraient permettre de prévenir ces hospitalisations. (3)

#### 2.1.5. Le dispositif

En 2011, le rapport de l'HCAAM « assurance maladie et perte d'autonomie » préconisait que la coordination, qui possède deux fonctions principales, repose sur une base territoriale. A savoir, la fonction de « synthèse médicale » faite par le médecin traitant et d'autre part la « coordination soignante et sociale » pouvant être déléguée à un professionnel de santé libéral, une équipe pluridisciplinaire ou à un travailleur social. Les projets pilotes devront donc mettre en place plusieurs niveaux de coordination distincts, qui sont les suivants :

- la coordination clinique de proximité ;
- la coordination territoriale d'appui ;
- la mobilisation des établissements de santé et médico-sociaux pour la gestion des transitions ville-hôpital-EHPAD.

### a) La coordination clinique de proximité

Elle peut se résumer par le schéma suivant :

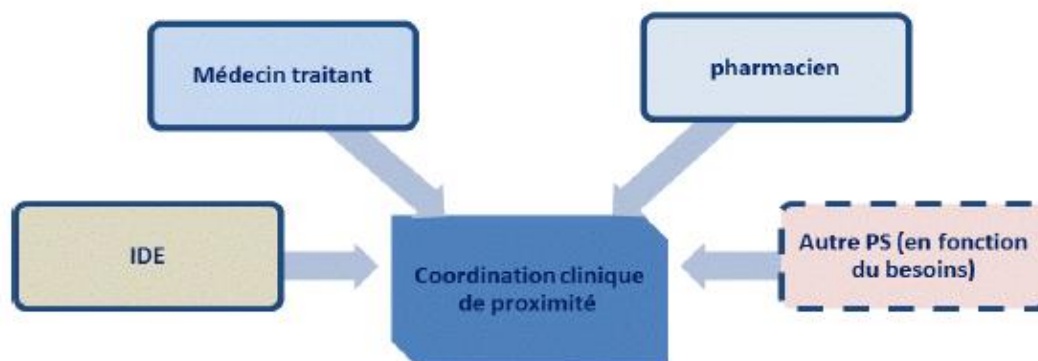


Figure 1 : La coordination clinique de proximité (3)

En effet, cette coordination fait appel aux soignants les plus proches du patient âgé. C'est le médecin traitant qui aura la responsabilité de l'organiser, entouré d'un infirmier, d'un pharmacien d'officine et éventuellement d'un autre professionnel de santé (masseur-kinésithérapeute par exemple). Le patient dispose bien entendu du libre choix de ses praticiens. Cette coordination est au cœur du dispositif PAERPA et a pour but de « *formaliser la mobilisation des professionnels de proximité au plus près des personnes âgées et au plus tôt dans le parcours* ». C'est ce « noyau » qui aura pour mission d'élaborer le plan personnalisé de santé ou PPS qui sera évoqué par la suite. (3)

### b) La coordination territoriale d'appui

Elle repose sur des systèmes de coordination et d'intégration déjà existants sur le territoire et n'intervient que si elle est sollicitée par les professionnels, le patient ou ses aidants. Elle permet, par un guichet unique, d'orienter vers les ressources sociales, médico-sociales et sanitaires du territoire parmi lesquels nous pouvons citer le CLIC, MAIA, ... (3,7)

### c) La mobilisation des établissements de santé et médico-sociaux pour la gestion des transitions ville-hôpital-EHPAD

Ces établissements font partie intégrante du parcours de santé des aînés et doivent de ce fait participer à son amélioration. Les établissements de santé devront tout mettre en œuvre pour optimiser la prise en charge des personnes âgées en évaluant leurs besoins et mettant en place les référentiels de bonnes pratiques. Une attention particulière est portée sur l'amélioration des sorties d'hôpital où la coordination avec les acteurs de ville doit être développée. Quant aux EHPAD, ils devront également améliorer la prise en charge interne de leurs résidents et favoriser les échanges avec les autres acteurs de santé. L'échange d'informations entre les hôpitaux, la ville et les EHPAD est capital afin de perfectionner les transitions des résidents d'une structure à une autre. Cet échange s'appuiera sur un certains nombres d'outils qui seront décrits plus bas. (3)

### 2.1.6. Financement

Le financement des projets pilotes s'appuie sur des financements existants pour divers dispositifs relatifs au parcours de soins des personnes âgées ainsi que les prestations qui les concernent. On peut citer par exemple la télémédecine, l'OGDPC, les réseaux, MAIA, les nouveaux modes de rémunération, les équipes mobiles gériatriques...

Un financement complémentaire est prévu afin d'aider à la mise en place d'innovations dans le but de mieux prendre en charge les personnes âgées. En effet, une dotation spécifique du fonds d'intervention régionale (FIR) sera mise à disposition des ARS des régions abritant des territoires pilotes et ne pourra être utilisée que dans le cadre du parcours de santé des aînés.

« Ces financements complémentaires ont donc vocation à :

- conforter la gouvernance des projets pilotes ;
- assurer le déploiement d'outils adaptés ;
- financer des prestations aujourd'hui dérogatoires du droit commun et prévues dans le cadre de l'article 48 de la LFSS pour 2013 (notamment assurer une meilleure solvabilisation des personnes âgées afin de limiter les arbitrages financiers individuels défavorables au bon accompagnement) ;
- compléter les organisations existantes pour favoriser la cohérence des parcours (que ces organisations soient portées par des professionnels, des structures d'exercice coordonné, des établissements de santé ou médico-sociaux, etc)

Le financement mis en place a vocation à intéresser l'ensemble des acteurs de la prise en charge des personnes âgées aux économies réalisées et à l'amélioration du parcours de santé.

En revanche, la rémunération des équipes de soins de proximité sera définie dans le cadre de la négociation conventionnelle pluri professionnelle prévue par l'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. » (3)

### 2.1.7. Les territoires pilotes

Neuf territoires pilotes ont été retenus pour participer à l'expérimentation PAERPA (cinq projets lancés en septembre 2013 et quatre en janvier 2014). En juin 2016, l'expérimentation a été étendue à 7 nouveaux territoires. (8)

### 2.1.8. Outils

Des outils spécifiques à la mise en place des expérimentations PAERPA ont été élaborés. D'après le cahier des charges, ils sont de trois types : les systèmes et échanges d'information, la formation des acteurs et la télémédecine. Le but est de « développer un langage commun et favoriser la communication et la coordination entre professionnels ». Nous allons décrire brièvement chacun de ces outils.

#### a) Les systèmes et échanges d'information

##### Le plan personnalisé de santé (PPS) (annexe 1)

Il s'agit d'un document piloté par le médecin traitant, rempli selon un modèle proposé par la HAS soit par le médecin traitant lui-même, soit par un autre professionnel de santé. Il comprend différentes parties. La première est la situation sociale du patient et ses contacts utiles. Ensuite, il faut rédiger le plan de soins en

remplissant un tableau comprenant les différents problèmes du patient priorisés, les objectifs de soins partagés, les actions à mener et les intervenants qui vont remplir ces missions. Une colonne est réservée pour noter quels sont les critères d'atteinte des résultats et une dernière permet de définir une date de réévaluation. Il y a un plan de soins à l'initiation mais celui-ci peut évoluer et d'autres plans de soins peuvent être rédigés à d'autres points étape. Enfin, le PPS se termine par le plan d'aides (PPS social) qui se présente de la même manière que le plan de soins décrit précédemment, mais concerne cette fois les actions sanitaires et sociales à mener (autonomie du patient, problèmes financiers...). Le PPS permet donc de définir les acteurs engagés dans la prise en charge du patient, leurs rôles respectifs ainsi que les indicateurs de suivi de ce dernier ce qui permet une évaluation ultérieure avec atteinte ou non des objectifs fixés. Il faut préciser que la rédaction du PPS nécessite une visite à domicile du médecin traitant et/ou de l'infirmier choisi par la personne âgée.

Ci-dessous, voici les « 10 points clés pour réaliser un plan personnalisé de santé » repris du site de la HAS :

1. *Désigner un coordonnateur du PPS (Ce peut être le MT ou un autre professionnel venant en appui au MT ; il doit pouvoir être joint facilement par la personne et son entourage) ;*
2. *Identifier les situations à problèmes sur la base d'une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne ;*
3. *Prioriser les situations où une intervention est à la fois nécessaire et possible ;*
4. *Recueillir les préférences et attentes du patient, et en tenir compte ;*
5. *Négocier des objectifs communs avec le patient ;*
6. *Planifier des interventions pour atteindre ces objectifs ;*
7. *Désigner des effecteurs chargés de la réalisation de ces interventions ;*
8. *Déterminer des critères permettant d'évaluer les processus et les résultats ;*
9. *Fixer des dates de révision des interventions (Le suivi d'un PPS est itératif jusqu'à la résolution des problèmes identifiés, selon une séquence : planifier > faire > évaluer > planifier) ;*
10. *Organiser des procédures d'alerte en cas de problème intercurrent (En s'appuyant sur les personnes de l'entourage, les aidants, les personnels des services d'aide à domicile).*

(3,9)

### **Le volet médical de synthèse (VMS)**

Il s'agit d'une fiche de synthèse informatisée sur l'état de santé du patient à un instant précis. Ce volet est rédigé par le médecin traitant et doit être mis à jour dès que l'état de santé du patient a évolué. Il comporte différentes données :

- des renseignements administratifs sur le patient ;
- des renseignements cliniques (pathologies, allergies et intolérances médicamenteuses, antécédents personnels et familiaux, facteurs de risques professionnels) ;
- les traitements en cours ;
- les éventuels résultats des examens diagnostiques ;
- les points de vigilance particuliers.

Il doit être consulté facilement notamment aux urgences à l'hôpital. Il est intégré aux logiciels métiers mais pour le moment, il nécessite une double saisie c'est-à-dire que les données du logiciel du médecin ne permettent pas le remplissage automatique du VMS. (3,10-12)

### **Le dossier de liaison d'urgence (DLU)**

C'est une fiche rédigée par le médecin coordinateur de l'EHPAD utile en cas d'hospitalisation d'un résident en urgence.

### **Le compte-rendu d'hospitalisation**

Il est rédigé par un médecin d'un établissement de santé à la sortie du patient suite à une hospitalisation et vise à synthétiser les informations sur l'état de santé du patient dans le but de les transmettre aux soignants de ville (médecin traitant le plus souvent). Il précise le motif d'hospitalisation, les points importants sur le déroulement de l'hospitalisation, la situation du patient à la sortie, les préconisations d'aide et de soins associés, les constantes de sortie, les traitements stoppés et le motif d'arrêt. Ce document peut servir de base à l'élaboration ou l'actualisation d'un PPS. Le but de ce document est de transmettre le témoin à l'équipe de ville pour améliorer le parcours de soins de la personne âgée. Sa rédaction doit donc être claire, précise et concise. La HAS devrait élaborer une trame dans le but d'aider les professionnels à les rédiger. (3)

### **L'annuaire des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales**

Le but de cet outil est de permettre aux professionnels de santé de trouver plus facilement le service ou la personne nécessaire à chaque instant du parcours et de le contacter plus rapidement. Il peut se présenter sous la forme d'un annuaire des ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire pilote ou sous la forme d'un répertoire opérationnel de ces ressources (ROR). Il est recommandé la mise en place d'un ROR puisqu'il contient un moteur de recherche simple. L'annuaire devra dans la mesure du possible indiquer les coordonnées, les caractéristiques, l'offre et les disponibilités des acteurs ou structures. La CTA devra veiller à son actualisation constante.

### **La messagerie sécurisée**

Tous les acteurs du parcours de santé des aînés des territoires pilotes doivent en posséder une. Elle a été créée lors des formations initiales sur le PAERPA. Selon les régions, ce sont les messageries ASIP santé et MSSanté, dédiées aux professionnels de santé, qui ont été choisies. La messagerie sécurisée permet l'échange d'informations de façon confidentielle sur le patient et le partage des différents outils cités précédemment (PPS, VMS, DLU, CRH). Elle favorise l'échange entre professionnels de santé, qu'ils soient en ville ou dans les établissements de santé et contribue à l'amélioration de la coordination des parcours de soins. (3,13)

### **Le dossier médical partagé (DMP)**

Il peut être consulté, sur internet ou via un logiciel métier compatible avec le DMP, par tout professionnel de santé détenant une carte CPS si le patient a donné son accord. Le DMP permet de stocker et consulter les documents de synthèse décrits ci-dessus et stocker le volet médico-social du PPS. (3)

### **Le dossier pharmaceutique (DP)**

Le Dossier Pharmaceutique (DP) recense tous les médicaments délivrés au cours des quatre derniers mois, qu'ils soient prescrits ou achetés sans ordonnance. Les pharmaciens sont encouragés, avec l'accord de la personne, à utiliser cet outil pour détecter des problèmes médicamenteux (redondance, interactions) afin

d'alerter le médecin traitant sur le risque iatrogénique. En outre, ce DP est également disponible dans les services d'urgence, de gériatrie et en anesthésie-réanimation. (3,14,15)

### **Des outils adaptés à la mobilité**

L'usage de tablettes tactiles ou smartphones par les IDE pour les visites à domicile ou dans les EHPAD est encouragé.

### **L'outil informatique de la coordination territoriale**

C'est un outil déjà utilisé au porteur de la CTA (CLIC, réseau, porteur de MAIA) mais adapté. Il permet d'assurer le suivi des dossiers passant par la CTA, de connaître les personnes âgées suivies par une CCP, d'élaborer et de suivre les indicateurs de processus utiles au pilotage des territoires pilotes (évaluation). (3)

### **Les logiciels métiers adaptés et compatibles avec les outils**

Dans chaque territoire pilote, un diagnostic des besoins en termes d'outils est effectué. Certaines adaptations sont nécessaires, comme par exemple l'inclusion du DMP dans les logiciels métiers ou encore son intégration à la messagerie sécurisée. Les quatre documents cités devront être consultables facilement par les acteurs concernés. (3)

## **b) La formation**

La formation a pour but l'explication aux acteurs de PAERPA, de l'organisation du projet et notamment l'utilisation et l'appropriation des différents outils abordés précédemment (PPS, VMS, CRH, DLU, etc....). De plus, la réunion des différents participants au parcours de santé des aînés au sein d'une même formation, devrait leur permettre de faire connaissance et de faire tomber les barrières afin de mieux travailler ensemble par la suite.

La formation vise tous les professionnels impliqués dans la prise en charge des personnes âgées au sein de ce parcours, c'est-à-dire : les médecins traitants, les IDE libéraux ou coordinateurs de SSIAD, les pharmaciens et tous les autres professionnels de santé impliqués.

Cinq types de formation sont assurés sur les territoire-pilote.

### **La formation des acteurs de la CCP et des professionnels de l'expertise gériatrique**

L'objectif de cette formation est que les acteurs de proximité comprennent et maîtrisent l'organisation du projet, en particulier la place de la CTA, qu'ils sachent utiliser les systèmes d'information à leur disposition et structurer les synthèses médicales. Le but ultime étant de réaliser un PPS à plusieurs en gardant tout au long de la formation, l'idée d'amélioration des pratiques professionnelles autour des quatre facteurs de risque d'hospitalisation (chute, problèmes liés aux médicaments, dénutrition, dépression). La première année, l'attention sera portée tout particulièrement sur le médicament.

### **La formation des aides à domicile et au repérage des facteurs de risque de perte d'autonomie ou de fragilité**

Elle porte sur trois thèmes :



- le repérage des indices de risque de perte d'autonomie ;
- la transmission des informations pertinentes aux acteurs de la CCP et au médecin traitant ;
- savoir s'inscrire dans le suivi de la personne âgée.

### **La formation des acteurs des établissements de santé**

Elle concerne les aides-soignantes, les IDE, les assistantes sociales et les médecins. Ses objectifs sont :

- identifier les PAERPA en recourant aux outils adaptés ;
- poser l'indication de recours à une expertise ou évaluation gériatrique ;
- appliquer les recommandations de bonnes pratiques afin de réduire les risques auxquels sont exposés les PAERPA hospitalisés et inducteurs potentiels de perte d'autonomie « nosocomiale » :
  - o prévention du risque iatrogénique médicamenteux ;
  - o prévention du risque de dénutrition ;
  - o prévention des risques liés à l'alitement et l'immobilisation ;
  - o prévention du risque infectieux ;
  - o prévention de l'« iatrogénie hospitalière » ;
- mettre en œuvre les mesures afin d'améliorer les transitions ville-hôpital ce qui implique la connaissance de la CTA et l'utilisation des outils adaptés.

### **La formation pour les personnels de gériatrie**

Ces personnels devraient suivre une formation de type « OMAGE » qui aura pour objectifs principaux l'optimisation de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (PMSA), l'ETP et la formalisation et simplification du CRH avec à terme son intégration au DMP.

### **La formation à l'ETP**

La formation à l'éducation thérapeutique personnalisée peut être organisée à la fois en ville et en milieu hospitalier et elle devra graviter plus spécifiquement autour des problèmes liés au médicament.

(3)

### **c) La télémédecine**

*« La télémédecine est une pratique médicale qui met en rapport entre eux, par la voie des nouvelles technologies :*

- *soit le patient et un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels un professionnel médical ;*
- *soit plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels au moins un professionnel médical.*

*Elle permet :*

- *d'établir un diagnostic ;*
- *d'assurer, pour un patient à risque, un suivi dans le cadre de la prévention ou un suivi post thérapeutique ;*
- *de requérir un avis spécialisé ;*
- *de préparer une décision thérapeutique ;*
- *de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes ;*

- d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

Le décret d'application de la loi HPST, publié en octobre 2010, est venu renforcer l'assise juridique de la télémédecine, en précisant les conditions de sa mise en œuvre et son organisation. Celles-ci sont désormais inscrites au sein des articles [R.6316-1](#) à [R.6316-9](#) du code de la santé publique. »(16)

Dans le cadre des projets pilotes, la télémédecine a trois objectifs :

- favoriser l'accès aux soins ;
- renforcer la prise en charge ambulatoire et promouvoir l'évaluation gériatrique précoce ;
- organiser la filière gériatrique et psycho-gériatrique en mettant en avant les compétences de chaque intervenant dans la prise en charge et leur articulation.

Les acteurs mettant en place une télémédecine dans les territoires pilotes doivent avoir conclu une convention entre eux et obtenir le consentement du patient concerné. En pratique, la télémédecine peut comporter des consultations de médecins spécialistes ou de la télé-expertise pour les diagnostics complexes. Elle utilise des systèmes de visioconférence mais également la messagerie sécurisée. Un autre aspect de la télémédecine est la télésurveillance médicale sur le lieu de vie. Il s'agit de l'envoi, via une interface web, de données cliniques d'un patient (pression artérielle, pouls, température, glycémie...) à un professionnel afin de les interpréter à distance. (3)

### 2.1.9. Evaluation du projet

A l'heure actuelle, le Ministère de la Santé se base essentiellement sur le nombre de PPS élaborés, les aides mises en place dans le cadre du PAERPA, le nombre de professionnels des différents secteurs impliqués (via la formation), et l'effectivité de la mise en place du partage d'informations (DMP, DLU, messageries sécurisées) pour évaluer le projet. (17)

## 2.2. PAERPA en Mayenne

### 2.2.1. Le territoire Mayennais et ses caractéristiques

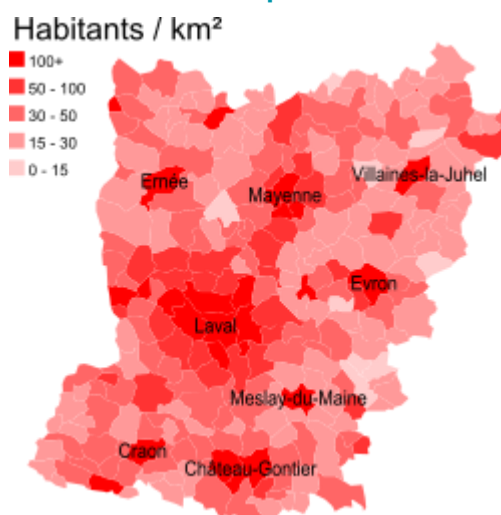


Figure 2 : Densité de population en Mayenne au 1er janvier 2011 (18)

C'est un département qui compte 33 161 habitants de plus de 75 ans soit 10,65% de la population. 52,8% des séjours hospitaliers de cette population sont non programmés. Le nombre de séjours annuels est de 636 (taux

de recours à l'hôpital). La durée moyenne de séjour est de 10 jours en médecine, chirurgie et obstétrique. Le taux de recours à l'HAD est de 144 jours par an. (19)

Il s'agit d'un territoire dont l'espérance de vie est en bonne position parmi les départements français avec un indice de vieillissement élevé dans le nord du département. Les personnes âgées de ce département se situent principalement dans les tranches de revenus faibles. Il y a un fort taux de personnes âgées institutionnalisées mais avec une offre de soins déficitaire aussi bien en ambulatoire qu'en ce qui concerne les établissements. (20)

Indicateur	Mayenne	Pays de la Loire	France métropolitaine
Population (en milliers, au 1 <sup>er</sup> janvier 2009)	303	3538	62474
Indice de vieillissement (nombre de 65 ans et plus, pour 100 moins de 20 ans, en 2007)	71,1	66,4	67,4

Tableau 1 : Quelques indicateurs sociodémographiques pour la Mayenne (21)

Notons qu'en 4 ans (de 2006 à 2010), la part des plus de 75 ans dans la population mayennaise a augmenté de 1 point, passant de 9,50% à 10,50%. (22)

Professionnels de santé de la MAYENNE	Effectif au 01/01/2012	> 55 ans		ETP
		Effectifs	Part	
Médecins généralistes	227	101	44,5%	
Médecins spécialistes	157	81	51,6%	
Masseurs-kinési	140	33	23,6%	
Infirmiers libéraux	201	22	10,9%	
Infirmiers des Coopératives de Soins Infirmiers (CSI)	31			24,62
Dentistes	119	46	28,7%	

Tableau 2: Effectif des professionnels de santé et part des plus de 65 ans dans le département de la Mayenne (chiffres ADELI)(23)

En ce qui concerne le maillage pharmaceutique, la Mayenne compte 95 officines, dirigées par 121 pharmaciens titulaires et où travaillent 77 adjoints.(24)

## 2.2.2. Le territoire du sud-ouest mayennais

### a) Caractéristiques démographiques du territoire

Le département de la Mayenne fait entièrement partie de l'expérimentation PAERPA mais au sein de ce département, le CHLSOM est un des sites moteurs choisis par l'ARS et un des premiers à avoir lancé le dispositif en France. En effet, il a été mis en application dès janvier 2015, une fois les formations terminées. Ce territoire, composé de trois cantons (Saint-Aignan-sur-Roë, Craon et Cossé-le-Vivien), se caractérise par une population de plus de 75 ans qui représente environ 12% de la population totale. Parmi ces 12%, environ 600 personnes seraient la cible de PAERPA et seraient en situation de fragilité. Ce territoire compte donc plus de personnes âgées que la moyenne du territoire français. La population du Pays de Craon en 2013 était de 28531 habitants. (22)

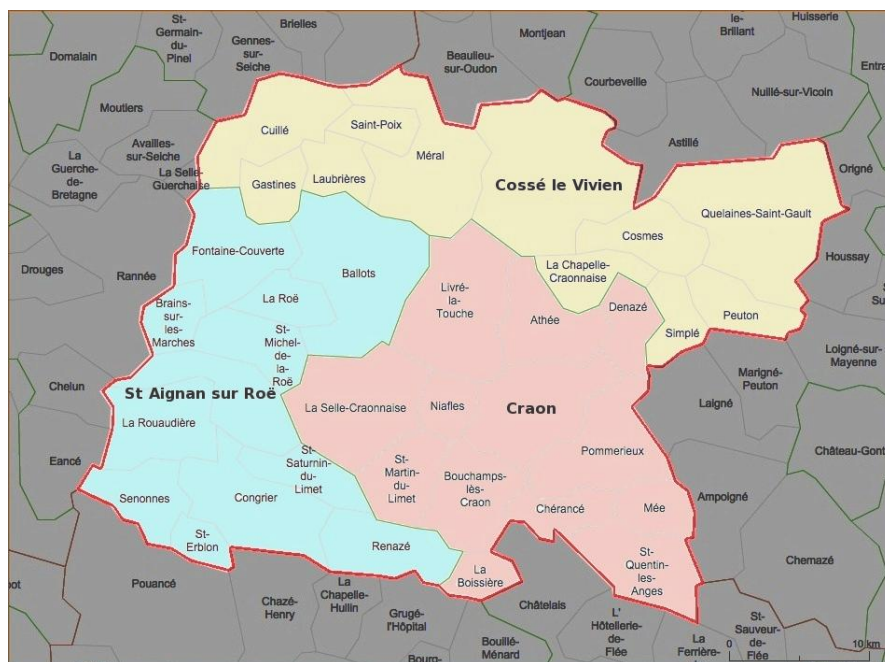


Figure 3 : Le territoire du sud-ouest mayennais (25)

En 2009, sa population estimée était de 27181 habitants sur une zone de 614,7 km<sup>2</sup> ce qui représente une densité de population de 44,22 hab/km<sup>2</sup>, une densité plus faible que celle du département (59 hab/km<sup>2</sup>) et même de la région (100 hab/km<sup>2</sup>). (25)

## b) L'offre de soins dans le sud-ouest mayennais en 2016

### Offre de soins médicale et paramédicale ambulatoires

Professionnels du pôle s	juin-16							
	Craon	Renazé	Ballots	Cuillé	Cossé le Vivien	Saint Aignan	Total	
Médecins	8	5	1	1	3		18	dont 2 assistants à Craon
Infirmiers	8	4	4		5	3	24	
Kinésithérapeutes	2	1					3	
Sage-femme	1						1	
Podologue	1	1			1		3	
Orthophoniste	1	1			1		3	
Déticienne	1						1	
Psychomotricienne	1						1	
Pharmacien	2	1	1		1	1	6	
Amulancier	2						2	
Dentiste (cabinet dentaire mu	1						1	
Psychologue	1						1	
						Total	64	

Tableau 3 : Offre de soins médicale et paramédicale dans le sud-ouest mayennais en juin 2016

### Structures publiques ambulatoires

#### Consultations avancées

- Consultations de psychiatrie (IDE de psychiatrie et psychiatre du Centre Hospitalier du Haut Anjou de Château-Gontier).
- Participation au réseau diabète 53 de plusieurs professionnels de Craon et Renazé. (25)

#### Offre médico-sociale

- Un service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) géré par l'association de maintien à domicile (ASMAD).
- Des associations d'aide à domicile en milieu rural (ADMR). (25)

### L'hôpital local : CHLSOM

Nombre de lits	Craon	Renazé
Médecine générale	20	15
Soins de suite et réadaptation	20	15
Soins de longue durée	30	/
Maison de retraite (EHPAD)	137	83
Total	207	113
	320	

Tableau 4 : Nombre de lits sur le CHLSOM

## Structures d'hébergement sanitaires et sociales (EHPAD)

### Des établissements pour personnes âgées dépendantes

Communes	Etablissements	Nombre de places
<b>Ballots</b>	EHPAD « La Closeraie »	43
<b>Cossé-le-Vivien</b>	Maison de retraite EHPAD Résidence Ambroise Paré	78
<b>Craon</b>	EHPAD	137
	Résidence seniors « Hisia »	55 appartements
<b>Méral</b>	EHPAD « Victoire Brielle »	66
<b>Quelaines Saint Gault</b>	Foyer logement « Le Mottais »	29
<b>Renazé</b>	EHPAD	83
	Foyer logement	23
<b>Saint Aignan sur Roë</b>	EHPAD « Saint Gabriel »	56
<b>Saint Saturnin du Limet</b>	EHPAD « La Chevronnais »	59

Tableau 5 : Etablissement pour personnes âgées dépendantes (25,26)

### Des établissements spécialisés

- le centre d'accueil pour handicapé profond de la Selle-Craonnaise ;
- la MAS : Maison d'accueil spécialisée et foyer de vie de Saint Amadour ;
- le centre d'addictologie d'Astillé, « Château de la Bréhonnière » ;
- les CAT (Centre d'Aide par le Travail), « Les ateliers de la Chesnaie » à Craon et à la Selle-Craonnaise.(25)

### c) Historique de la coopération locale des acteurs de santé

En 2003, afin de lutter contre la désertification médicale et la désorganisation de l'offre de soins de premier recours, certains médecins généralistes et la direction de l'hôpital local ont commencé à réfléchir au regroupement des différents professionnels de santé.

- « 2003 : Création d'une association des acteurs libéraux du Pays de Craon.
- 2005 : Création du comité de santé du Pays de Craon, réunissant des représentants des élus, des usagers et des professionnels de santé libéraux et institutionnels promoteurs d'une réflexion globale sur les enjeux de santé publique du territoire.
- 2006 : Premier projet de « pôle santé de Renazé » présenté aux acteurs paramédicaux et à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) de Mayenne. Extension du projet à l'ensemble du territoire : pôle santé du sud-ouest mayennais. Présentation à l'ensemble des professionnels concernés. Création d'un comité de pilotage et début des réunions, profession par profession afin de déterminer les besoins et exigences de chacun.

- 2007 : Rédaction du projet de pôle santé du sud-ouest mayennais et présentation à la Mission Régionale de Santé (MRS) puis au conseil régional. Choix d'un cabinet d'avocat pour entreprendre un montage juridique permettant le regroupement des professionnels : Groupement de Coopération Sanitaire (GCS). Rédaction d'une charte d'adhésion et d'une convention constitutive.
- Le GCS a reçu le soutien des institutions regroupées au sein de la MRS et divers financements ont été accordés au groupe de travail par le biais du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FICQS).
- 2007-2008 : mission d'accompagnement juridique et mission de programmation architecturale.
- 2008 : mission d'ingénierie permettant un diagnostic de l'organisation des soins.
- 2009 : accompagnement et animation de groupes de travail pour finaliser le projet de santé de territoire.
- 2009-2011 : Construction des structures immobilières du pôle santé.
- Mars 2011 : Ouverture du site de Renazé.
- Mars 2012 : Ouverture du cabinet satellite de Ballots.
- Septembre 2012 : Ouverture du site de Craon. »(25)

### 2.2.3. Objectifs de l'ARS

Les objectifs sont les mêmes que sur les autres territoires pilotes, à savoir :

- améliorer la qualité de vie des patients ;
- adapter les pratiques professionnelles au parcours de santé des PAERPA ;
- créer les conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs.

L'ARS des Pays-de-la-Loire visait un objectif de 600 PPS à déposer dans le DMP en 2014 et 2015 ce qui correspond à 37 PPS faits au total par chaque médecin ou chaque infirmier soit environ 4 PPS par mois. Cet objectif, non atteint, a été réévalué avec l'ARS à 300 PPS par an.

### 2.2.4. Outils

Les outils sont invariablement les mêmes que ceux cités précédemment :

- le PPS ;
- le VMS qui représente l'état de la personne à un instant « T » ;
- le DMP, dont un nombre très limité était ouvert au début de l'expérimentation ;
- la messagerie sécurisée, qui reste à déployer en Mayenne ;
- le DLU, notamment utile pour les EHPAD ;
- le ROR, l'annuaire des professionnels.

Deux types de PPS peuvent être faits : pour les personnes hospitalisées et pour les non hospitalisées.

Il a d'abord été décidé que le format papier serait utilisé afin de tester le support des PPS, avant peut-être une intégration au logiciel.

En ce qui concerne le signalement, les fiches sont transmises par mail ou par fax à un secrétariat dédié à PAERPA. Ce même secrétariat gère les alertes aux médecins impliqués.

## 2.2.5. Déroulement du processus (annexe 2)

### a) Première étape : signalement

C'est l'étape du signalement d'une personne en situation de fragilité par tout professionnel le constatant. La fiche (annexe 3) est envoyée par fax ou mail au secrétariat ce qui engendre une alerte au médecin traitant du patient concerné.

### b) Deuxième étape : inscription dans la démarche PPS

Elle consiste en l'inscription du patient dans la démarche PAERPA par le médecin traitant de ce dernier. Elle a lieu lors d'une consultation dédiée à cela ou à l'occasion d'un renouvellement (consultation tarifée à 23€). Afin de faciliter la prise de décision, un questionnaire d'aide à la démarche peut être utilisé (annexe 4). Si les critères sont remplis pour inclure le patient dans le dispositif PAERPA, il faut obtenir son accord ou celui de son représentant légal. Il faut, dans la mesure du possible, faire lire la fiche et la faire signer (annexe 5). Ce consentement peut être obtenu ultérieurement à ce rendez-vous, la fiche devant toujours être transmise au secrétariat. Une fois l'accord obtenu, le patient est inclus et dans l'idéal, un DMP doit être ouvert. Une fiche de liaison sert à faire le lien entre le médecin traitant et la secrétaire de PAERPA.

### c) Troisième étape : évaluation sociale

Une évaluation de la situation sociale du patient est effectuée par la MDA. Si la personne âgée est déjà connue de la MDA, il suffit de transmettre cette évaluation sociale avant d'effectuer le plan d'action. Dans le cas contraire, il faut inclure cette évaluation sociale dans le plan d'action du PPS (intervention secondaire).

### d) Quatrième étape : réalisation du plan d'action

Il s'agit de la réunion de coordination de tous les acteurs concernés. Ces acteurs doivent être au nombre minimum de deux. Le support utilisé est le modèle de PPS national (annexe 1) au format papier, composé principalement de tableaux synthétiques. Les professionnels doivent signer une fiche de présence, une preuve nécessaire pour être indemnisés par la suite. Cette réunion est un temps productif où une analyse des besoins et des difficultés de la personne est faite. Au niveau local, il s'agit surtout de formaliser et d'écrire ce qui est déjà mis en place. Il est précisé que les GIR, permettant de classer les patients selon leur degré de dépendance, n'ont pas leur place dans ce dispositif.

### e) Cinquième étape : présentation du PPS au patient et son intégration dans le DMP

Le médecin traitant est la personne qui doit présenter au patient le compte-rendu des décisions prises lors de la réunion. Il présente donc le plan personnalisé de santé du patient, lors d'une consultation dédiée ou d'une visite pour un renouvellement. La procédure « *ouverture du DMP et intégration de documents* » doit être suivie.

### f) Sixième étape : initiation des actions, le suivi et l'évaluation des PPS

Le professionnel responsable (médecin traitant) et les intervenants du plan d'action mettent en place les décisions prises lors de la réunion. La réévaluation du cas a lieu entre 3 et 9 mois après la validation du PPS par le patient.



### 2.2.6. Les aides et dispositifs existant

Sur le territoire du sud-ouest mayennais, une coordination était déjà mise en place et des dispositifs existaient avant le début de PAERPA. Ils sont bien entendu un appui important à la mise en place du projet. Parmi ces dispositifs existants on retrouve :

- le CHLSOM et son IDE coordinatrice ;
- la MDA ;
- l'EAAR du CHLSOM à laquelle appartiennent un ergothérapeute, une psychologue, une assistante sociale, des personnels du pôle santé et des intervenants au domicile. Ce dispositif est financé par l'ARS et l'intervention est gratuite. L'EAAR intervient toujours en binôme et émet simplement des préconisations. Elle ne décide de rien toute seule.

### 2.2.7. Les fonctions de support à l'organisation du PAERPA

Elles sont au nombre de deux :

- un appui d'une secrétaire administrative pour :
  - o organiser les réunions de coordination (à l'aide des disponibilités de chacun (annexe 7)) ;
  - o optimiser les temps de rencontre ;
  - o préparer et finaliser les PPS ;
  - o remplir le tableau de suivi des PPS.
- deux modes de rémunération :
  - o pour l'évaluation et la rédaction des PPS : 100€ par réunion (acte conventionné)
    - 60€ pour le médecin et 40€ pour l'autre acteur si 2 participants ;
    - 40€ pour le médecin et 30€ pour les deux autres acteurs si 3 participants, etc...
  - o pour le suivi des PPS :
    - rémunération contractuelle par le biais d'un CPOM ;
    - indemnisation en fonction du temps passé avec le même barème que les NMR.

Le souhait est de valoriser l'acte coordonné, du temps passé et de la dynamique initiée au service du patient.

Le montant initial de la subvention de 70 000€, a été défini initialement pour l'année 2014 à 23 250€ et pour 2015 à 46 500€. Celui-ci devait être versé en deux temps, un premier en 2014 et un second en 2015 en fonction de l'atteinte des objectifs.

### 2.2.8. Les atouts du territoire

- le partenariat ville-hôpital ;
- l'organisation du pôle et la présence d'une coordinatrice ;
- la coordination déjà existante et les plans d'aide déjà mis en place ;
- le repérage des fragilités ;
- les expertises en gériatrie ;
- l'appui administratif du secrétariat et la coordination sanitaire ;
- l'interface DMP compatible ;
- le CLIC.

### 3. Objectifs de l'enquête

Le principal objectif de cette enquête était d'évaluer si la mise en place du PAERPA dans le sud-ouest Mayennais, projet qui a pour le moment été très peu évalué en France, a été en mesure de modifier les manières de travailler ensemble des professionnels de santé. Comme l'expérimentation n'en est qu'au début, l'important n'était pas d'obtenir des résultats sur la morbi-mortalité mais un aperçu du ressenti des professionnels de santé notamment sur l'organisation et le déroulement du projet avec l'ambition de corriger les éventuelles imperfections. En effet, ces résultats ont été communiqués aux initiateurs et organisateurs du projet au niveau local à savoir, la coordinatrice Anne Rocher et le Docteur Pascal Gendry, soucieux de mobiliser le plus grand nombre dans les meilleures conditions qui soient.

## **PARTIE II : Méthode**

### **1. Choix de la méthode qualitative**

La méthode qualitative par des entretiens semi-dirigés a été choisie car elle paraissait la plus appropriée pour obtenir un maximum d'informations de la part des professionnels de santé. Grâce à des guides d'entretiens préétablis et notamment à des questions ouvertes, des arguments variés et inattendus ont pu être recueillis. Les questions fermées permettaient d'obtenir des informations précises. Plusieurs questions exploraient les mêmes aspects mais ont permis l'obtention de réponses diverses. Cela a permis d'évaluer quels étaient les éléments vraiment importants (cités à plusieurs reprises) aux yeux des professionnels interrogés.

### **2. L'interviewer**

L'interviewer est une étudiante en pharmacie à Angers, en 5<sup>ème</sup> année lors de la première enquête et en stage de 6<sup>ème</sup> année dans une pharmacie angevine lors de la seconde. Quelques professionnels de santé lui étaient connus avant les entretiens puisque ses parents exercent en tant que pharmaciens sur le secteur et qu'ils les côtoient au quotidien.

### **3. Le recrutement des professionnels**

Les professionnels du pôle ont tous reçu un mail de la coordinatrice du pôle début janvier 2015 afin de les prévenir de la réalisation d'une thèse sur le sujet et qu'ils allaient très probablement être contactés. L'interviewer a ensuite pris contact avec chacun, par mail ou par téléphone, pour fixer un rendez-vous. Leur réponse à l'enquête était basée sur le volontariat.

La seconde enquête a eu lieu entre janvier 2016 et avril 2016. Comme pour la première, la coordinatrice du pôle santé a prévenu tous les protagonistes par mail de la réalisation de cette deuxième enquête. Là encore, leur participation était basée sur le volontariat. Ont d'abord été contactés les professionnels qui avaient déjà répondu à la première enquête, ensuite, en raison d'un nombre insuffisant de personnes interrogées, l'enquête a été élargie à des acteurs qui n'avaient pas répondu en 2015. Ces « nouveaux » professionnels interrogés ont été contactés car ils avaient réalisé quelques PPS, obtenir leur ressenti était donc souhaitable. Et par ailleurs, certains professionnels qui n'ont pas fait de PPS ont quand même été contactés afin d'en connaître les raisons. Quelques mails sont restés sans réponse.

### **4. Enquête en amont de la mise en place de PAERPA**

La première enquête a été réalisée entre janvier 2015 et avril 2015. Elle comporte 10 questions, certaines ouvertes d'autres fermées (annexe 7). Au total, 19 professionnels de santé du pôle ont été interrogés, une majorité lors d'un rendez-vous sur leur lieu de travail, et quelques uns par entretien téléphonique.

Référence	Profession	Genre	Groupe d'âge	Lieu d'exercice	Réponse à la 1 <sup>ère</sup> enquête	Réponse à la 2 <sup>ème</sup> enquête
IDE_1	Infirmière libérale	F	40-49	Craon	X	X
IDE_2	Infirmière libérale	F	40-49	Cossé-le-Vivien	X	
IDE_3	Infirmière libérale	F	40-49	Ballots	X	
IDE_4	Infirmier libéral	M	40-49	Craon	X	X
IDE_5	Infirmière libérale	F	50-59	Renazé	X	X
IDE_6	Infirmière libérale	F	40-49	Renazé	X	
IDE_7	Infirmier libéral	H	40-49	Cossé-le-Vivien		X
IDE_8	Infirmière libérale	F	50-59	Ballots		X
PHAR_1	Pharmaciens titulaires	H & F	40-49	Craon	X	X
PHAR_2	Pharmacien titulaire	F	40-49	Saint-Aignan-sur-Roe	X	X
PHAR_3	Pharmacien titulaire	H	30-39	Cossé-le-Vivien	X	X
PHAR_4	Pharmaciens titulaires	H & F	40-49 50-59	Craon	X	X
PHAR_5	Pharmacien titulaire	H	50-59	Ballots	X	X
PHAR_6	Pharmacien titulaire	F	50-59	Renazé	X	X
MED_1	Médecin généraliste	H	30-39	Renazé	X	X
MED_2	Médecin généraliste	H	>60	Craon	X	X
MED_3	Médecin généraliste	F	40-49	Craon	X	X
MED_4	Médecin généraliste	F	50-59	Craon	X	X
MED_5	Médecin généraliste	F	30-39	Craon	X	
MED_6	Médecin généraliste	H	50-59	Craon	X	X
MED_7	Médecin généraliste	F	40-49	Cossé-le-Vivien		X
KINE_1	Masseur-kinésithérapeute	F	50-59	Cossé-le-Vivien Craon	X	X

Tableau 6 : Caractéristiques sociodémographiques des professionnels entretenus

Il y a une sur-représentation des pharmaciens par rapport aux autres professionnels de santé car tous ont accepté de répondre à cette enquête.

Certains professionnels du pôle n'ont volontairement pas été contacté car leur rôle dans le dispositif PAERPA semble mineur voir inexistant (sage-femme, orthophonistes, ambulanciers...).

## 5. Enquête un an après la mise en place

Cette seconde enquête comporte plus de questions que la précédente (annexe 8) et a été réalisée dans les mêmes conditions que la première c'est-à-dire par téléphone ou, majoritairement, par entretien sur le lieu de travail. Deux enquêtes ont été remplies par informatique directement par les professionnels et renvoyées à l'interviewer par mail. Parfois, des acteurs d'une même profession (travaillant ensemble) ont répondu par deux à l'enquête (par exemple, 2 pharmaciens ou 2 IDE ensemble). Leurs réponses n'ont pas été scindées et donc

l'entretien compte comme un seul et même entretien. 18 professionnels de santé ont répondu à cette enquête (tableau 6).

## 6. L'analyse des données

L'analyse qualitative des réponses des professionnels de santé s'est faite par regroupement selon la sémantique des termes sous forme de grandes idées ou concepts. Les réponses hors-sujet (ne répondant pas à la question) ont été exclues ou replacées dans la « bonne rubrique ».

Les données recueillies ont ensuite été interprétées en fonction du contexte et de la profession de chacun pour dégager le ressenti global et voir si une tendance se dégageait ou si les réponses étaient très hétérogènes.

## Partie III : Résultats

### 1. Résultats de l'enquête avant le début de PAERPA

#### 1.1. Le travail en équipe

100% des professionnels interrogés disent déjà travailler en équipe, souvent au sein de leur structure (officine, cabinet, maison de santé). Certains nuancent en disant travailler « *en relation* » (PHAR\_6).

Les médecins travaillent avec les IDE, les kinésithérapeutes, les sages-femmes, les podologues, les psychologues, la MDA, l'ASMAD, l'équipe de réadaptation, les diététiciennes et l'hôpital local. Ils travaillent parfois avec d'autres médecins, notamment des spécialistes, et « *plus ou moins* » avec les pharmaciens.

Les IDE travaillent avec les médecins, les autres IDE, l'ADMR, le CLIC, les podologues, les kinésithérapeutes, les aides-soignantes et parfois avec les pharmaciens.

Les pharmaciens travaillent avec d'autres pharmaciens, les médecins, les infirmières et parfois avec l'ADMR (surtout dans les petits villages).

#### 1.2. Les attentes, les motivations et les bénéfices attendus envers PAERPA

##### 1.2.1. Une amélioration de la qualité de vie du patient

Une majorité des répondants voit en premier lieu en PAERPA une possibilité d'améliorer le confort du patient afin qu'il reste le plus longtemps à son domicile. 11 des répondants évoquent l'amélioration de la prise en charge du patient, de son confort, de son maintien au domicile comme motivation première.

Les professionnels de santé espèrent que ce nouveau dispositif permettra d'éviter les hospitalisations :

- en anticipant les problèmes (confusion ou faiblesse) : cela passe par une amélioration de l'évaluation de la situation en amont ;
- en les détectant précocement (meilleure réactivité) notamment en ce qui concerne :
  - o les chutes au domicile ;
  - o les problèmes d'iatrogénie médicamenteuse, en particulier l'observance en préparant des piluliers.

Suite à ces détections précoces, une prise en charge rapide est souhaitée.

La prise en charge globale du patient (en prenant en compte le mode de vie du patient à son domicile, en discutant des dossiers en profondeur, en se déplaçant à son domicile pour se rendre compte (cité une fois)) et son optimisation sont les principales préoccupations des professionnels de santé. Ils attendent de PAERPA que cela améliore la situation de la personne âgée, prolonge sa vie au domicile avec la meilleure sécurité possible tout en préservant son bien-être, évite ou prépare à l'institutionnalisation ou l'hospitalisation si elle nécessaire. Pour certains, avoir plusieurs regards sur la situation du patient est bénéfique. D'autres attendent que PAERPA recentre le discours sur le patient.

Des souhaits ont été émis de prendre en charge à la fois le social et le médical mais également de plus prendre en compte les soins de confort.

Cela a été assez peu cité mais deux professionnels voient en PAERPA la possibilité de mieux entourer et informer les familles et notamment les aidants des patients.

### 1.2.2. Une meilleure coordination et communication entre professionnels

Une autre grande partie des répondants évoque la possibilité grâce au dispositif PAERPA d'optimiser la coordination des intervenants en ayant un meilleur suivi de chaque cas. Ils espèrent être mieux informés, notamment des hospitalisations de leurs patients, et que chaque acteur s'investisse au mieux. Enfin, certains souhaitent que l'interprofessionnalité « *se traduise dans les actes* »(PHAR\_4).

Cela passe par l'amélioration de la communication, qui aura lieu :

- en facilitant la prise de contact entre les divers interlocuteurs ;
- en ayant le ressenti des autres acteurs.

On souhaite aussi, par cette communication interdisciplinaire, mieux gérer les sorties d'hospitalisation qui font partie des problèmes rencontrés quotidiennement en médecine de ville.

Le travail en équipe est la deuxième source de motivation citée par les professionnels. En effet, le travail en collaboration, l'échange et le temps dédié pour discuter sont plébiscités par les acteurs de santé. Le travail en équipe est souvent perçu comme un bénéfice pour la pratique des différents professionnels avec la possibilité de mieux et plus communiquer. Les acteurs de santé y voient la possibilité de mieux connaître les divers interlocuteurs ou collaborateurs et d'améliorer leur relation avec eux. Il a également été dit que cela pouvait permettre d'apprendre des autres et de savoir quand les appeler pour ne pas les déranger afin d'être plus efficaces. Une personne a aussi évoqué le fait de se sentir secondé grâce au travail de PAERPA.

### 1.2.3. La formalisation de ce qui se fait déjà pour améliorer le parcours de soins

On compte au nombre de 5 les professionnels de santé pour qui l'amélioration du parcours de soins est une motivation. Ces personnes souhaitent « *orienter vers les bons professionnels* »(IDE\_2), « *structurer* »(IDE\_4), « *cadrer* »(PHAR\_6) et « *officialiser* »(PHAR\_6) les décisions et les actes.

Un bon nombre de professionnels du pôle santé estime que PAERPA sera utile afin d'uniformiser les pratiques entre professionnels, de structurer ce qui est déjà fait. Selon eux, PAERPA permettra d'écrire et de tracer ce que chacun fait, voire de simplifier les choses, d'éviter les tâches répétitives au long cours. Certains espèrent aussi que cela les aide à savoir qui contacter selon la situation. Formaliser les actes par écrit, mais aussi formaliser un temps de rencontre pour échanger, font partie des éléments évoqués lors de l'enquête. Le but de cette formalisation est d'aboutir à une action synergique de tous les acteurs. L'harmonisation des pratiques et les discours est nécessaire, selon les professionnels du pôle, notamment pour éviter les discours divergents et avoir plus de poids auprès des familles des malades mais aussi diriger la personne de plus de 75 ans vers les bonnes structures.

L'efficacité dans les soins a été parfois évoquée. En effet, pour certains, PAERPA serait bénéfique car il permettrait de se réajuster dans leurs démarches et de mieux utiliser les outils disponibles. Pour d'autres, il permettrait d'obtenir plus d'informations sur le patient et de mieux de connaître ses pathologies. Tout ceci dans le but d'avoir la satisfaction d'une bonne prise en charge à domicile des patients.

Un doute subsiste : « *Est-ce que cela sera plus respecté parce que c'est écrit ?* »(IDE\_5).

#### 1.2.4. Une reconnaissance

Cet argument a été assez peu évoqué mais certains attendent de PAERPA que cela permette aux instances de comprendre « *ce que les intervenants de premier recours font auprès des personnes âgées* »(MED\_4). Nous pouvons relier à ce principe le souhait d'obtenir des fonds pour pérenniser le fonctionnement du pôle santé. En effet d'autres estiment que la reconnaissance de l'ARS passe par une rémunération du temps passé (en réunion notamment). Deux personnes interrogées ont dit que PAERPA pouvait être la solution aux difficultés économiques, un moyen d'avoir plus de moyens financiers pour fonctionner. Un des répondants a évoqué la rémunération (à titre personnel) comme source de motivation. Deux autres l'ont évoquée mais dans l'objectif de pérenniser le pôle santé par les nouveaux modes de rémunération.

D'autres réponses ont été entendues parmi lesquelles, un espoir des pharmaciens que PAERPA permette une reconnaissance de leur profession en tant que premier contact avec les personnes âgées. En effet, 2 des pharmaciens sont motivés par PAERPA dans le but de faire reconnaître leur rôle et mettre en avant leur métier auprès des autres professions, et pour certains cela passe par la rémunération (PHAR\_6).

#### 1.2.5. Pas de motivation

2 personnes disent ne pas avoir le choix à participer au projet puisqu'ils font partie du pôle santé (« *c'est une obligation* », « *ça m'est imposé* »(IDE\_4)). Une autre n'a aucune motivation à participer à ce nouveau dispositif se disant déjà beaucoup investie par le passé (MED\_2). Par ailleurs, un autre professionnel est motivé pour participer mais « *pour ne pas s'exclure et suivre la mouvance* » (PHAR\_4).

Un nombre non négligeable de professionnels de santé a d'abord commencé par répondre « *pas grand-chose* » (MED\_1, MED\_2, MED\_3), « *ne sait pas* » (IDE\_2) ou encore « *c'est imposé* » (MED\_3) à la question « *Qu'attendez-vous de PAERPA ?* », avant de formuler d'autres arguments.

#### 1.2.6. Faire changer les choses

Certains acteurs voient PAERPA comme un moyen pour eux de « *s'investir* », une « *chance d'avoir été choisi comme département pilote* » pour vraiment « *faire bouger les choses* » (PHAR\_4) dans les actes et « *montrer à l'ARS* »(MED\_4) ce qui est mis en place au niveau local.

#### 1.2.7. Bénéfices personnels

Assez peu de professionnels pensent que PAERPA va leur apporter des bénéfices sur un plan personnel, aussi la réponse à cette a été souvent omise et la question suivante a été posée. Néanmoins, ont été cités comme bénéfices personnels :



- « *Faire son travail au mieux* » (PHAR\_3).
- « *Servir au mieux* » (PHAR\_5).
- « *Etre l'élément déclencheur d'un changement* » (PHAR\_5).
- « *Le travail en équipe, les échanges* » (MED\_5).
- « *Si professionnellement il y a du positif, il y aura une répercussion personnelle* » (MED\_4).
- « *C'est toujours mieux de coopérer. On a tous la même passion* (ndlr le patient) » (PHAR\_4).

## 1.3. Les craintes, les freins, les difficultés

### 1.3.1. Liés à l'organisation

Les craintes liées à l'organisation sont indéniablement celles qui ressortent le plus de cette enquête. Le manque de temps pour trouver des créneaux communs et la peur de la paperasse ou de l'administratif sont autant de freins que les acteurs ont évoqué.

### 1.3.2. Liés au travail en équipe

Le travail en interprofessionnalité fait également peur. Certaines IDE craignent une mauvaise répartition des tâches avec des médecins qui se déchargeraient sur elles.

Les pharmaciens redoutent d'être exclus et que les réunions de concertation se cantonnent au binôme médecin traitant – IDE. Cette appréhension est liée au fait qu'ils pensent qu'il est difficile au comptoir dans une officine de se rendre compte des difficultés des personnes âgées. D'autres pharmaciens ont peur de l'exclusion plutôt en raison de la rémunération (baisse de la rémunération du médecin si un intervenant supplémentaire).

Les problèmes de communication, comme le non partage du langage commun et de la signification des sigles, semblent être des difficultés à surmonter pour certains.

Une autre crainte est que « *tout le monde ne joue pas le jeu* » et ne s'investisse pas.

### 1.3.3. Liés au patient

Un nombre non négligeable de professionnels craint d'être confronté à un refus de consentement des patients à cause du caractère trop intrusif du projet dans leur vie.

Le problème de la restriction de l'âge (égal ou supérieur à 75 ans) peut aussi être un frein. Des personnes fragiles pour qui PAERPA serait nécessaire ne pourront pas être incluses.

### 1.3.4. Liés au projet en lui-même

Le projet en lui-même est cité comme frein à l'implication de tous les acteurs. Son caractère financier fait peur, certains parlent même de « *chasse à la prime* » (MED\_2) qui ferait perdre le sens du projet.

On se pose aussi la question de la pérennité du dispositif sur le long terme, de sa pertinence dans toutes les situations, de son impact réel sur la situation des gens et de son faible potentiel. Un répondant pense que le terrain va être négligé. D'autres parlent d'« *usine à gaz* » (MED\_1, MED\_3). Certains doutent de sa concrétisation en raison du manque de moyens et d'aides. Enfin, il a été dit une fois que cela engendrait l'ajout d'une structure administrative supplémentaire (secrétaire).

### 1.3.5. Aucune crainte

Ils sont quatre (PHAR\_2, PHAR\_3, MED\_6, KINE\_1) à n'avoir aucune crainte, même si certains d'entre eux en ont tout de même formulées par la suite.

## 1.4. Les besoins

Parmi ces besoins, beaucoup d'outils sont déjà mis en place localement ou sont prévus par le dispositif PAERPA et donc ont souvent été oubliés car ils paraissent logiques et évidents aux professionnels.

### 1.4.1. Des supports d'information

#### a) Le partage des données

Les professionnels de santé du pôle espèrent une amélioration du partage des données et notamment du dossier patient commun passant par l'informatique et sous-entendu via le DMP. Ils évoquent les problèmes de confidentialité, de fichage et pas de « *flicage* » (MED\_2). Certains émettent le souhait que les outils du PAERPA (PPS, etc...) soient intégrés au logiciel métier.

#### b) La messagerie sécurisée

Créée pour tous ceux ayant suivi les formations PAERPA, elle est plébiscitée par six des personnes interrogées.

### 1.4.2. Une organisation administrative

Sept des répondants ont besoin d'un secrétariat commun afin de faciliter la prise de rendez-vous. Notons qu'au moment de l'enquête, le secrétariat était déjà en train de se mettre en place, cela a donc influencé les réponses. Une personne a parlé de la nécessité d'avoir une coordinatrice.

### 1.4.3. Des outils d'information, de planification et de coordination

A cette question, ont été cités comme besoin essentiel les documents de signalisation élaborés au niveau national pour PAERPA (modèles de PPS), des protocoles et procédures précis et bien établis. Les acteurs veulent des outils pratiques et qui fonctionnent. Certains souhaiteraient que ces outils soient sur tablette informatique (les IDE à domicile en particulier).

### 1.4.4. Des outils de communication

Des visioconférences pour les réunions sont souhaitées par 2 professionnels, afin de ne pas exclure du projet les « *isolés* » (PHAR\_5), praticiens des petits villages.

## 1.5. Les facteurs favorables à une bonne coopération

Voici regroupées sous forme d'un tableau les réponses obtenues à cette question avec leur fréquence.

Facteurs favorables	Fréquence
La motivation de tous, la volonté de chaque acteur d'aller dans le même sens, avoir les mêmes objectifs de soin et le même discours au patient	10
Se rencontrer régulièrement, avoir des réunions mensuelles, se connaître	8
Le regroupement au sein d'un pôle, d'une structure	5
Communiquer, parler de ses formations	5
Le partage et la définition du rôle/domaine de chaque acteur, trouver sa place, valoriser chaque acteur, la complémentarité des professions, la connaissance de chaque métier	4
Ecouter le point de vue des autres, avoir l'expérience de chacun	3
Avoir et donner du temps (à combiner avec la vie privée quand on est en libéral et pas salarié)	2
Les moyens de communication (informatique)	1
Le milieu rural	1
La volonté d'apporter quelque chose aux autres, la pédagogie	1
Des outils communs (dossier patient)	1
Le respect entre professions, la courtoisie	1

Tableau 7 : Les facteurs favorables à une coopération selon les professionnels interrogés

## 2. Résultats de l'enquête un an après

### 2.1. Nombre de PPS et signalements

#### 2.1.1. Nombre de PPS auxquels les professionnels de santé interrogés ont participé

Nombre de PPS	Nombre de professionnels
0	5
Entre 1 et 5	3
Entre 6 et 20	4
Entre 21 et 50	4
Entre 51 et 100	0
Plus de 100	1

Tableau 8 : Nombre de PPS effectués par les acteurs interrogés (résultats recueillis entre janvier et avril 2016)

#### 2.1.2. Nombre de patients fragiles signalés

La majorité des signalements est faite par les médecins et par les infirmières. On remarque que quelques signalements n'ont pas abouti (nombre de PPS inférieur au nombre de signalements).

Plusieurs pharmaciens et IDE ont repéré des patients fragiles mais :

- le médecin traitant n'était pas impliqué dans le projet PAERPA ou non intégré au pôle santé (ville proche) ;
- le médecin traitant avait déjà réalisé le PPS avec les IDE (sans en informer la pharmacie).

## 2.2. Les actions mises en œuvre

Par ordre de fréquence décroissante, voici les grandes actions mises en place suite aux signalements :

- la préparation par l'IDE d'un pilulier ou d'un semainier afin de lutter contre l'iatrogénie ;
- le passage de l'ADMR, d'une aide-ménagère à domicile notamment pour suivre l'hygiène du patient ;
- l'évaluation du domicile du patient via l'équipe d'appui et/ou l'ergothérapeute et/ou la MDA puis une sécurisation du domicile à l'aide de matériel médical ;
- la surveillance clinique du patient (pansements, plaies, évaluation de la douleur) par l'IDE ;
- aucune action mise en place (manque d'implication du médecin, refus du patient, choses déjà mises en œuvre) ;
- la mise en place de la téléalarme ;
- le portage des repas ;
- la kinésithérapie pour prévenir les chutes ;
- le soutien au conjoint / aidant et la prise en charge de la famille ;
- la lutte contre l'isolement ;
- l'éducation thérapeutique par le pharmacien, l'évaluation de l'observance du traitement ;
- l'hospitalisation ;
- la surveillance biologique ;
- la prise en charge de l'incontinence ;
- un protocole de prise en charge sanitaire.

## 2.3. Le retour au patient

Il a été fait en grande partie par les médecins et le plus souvent lors de la consultation suivante au cabinet ou au domicile, parfois par téléphone ou lors d'une consultation dédiée. De temps en temps, les différentes mesures étaient déjà en place avant le PSS donc il n'était pas nécessaire de faire un point avec le patient.

Certains IDE ont aussi fait le retour au patient, au domicile, notamment pour obtenir son accord ou pour expliquer plus précisément aux patients ce qui va changer dans leur quotidien, les coûts à termes, qu'il s'agit d'un engagement en lien avec leur propre santé.

Dans le cas particulier où le médecin traitant n'est pas dans le pôle santé, les patients ne peuvent pas être inclus dans le dispositif PAERPA et donc le pharmacien et l'IDE se sont coordonnés entre eux pour faire le retour à la famille.

## 2.4. Le degré de satisfaction envers PAERPA



Tableau 9 : Echelle visuelle de satisfaction de PAERPA

Cette échelle a été proposée aux répondants afin qu'ils se situent par rapport à leur contentement envers PAERPA.

- 1 se dit non satisfait ;
- 4 se disent moyennement satisfaits ;
- 2 se situent entre moyennement satisfaits et satisfaits ;
- 6 sont satisfaits ;
- 1 est très satisfait.

Il faut relativiser ces résultats : la personne qui se dit non satisfaite n'a réalisé aucun PPS et ne souhaite pas s'investir dans le projet. Son point de vue était le même avant que le projet commence. Par ailleurs, la personne qui se dit très satisfaite avoue que « *ce n'est pas mieux que le CLIC* » et semble répondre des choses positives pour faire « bonne figure » devant les institutions.

Les personnes interrogées qui n'ont pas eu l'occasion de faire des PPS et qui ne peuvent donc pas donner leur avis sur le projet disent :

- « *C'est génial mais je n'ai pas eu les opportunités* » (KINE\_1) ;
- « *Nous sommes déçus de ne pas avoir été inclus* » (PHAR\_6).

## 2.5. Les atouts du dispositif

### 2.5.1. L'échange pluridisciplinaire

C'est indéniablement l'atout majeur du dispositif selon les participants à PAERPA. Ils aiment échanger réellement avec plusieurs professionnels comme dans les « staffs » hospitaliers. Pour d'autres, PAERPA permet de créer un temps de rencontre dédié où on échange des informations sur le patient ce qui permet une prise de conscience des connaissances des autres professionnels sur le patient et d'avoir différents points de vue autour d'une même table. Il a aussi été dit que cela permettait de créer une cohésion, de réfléchir ensemble sur un thème ou une problématique donnés et d'améliorer la communication entre les professionnels de santé. Ils sont plus de 10 à avoir cité l'échange interprofessionnel comme atout de PAERPA.

A la question sur le temps passé en réunion, 12 professionnels de santé se disent satisfaits du temps consacré à discuter de chaque patient. Les autres n'ont pas pu répondre car ils n'ont participé à aucune réunion. Parmi ces 12, certains trouvent que c'est parfois trop rapide et que cela devrait être plus long. D'autres trouvent les réunions synthétiques et qu'elles permettent de prendre le temps d'évaluer la situation avec les professionnels

qui interviennent déjà au domicile. « *Certains patients prennent plus de temps que d'autres mais c'est assez naturel* » (IDE\_8). Les créneaux en commun pour se voir restent difficiles à trouver. Un professionnel souhaite que les réunions ne se multiplient pas à outrance.

### 2.5.2. Une meilleure prise en charge du patient

Selon 4 professionnels du pôle santé, PAERPA permet de mieux se coordonner afin de mieux prendre en charge la personne âgée, pour la maintenir au domicile dans les meilleures conditions et éviter son hospitalisation ou son institutionnalisation. Cela permet aussi d'avoir un retour sur certains patients vus rarement. Il a également été dit que « *nous (sous-entendu professionnels de santé) sommes parfois mieux placés que la famille pour éviter les sujets qui fâchent* » (PHAR\_6). De plus, il a été dit que la prise en compte du social demeurerait dans ce parcours de santé des aînés et que cela était positif.

### 2.5.3. La formalisation

Quelques uns pensent qu'un des atouts de PAERPA est de forcer à l'écriture et donc la formalisation et la traçabilité des décisions et des actes qui concernent le patient. Cela permet un meilleur suivi au long cours. « *Cela nous force à nous remettre en cause, à réévaluer le cas de patients suivis depuis longtemps. C'est plus formalisé* » (IDE\_8).

### 2.5.4. La rémunération

Parmi ceux ayant fait des réunions de concertation, 10 avaient été rémunérés, 2 ne l'étaient pas (au moment de l'enquête) et 1 ne savait pas.

Un professionnel pense que l'appui financier de l'ARS est un des atouts de PAERPA.

Les 10 se disaient satisfaits de la somme perçue. Pour eux, elle semble correspondre au temps passé lors des réunions et est un « plus » car beaucoup de choses étaient faites avant sans rémunération. Une personne trouve que la répartition entre les différents acteurs est logique. Certains ne regardent pas leur rémunération donc on peut considérer que ce n'est pas pour eux leur motivation à participer au projet.

Un des praticiens du pôle, qui n'a fait aucun PPS, trouve la rémunération « *malsaine* » car elle est redondante avec son métier. Il dit : « *Ce n'est pas d'argent dont j'ai le plus besoin mais d'outils pour alléger le côté formaliste* » (MED\_2).

### 2.5.5. Autres

#### a) Pas d'atouts

Quelques professionnels disent que PAERPA c'est « *bien sur le papier* » (MED\_1) mais moins dans les faits.

Un autre professionnel de santé pense que les « *primes flattent le côté vénal au détriment de moyens pour le médico-social et que PAERPA ne permet qu'une vision à court terme* » (MED\_2).

#### b) Intégration du pharmacien

Il a été dit une fois que PAERPA permettait au pharmacien de s'intégrer au pôle santé en participant à une mission.

## 2.6. Les faiblesses, les limites et les points à améliorer

3 participants au projet ont dit manquer de recul pour pouvoir répondre sur ce point (au moment de l'enquête).

### 2.6.1. Le manque de temps

L'argument majoritairement cité par les intervenants est le manque de temps à consacrer au projet et la difficulté à trouver des créneaux en commun avec les autres. Le surplus de paperasse et d'administratif a été cité 3 fois.

### 2.6.2. Le refus des patients

Ils sont au moins 5 à trouver compliqué d'obtenir le consentement et la signature du patient. Les patients sont parfois réticents et certains refusent même l'entrée dans le parcours de santé. Certains professionnels pensent que c'est trop intrusif dans la vie des patients ou qu'il est parfois compliqué de leur expliquer le projet (population âgée avec problèmes cognitifs). Cela peut être perçu comme un fichage. Enfin, un des médecins pense qu'il manque de légitimité pour évoquer ces sujets (du maintien à domicile).

### 2.6.3. Le manque d'investissement de certains, l'exclusion d'autres

Quelques pharmaciens se plaignent du manque d'investissement de certains médecins dont leurs patients pourraient tirer profit de PAERPA. Dans certaines villes, leur participation repose essentiellement sur un seul médecin qui les a inclus dans les réunions. Effectivement, on nous a dit à plusieurs reprises que le parcours de santé des aînés était très « *médecin dépendant* » et que si celui-ci ne faisait pas partie du pôle ou n'avait pas la volonté de s'investir, c'était très décourageant. D'autres pharmaciens se sont sentis exclus, notamment parce qu'ils ne sont pas sur le même lieu géographique que les médecins traitants et les IDE. Dans certains villages, en raison du manque d'investissement de l'unique médecin traitant ou de prescriptions de médecins traitants hors pôle santé, le champ d'action des infirmières est limité : « *On a fait le tour de la clientèle* » (IDE\_8). Enfin, des infirmières trouvent que l'équipe est très restreinte et qu'il n'est pas logique de ne pas inclure plus dans les réunions les kinésithérapeutes, l'ASMAD et l'ADMR.

### 2.6.4. Une mise en pratique difficile

Il a été signalé à plusieurs reprises que le temps de réaction avant de signaler un patient fragile était important ou que les aides étaient parfois longues à se mettre en place. Pour d'autres, il s'agit d'« *usine à gaz* » compliquée à installer. D'autre part, la seconde réunion, dite d'évaluation, qui a lieu en principe 6 mois après la première semble tardive pour certains cas dont l'évolution est rapide. De plus, PAERPA n'est pas encore un réflexe, on n'y pense pas encore assez.

### 2.6.5. L'orientation du travail

Des IDE ont dit qu'elles trouvaient que PAERPA, dans l'expérience qu'elles en avaient, était très orienté sur le médical et pas assez centré sur la vie globale du patient. Un autre acteur pense que PAERPA a peu d'apports sur le plan médical.

### 2.6.6. Le partage des tâches

Les pharmaciens craignent d'empiéter sur le travail des infirmières en proposant la réalisation de semainiers pour leurs patients.

### 2.6.7. Pas une avancée par rapport à ce qui se faisait avant

3 acteurs de santé du pôle disent que ce que propose PAERPA était déjà fait avant pour la plupart des patients et que ce n'est pas mieux qu'avec l'ancien CLIC.

### 2.6.8. La rémunération/ le financement des aides

Une personne pense dommage qu'il y ait une rémunération avec un objectif de rentabilité.

Une autre personne trouve que l'on manque de moyens en préventif, que l'on repère des anomalies mais que l'on n'a pas les financements pour résoudre les problèmes repérés.

### 2.6.9. Les raisons pour ne pas avoir fait plus de PPS

Il a été demandé à certains des professionnels du pôle qui ont fait peu ou pas du tout de PPS quelles étaient les raisons pour ne pas en avoir fait plus. Voici leurs réponses :

- une incompréhension de la procédure en n'ayant pas participé aux formations ;
- la non acceptation du rejet du CLIC local qui fonctionnait bien et pour lequel il s'était beaucoup investi ;
- un manque de motivation ;
- un manque de personnes fragiles de plus de 75 ans dans sa patientèle ;
- un manque de temps pour expliquer le dispositif au patient (la consultation dure 15 minutes supplémentaires).

### 2.6.10. Les limites dans la coordination interprofessionnelle

Limites rencontrées	Fréquence
Manque de temps, problème de logistique pour trouver des créneaux communs	7
Coordination limitée au médecin et à l'IDE	2
Non implication du médecin (signalement sans réponse)	3
Pas de limites	2
Manque un référent qui surveille « <i>chapote</i> » et suit l'avancement	1
Ne pas être sur le même lieu (géographique) de travail	1
Ne pas avoir été contacté alors que patients inclus dans le dispositif	1

Tableau 10 : Les limites rencontrées dans la coordination interprofessionnelle

Pour conclure sur cette partie concernant les limites de la coopération interprofessionnelle, une des infirmières résume la situation par « *Si tout le monde est motivé, ça marche !* » (IDE\_8).



## 2.7. La prise en charge du patient et les objectifs de soins

En ce qui concerne les objectifs de soins, ils semblent remplis pour 7 des personnes interrogées et non remplis pour 2 d'entre elles. Les autres (au nombre de 8), disent manquer de recul pour pouvoir s'exprimer. Il est arrivé pour certains patients intégrés dans le dispositif que des éléments intercurrents non prévisibles entraînent des hospitalisations, ce qui ne permet pas de dire que les objectifs soient remplis.

Sur ce que PAERPA a pu apporter pour améliorer la prise en charge des patients, là encore, les acteurs manquent de recul, notamment par rapport au nombre d'hospitalisations. Il a quand même été dit que PAERPA permettait une vision et une prise en charge globales de l'état de santé du patient pour apporter une meilleure réponse au problème, un meilleur suivi du patient, une meilleure observance. D'autres professionnels trouvent que PAERPA permet de mieux connaître l'entourage et des aides déjà en place. Un des acteurs de santé pense que cela a amené de la sécurité et du confort au patient avec une limitation des risques. Un autre s'interroge sur le fait que ça change quelque chose dans la réalité...

## 2.8. Une modification du point de vue et des pratiques ?

### 2.8.1. Un nouveau regard sur les autres participants à PAERPA ?

Pour ceux qui ont fait des réunions de concertation, ils disent tous ne pas avoir un point de vue différent sur les autres acteurs pour la principale raison qu'ils travaillaient déjà ensemble avant PAERPA, qu'ils avaient déjà de bonnes relations et que localement tout le monde va dans le même sens. « *On avait quand même de bonnes relations avant* » (IDE\_8). Un médecin pense que les pharmaciens et autres acteurs médico-sociaux pourraient être encore plus impliqués dans le projet. Des IDE trouvent les bilans faits par les ergothérapeutes très intéressants. En revanche, le regret que la coordination se limite souvent au binôme médecin/infirmier est de nouveau exprimé.

### 2.8.2. Une modification des pratiques ?

Ils sont une majorité à dire que PAERPA n'a pas changé leur façon de pratiquer leur métier. Mais quelques uns trouvent quand même qu'il y a plus de formalisation et d'officialisation notamment dans les dossiers de soins. D'autres professionnels de santé sont plus vigilants aux personnes âgées, aux aides et à l'isolement de ces patients. Une des personnes trouve qu'il y a plus de réactivité et que le glissement de tâches est évité (rôle de chacun recentré). Un répondant dit qu'en tant que pharmacien son pouvoir de décision est limité et que son rôle est passif même s'il assure être plus vigilant. Un médecin dit manquer de recul.

### 2.8.3. Le travail en collaboration à l'avenir

Ils sont 14 à dire qu'ils vont travailler plus en collaboration dans le futur et la majorité d'entre eux précise « *toujours* » (PHAR\_3) ou « *comme avant* » (PHAR\_6, IDE\_1) pour insister sur le fait qu'ils le faisaient déjà. 3 autres le souhaitent ou l'espèrent car ils ont fait les formations mais n'ont pas encore eu l'occasion de faire des PPS. Seul un des répondants ne va pas plus travailler en collaboration avec les autres professionnels de santé à l'avenir (MED\_2).

## 2.9. Les outils et les besoins

### 2.9.1. Les outils et les améliorations à y apporter

Concernant les différents outils (modèle de PPS, fiche de signalement, messagerie sécurisée, etc...) les acteurs semblent les trouver adaptés et n'ont pas grand-chose à leur reprocher. Certains avouent ne pas les avoir beaucoup utilisés à l'heure actuelle, notamment la messagerie sécurisée, normalement ouverte à tous les participants aux formations PAERPA. Le modèle de PPS est considéré comme un bon guide, opérationnel et le support papier adéquat pour mieux échanger et avancer au même rythme lors des réunions. Quelques personnes, peu nombreuses, trouvent qu'il y a quand même trop de paperasse. Une autre souhaiterait que le PPS puisse se remplir sur tablette, une facilité pour les IDE à domicile. Les médecins regrettent que le DMP ne soit pas opérationnel et que l'on ne puisse pas intégrer les PPS directement dans le logiciel métier (ce sont seulement des scans au format PDF). Malgré une volonté de tout écrire et tracer, la tradition orale persiste selon 2 répondants. Au total, 8 n'ont pas d'autres besoins que ceux déjà en place.

### 2.9.2. Le soutien administratif

Il est à 100% indispensable selon les professionnels du pôle santé. Tout le monde est satisfait du travail de la secrétaire dédiée (« *parfait* »(MED\_4), « *top* »(MED\_3), « *super secrétaire* » (IDE\_5)). Certains sont même impressionnés de son travail de retranscription et reformulation avec les termes médicaux des PPS manuscrits. Un médecin (MED\_6) note aussi l'importance de l'implication de la coordinatrice. Les quelques remarques pour améliorer ce secrétariat sont :

- le souhait d'avoir à l'avenir un local avec tous les dossiers réunis qui puissent être consultables à tout moment et par tout le monde (IDE\_1).
- que la secrétaire n'hésite pas à relancer les acteurs et à effectuer un retour sur l'avancement des dossiers (IDE\_7).
- que la secrétaire ait un rôle plus direct (organisateur).
- la volonté de ne pas faire trop compliqué (PHAR\_6).

Une question a aussi été posée : « *Est-ce que la personne qui reçoit les fax est une secrétaire médicale tenue au secret ?* »(PHAR\_1).

## 2.10. La motivation à participer à d'autres projets

16 professionnels de santé seraient prêts à participer à d'autres coordination du même type ciblant d'autre populations de patients même si le manque de temps et le manque d'investissement de certains médecins du pôle sont des freins.

Les domaines pour qui une coordination serait bénéfique cités par les professionnels :

- le handicap ;
- les dépendances ;
- la cancérologie ;
- les pathologies lourdes ;
- la gynécologie ;
- la pédiatrie ;

- l'HAD ;
- les populations défavorisées.

## **2.11. La motivation à continuer PAERPA**

17 professionnels de santé sur 18 se disent toujours motivés à s'impliquer dans l'expérimentation PAERPA.

## Partie IV : Discussion

### 1. Où en est-on dans PAERPA ?

#### 1.1. Objectif de PPS non atteint

Dans le sud-ouest mayennais, le projet PAERPA a été initié dès 2013 mais les premiers PPS rédigés qu'à partir de décembre 2014. En 2015, 187 PPS ont été réalisés et il y a eu 26 réévaluations. En 2016, du 1<sup>er</sup> janvier au 30 avril, 12 PPS seulement ont été faits. Ce nombre de PPS, inférieur à l'objectif initial de 600 en 2014 et 2015, a été revu à la baisse à 300 par an. Le montant des subventions a donc lui aussi été revu à la baisse, en fonction des objectifs atteints et des dépenses de l'ARS.

Ci-dessous le tableau récapitule pour chaque territoire pilote le nombre de PPS réalisé. Il faut savoir qu'une première vague a été lancée en septembre 2013 : Centre (territoire lochois), Ile-de-France (9eme, 10eme et 19eme arrondissements), Lorraine (territoire Nancéen), Midi-Pyrénées (Hautes-Pyrénées) et Pays de la Loire (Mayenne). La deuxième partie, lancée début 2014, a concerné les régions Aquitaine (Bordeaux), Limousin (Corrèze), Nord-Pas-de-Calais (Valenciennois) et Bourgogne. (17)

	Aquitaine	Bourgogne	Centre	Ile de France	Limousin	Lorraine	Midi-Pyrénées	Nord Pas de Calais	Pays de Loire
PPS réalisés au 16 décembre 2015	46	50	64	100	38	496	60	235	301
PPS liquidés fin novembre 2015	1	31	13	29	1	185	11	43	98

Tableau 11 : Nombre de PPS créés/liquidés en décembre 2015 en France (données direction de la sécurité sociale) (27)

#### 1.2. Une organisation en cours de perfectionnement

Tenant compte des diverses remarques des professionnels de santé du pôle concernant l'organisation du PAERPA et des réunions, des changements sont en cours de réalisation. Il avait été demandé par plusieurs acteurs un meilleur suivi de l'avancement des PPS par une personne pouvant avoir une vision globale sur la personne âgée. C'est l'IDE coordinatrice (« parcours »), de l'hôpital qui sera à l'avenir en charge de cette mission. Une demie journée par semaine lui sera libérée afin qu'elle puisse effectuer le suivi des PPS, relancer les professionnels et les informer de l'avancement. Ce professionnel pivot favorise le décroisement entre les acteurs sur le territoire. Il paraissait important pour les organisateurs que cette personne ait un regard de soignant et pas de secrétaire afin d'apporter quelque chose au PPS. Elle n'assistera pas nécessairement aux réunions de coordination mais sera le lien entre les professionnels référents, les structures et le patient. Une de ses actions principales sera de désigner quelqu'un afin d'effectuer le retour sur le PPS à la personne âgée

(explications sur les actions qui seront mises en place), retour jusqu'alors assez peu effectué. Son intervention dans le PAERPA devait commencer en juin 2016.

## 2. Les facteurs favorables

### 2.1. Le contexte antérieur

#### 2.1.1. Le regroupement en pôle et maisons de santé

Tous les acteurs de santé du territoire semblent d'accord pour dire que travailler ensemble ne leur pose pas de problème, qu'ils le faisaient déjà auparavant grâce à leur regroupement au sein du pôle santé GCS et aux coordinations déjà mises en place. Donc pour eux, le principe du dispositif PAERPA qui est de se rencontrer pour échanger autour d'un même patient est une bonne chose. Les professionnels sont tous favorables à l'échange avec les autres et ils se connaissent déjà tous assez bien car ils se côtoient tous les jours. En effet, dans le sud-ouest mayennais, les acteurs sont à la fois réunis par un regroupement fonctionnel qui est le pôle santé, dans lequel les pharmaciens sont inclus, et par un regroupement physique dans deux maisons de santé à Craon et Renazé. Ce regroupement leur permet depuis quelques années déjà d'améliorer leurs pratiques et la qualité des soins notamment en coordonnant leurs actions par des protocoles de prise en charge, des actions de prévention, en accueillant des stagiaires et étudiants en médecine, en se formant ensemble, etc... (28).

#### 2.1.2. Le milieu rural

Pour quelques acteurs, il semblerait que le milieu rural soit un facteur favorable à l'interprofessionnalité car le nombre d'acteurs serait réduit et donc il serait plus facile de connaître ses collaborateurs. Les projets pilotes PAERPA ne sont pas tous situés dans des zones rurales. Il serait intéressant de comparer le fonctionnement du dispositif en campagne et en ville. Il apparaît dommageable que les professionnels de santé exerçant en zone urbaine soient privés de la possibilité de travailler en coordination avec d'autres et on sait d'ores et déjà que des coordinations existent aussi en ville, où l'offre de soins est souvent plus fournie.

#### 2.1.3. Un travail de longue haleine

Le 5 novembre 2015 a eu lieu à Angers un colloque dont le thème était *Travailler ensemble dans l'intérêt des patients* et où Madame Marie-Dominique Lussier, de l'ANAP, s'est exprimée : « Je confirme que l'expérience du sud-ouest mayennais est rare dans les 9 PAERPA ». « Ça fait 10 ans sur ce territoire que les acteurs essaient de travailler ensemble. Que ce qui est présenté là c'est finalement l'aboutissement, la potentialisation de ces 10 ans de travail où il a fallu lever les ambiguïtés. Les marches ont été montées les unes après les autres. Quand on part sur des territoires où on a beaucoup plus d'exercice professionnel isolé, les questions qui sont soulevées sur les changements de pratiques, le partage de l'information, sur comment je m'organise sont beaucoup plus prégnantes que ce qui a été présenté ici ». (29)

Depuis la signature du premier contrat local de santé qui avait fait du parcours des personnes âgées un de ses axes prioritaires, l'hôpital local a constaté une diminution du taux de réhospitalisation de cette population. Cela prouve que le travail avait démarré bien avant PAERPA, avec des résultats probants, et que les conditions favorables étaient réunies pour mettre en place ce nouveau dispositif expérimental. Il avait été montré que la coordination des acteurs améliorerait le parcours de soins et donc un meilleur soutien au domicile des patients. (30-32)

## 2.2. Même motivation : le patient

C'est sans nul doute l'objectif commun qui unit tous les professionnels ayant répondu à l'enquête : l'amélioration de la qualité de vie du patient pour qu'il reste le plus longtemps à son domicile, dans le meilleur état de santé possible. Beaucoup vont même jusqu'à dire qu'ils ne retireront pas forcément de bénéfices personnels ou professionnels de PAERPA, mais uniquement des bénéfices pour le patient. Cela est somme toute assez rassurant puisqu'en tant que professionnel de santé, il est logique que leur métier, quel qu'il soit, est de se dévouer à améliorer la prise en charge des patients. Pour les pharmaciens, leur rôle passera par la prise en charge médicamenteuse et la lutte contre l'iatrogénie. Pour les IDE, ce sera un suivi au domicile, des soins, la préparation des piluliers ou la surveillance clinique. Chaque acteur doit trouver sa place, son rôle et les tâches doivent être partagées et non déléguées.(33)

## 2.3. Mêmes craintes : le manque de temps

La plus grosse crainte des professionnels de santé avant le début de l'expérimentation était le temps qu'allait prendre ce travail supplémentaire, avec des emplois du temps déjà surchargés. Tous redoutaient la charge administrative que PAERPA allait engendrer par l'obtention de l'accord du patient, l'écriture des PPS, le suivi, etc... Une crainte que l'on peut dire partiellement résolue. En effet, un certain nombre de professionnels de santé s'est dit satisfait de l'organisation du PAERPA. Le temps consacré à chaque patient lors des réunions semble convenir à presque tous puisque le travail est effectué en amont par une secrétaire dédiée. Ce secrétariat fait d'ailleurs l'unanimité. La secrétaire médicale, tenue au secret, s'occupe de contacter les différents intervenants pour trouver une plage horaire commune pour effectuer le PPS, elle assure la transmission des informations entre les professionnels de santé, reçoit les signalements de personnes en situation de fragilité et retranscrit informatiquement les PPS manuscrits. Son travail a été salué par tous et le maintien de ce poste est indispensable au bon fonctionnement du projet pilote. En effet, pendant la période d'absence de la secrétaire, aucun PPS supplémentaire n'a été fait et le projet est resté au point mort. Il faut un soutien financier, pour assurer le maintien de ce poste.

## 2.4. Un regard global sur la personne âgée et une synergie d'action

Agir à plusieurs pour prendre en charge une personne âgée permet d'obtenir plus d'informations sur cette personne et de mieux la comprendre. Nous avons bien senti dans cette enquête que les acteurs se respectaient entre eux et avaient conscience qu'une coopération était nécessairement bénéfique. En effet, les médecins reconnaissaient volontiers que les infirmières, en allant au domicile des gens, apprenaient sûrement des choses différentes qu'eux-mêmes dans leur cabinet médical. De même, les pharmaciens au comptoir à l'officine, sont plus à même d'évaluer l'observance (notamment par la concordance des renouvellements) de leurs patients que les médecins. Associer de multiples acteurs autour d'une personne âgée et les faire discuter ensemble pour établir un Plan Personnalisé de Santé permet que tout le monde aille dans le même sens, sans s'éparpiller. Cette synergie d'action est gage de l'efficacité des soins qui seront procurés. Encore faut-il que les acteurs connaissent les autres soignants et reconnaissent leurs compétences. Et que cela ne soit pas simplement de belles paroles mais qu'on fasse réellement appel à leurs compétences. (34)

Depuis un an que PAERPA est mis en pratique sur ce territoire, il a été observé une corrélation extrêmement forte en termes d'activité entre l'équipe d'appui de réadaptation et d'adaptation et le PAERPA. Quand il y a eu des périodes avec moins de PPS, l'équipe d'appui a été nettement moins utilisée. Cela démontre que les acteurs utilisent bien toutes les ressources à leur disposition pour évaluer au mieux la situation du patient.

## 2.5. Le lien avec l'hôpital local

L'hôpital local se sert également du dispositif PAERPA. Quand une personne âgée bénéficiant de PAERPA est hospitalisée, son PPS est transmis à l'hôpital et sert de base pour l'élaboration du plan de soins individualisé. Les actions mises en place au domicile sont prises en compte et adaptées au milieu hospitalier afin de ne pas déstabiliser le malade. « *Dès l'entrée à l'hôpital, on tient compte de ses besoins. C'est l'institution qui s'adapte au malade et pas l'inverse* » déclare Mme Abrial, directrice du HLSOM. Ce plan de soins individualisé redevient un PPS à la sortie d'hospitalisation. La réunion de sortie d'hospitalisation permet de mettre à jour le PPS. Il est de plus en plus discuté de faire venir à cette réunion tous les acteurs du PPS de la personne âgée, et plus seulement les personnels hospitaliers.

## 2.6. Rémunération individuelle bienvenue mais pas un facteur déterminant

La rémunération perçue par les participants aux réunions PAERPA ne semble pas être un facteur déterminant pour les acteurs de s'engager dans le projet. Certains ne savent même pas s'ils l'ont reçue, c'est dire à quel point l'intérêt pour eux n'est pas pécuniaire. Beaucoup disent qu'elle est la bienvenue car elle récompense le temps passé en réunion et que c'est un « plus » par rapport à avant, où ce travail de coordination existait déjà avec le CLIC notamment et où aucune rémunération n'était prévue. Ce qui semble le plus important aux yeux des médecins en particulier, c'est via PAERPA, d'obtenir des subventions de l'ARS pour le fonctionnement du pôle santé et pérenniser le poste de la coordinatrice ainsi que les nouveaux modes de rémunération.

# 3. Les points faibles et les pistes d'amélioration

## 3.1. Les limites dans la coordination et le partage des tâches

Il n'y a vraiment de limites dans la communication entre les professionnels de santé. Tous s'accordent à dire qu'ils se connaissaient déjà bien avant et qu'ils arrivent à se joindre assez facilement. Néanmoins, même dans ce contexte favorable, des pharmaciens se sont sentis exclus du projet. Il est vrai que le médecin et l'infirmière sont au cœur du dispositif PAERPA. Cependant, des pharmaciens se sont plaints d'avoir été mis à l'écart par certains médecins et de ne pas avoir été convié aux réunions de concertation. Certains de leurs patients ayant été inclus dans PAERPA mais les réunions effectuées uniquement en binôme médecin-IDE. Est-ce délibéré ? N'y avait-il pas de nécessité de faire intervenir un pharmacien pour examiner le traitement médicamenteux dans ces cas précis ? Ou une volonté de réduire le nombre d'intervenants à deux pour éviter de partager les 100€ en trois comme le laissent supposer quelques pharmaciens... Même si l'argent semble ne pas, en apparence, être un facteur déterminant de la participation active à PAERPA, il est possible qu'il entre tout de même en jeu.

Certains médecins eux-mêmes ont conscience qu'ils n'avaient pas assez inclus les pharmaciens et avaient l'intention de faire un effort sur ce point. Le partage des tâches ne semble pas encore très clair, notamment sur la préparation des semainiers, pratique encore très largement laissée aux IDE. Le pharmacien ne sait donc pas encore très bien où situer son rôle. Peut-il proposer la réalisation de piluliers via la PDA et ainsi simplifier la tâche des IDE qui n'auraient qu'à surveiller leur bonne administration ?

### 3.2. Investissement des acteurs

Au total, 40 professionnels de la SISA ont été impliqués dans le dispositif sur 60 au total. Les professionnels non impliqués sont, entre autres, les orthophonistes, la sage-femme, les podologues et la diététicienne. Ils interviennent peu auprès des personnes de plus de 75 ans.

Les professionnels remarquent que PAERPA est très « *médecin dépendant* » ce qui semble assez logique, le médecin traitant est toujours celui qui oriente et gère le parcours de soins de ses patients. Aucun PPS ne peut être fait sans le médecin traitant du patient et cela limite un certain nombre d'infirmières et de pharmaciens qui ont repéré des personnes âgées en situation de fragilité mais dont le signalement est resté sans réponse. Dans la mesure où le médecin ne souhaite pas s'investir et n'est pas motivé ou pas inclus dans le pôle santé (exclusion ou ville hors secteur) aucune solution n'est possible pour que ses patients bénéficient de PAERPA. Alors les infirmières et pharmaciens s'arrangent comme ils peuvent avec les familles et font leur travail au mieux. On ne peut pas forcer tous les acteurs à s'investir.

### 3.3. Ne perd-on pas le sens du projet ?

Notons également que beaucoup de professionnels du pôle santé se sont sentis « *obligés* » de faire des PPS bien que n'ayant pas la conviction que cela soit très utile et que ça améliore le quotidien des plus de 75 ans. Ils s'impliquent pour obtenir les subventions pour pérenniser le fonctionnement du pôle mais parlent très clairement d'une « *usine à gaz* ». Si les raisons pour s'investir ne sont pas les bonnes, il est à craindre que le projet s'essouffle avec le temps. Surtout qu'un nombre important d'entre eux a été poussé à en réaliser en fin d'année 2015 pour essayer d'atteindre les objectifs fixés par l'ARS. PAERPA n'est pas encore un réflexe pour une majorité d'entre eux. Ne perd-t-on pas le sens du projet à vouloir faire des PPS à tout prix ? Le patient, qui devrait rester au centre du dispositif, n'est-il pas oublié ? Nous saurons prochainement si des hospitalisations et institutionnalisations ont été évitées grâce à PAERPA et si le quotidien au domicile des personnes âgées a été amélioré. On retrouve ce sentiment dans les résultats de Franck Martin : « *D'autant plus que même si la mise en œuvre officielle du PAERPA en Mayenne était fixée en septembre 2013, les premiers PPS n'ont été réalisés que fin 2014. Les premiers PPS ont donc été proposés à des personnes bénéficiant déjà d'un plan d'aides, et il s'agissait plus de formaliser des aides déjà en place. Ainsi, la plupart des personnes interrogées n'ont vu aucune différence dans leur prise en charge depuis la réalisation de leur PPS.* » Les PPS améliorent-ils réellement la vie des gens ?



### 3.4. Le refus du patient

C'était une des craintes évoquées en janvier 2015 par quelques professionnels de santé et elle s'est confirmée. Il est arrivé à plusieurs reprises que les patients refusent de donner leur consentement. Le caractère trop intrusif du PAERPA au domicile des gens peut être mal vécu. C'est aussi un élément qui ressort dans la thèse de Franck Martin, qui a interrogé une dizaine de personnes âgées bénéficiant de PAERPA. Ce refus peut être expliqué par différentes raisons :

- amener une personne étrangère au domicile, de nouvelles aides techniques, etc... peuvent déstabiliser le patient ;
- le patient n'accepte pas que la demande d'aides ne vienne pas lui mais de la démarche proactive du PAERPA ;
- le manque d'explications sur le dispositif ou la mauvaise compréhension des personnes âgées avec des troubles cognitifs et/ou auditifs et/ou visuels ;
- le patient n'a pas conscience de sa fragilité et de sa perte d'autonomie.

Malgré des réticences au début, après avoir bien expliqué le principe, les personnes âgées ont fini par accepter les aides et à s'y habituer. (17)

### 3.5. Des outils bien faits qui peuvent être encore mieux exploités

Lors du retour d'expérience sur le PPS le 2 juillet 2015, il a été dit que « *le PPS se montre d'usage facile pour les équipes de soins de santé primaires et répond ainsi à l'objectif d'aider les professionnels de ville à mettre en œuvre un raisonnement et une pratique adaptés à la prise en charge gériatrique* ». Cela corrobore les réponses de notre enquête. Assez peu de professionnels ont des choses à redire sur les outils mis à disposition. Le PPS est bien fait, le format papier permettant un déroulé fluide des réunions de concertation. Ce que regrettent les médecins, c'est l'impossibilité de saisir directement le PPS dans leur logiciel métier via un PDF modifiable par exemple. (27) La majorité des remarques sur les outils sont liées aux systèmes d'informations. Par exemple, les médecins sont toujours dans l'attente du déploiement du DMP. Peu de DMP sont actuellement ouverts sur le territoire en raison de difficultés liées au système d'information (lenteur...).

De même, bien que tous les professionnels ayant participé aux formations ont créé leur boîte de messagerie sécurisée, celle-ci est peu utilisée au pôle santé car elle n'est pas encore intégrée au système d'information. Les acteurs utilisent donc pour communiquer une messagerie classique d'où un risque pour garantir la confidentialité des échanges.

## 4. Des résultats encourageants à l'étranger

Un certain nombre de professionnels mettait en doute l'efficacité d'un tel dispositif en termes d'amélioration de la santé et de la qualité de vie de la personne âgée et de réduction d'hospitalisations. Diverses études montrent l'intérêt du travail interprofessionnel. Il faut en effet que les acteurs de santé soient convaincus du bénéfice du travail collaboratif pour s'engager complètement dans cette démarche.

## 4.1. Canada

Dans un rapport de 2007, la fondation canadienne de la recherche sur les services de santé a étudié les résultats de différentes études nationales sur les soins en collaboration interprofessionnelle. Les données ont été probantes quant à la satisfaction des patients dans le cadre des interventions en collaboration dans différents domaines comme une amélioration des scores de santé mentale, des chiffres de pression artérielle, de nutrition, de niveau d'activité, des scores physiologiques et psychologiques, une diminution du nombre de jours marqués par des symptômes de l'asthme par exemple... Dans le cas d'une structure de soins en collaboration, ont été observés une tendance à la baisse de la consultation au cabinet médical ainsi que des visites à l'hôpital et en salle d'urgence, ainsi qu'une baisse des médicaments prescrits. « *Le renforcement de la collaboration interprofessionnelle donne des résultats positifs tant pour le personnel soignant que pour le système et le patient* ». Une baisse des coûts a parfois été constatée dans certains services. Néanmoins, il fait état d'un manque de précisions sur la façon dont les variations entre les modes de collaboration interprofessionnelle nuisent aux résultats. Enfin, le rapport préconise un meilleur appui règlementaire et législatif pour favoriser et promouvoir l'uniformité et la clarté des partenariats de collaboration interprofessionnelle. (35)

Le Canada étudie aussi beaucoup l'impact de l'IPE (Interprofessional Education), c'est-à-dire l'effet de l'apprentissage en collaboration des étudiants en santé. Des études ont été publiées dans ce domaine et même si la qualité de preuves pour l'IPE reste limitée actuellement, il a été conclu à diverses reprises que l'IPE permettait d'améliorer la pratique, la délivrance de services et avait un impact positif sur les soins. (36)

## 4.2. Suisse

La Suisse compte miser sur l'interprofessionnalité dans le domaine de la santé pour affronter la crise actuelle et atténuer la pénurie de main d'œuvre qualifiée. Dans son nouveau programme de promotion, il est dit qu'une « *meilleure coordination accroît l'efficacité des soins : séjours hospitaliers plus courts ou baisse du nombre de consultations par la diminution du nombre de contrôles de suivis nécessaires* ». Pour ce faire, un financement est prévu et l'accent sera mis à la fois sur la formation des étudiants (travaux sur des cas dans des groupes avec différentes professions) et sur l'implémentation des modules interprofessionnels dans la pratique (gestion de cas). Le pays pense que la collaboration interprofessionnelle est une des réponses intéressantes qui devrait permettre de maintenir les valeurs humaines des soins primaires en se centrant sur le patient tout en se préoccupant des équipes soignantes et de leur santé. « *Une coordination imparfaite engendre des baisses de la qualité, des traitements inutiles et des coûts superflus* ». Et comme il a été dit à plusieurs reprises au cours de l'enquête en Mayenne, il faut une répartition des tâches claire au sein d'une équipe de soins ainsi qu'une « *reconnaissance mutuelle des expériences et des compétences de chacun* ». (37,38)

## 5. Limites de la méthode

### 5.1. Méthode de recueil

Premièrement, ce sont les différences dans la méthode de recueil. Nous n'obtenons pas les mêmes réponses, voire nous obtenons moins d'informations, lors d'un entretien par téléphone par rapport à un rendez-vous en face à face. Il en est de même selon le temps que le professionnel nous a accordé pour l'entretien. Lorsque c'est entre deux rendez-vous, l'entretien a été plus expéditif et les réponses plus brèves. Lors de la seconde enquête, en raison d'un manque de réponses et de temps pour se rencontrer, les deux derniers questionnaires ont été envoyés par mail et remplis par les professionnels eux-mêmes.

Par ailleurs, l'interviewer n'a pas utilisé de dictaphone pour enregistrer les entretiens et a uniquement fait de la prise de notes rapide. Aussi, une reformulation des verbatim a parfois été faite pour être retranscrite sur papier.

### 5.2. Professionnels recrutés

On peut aussi reprocher à cette enquête qu'elle n'inclut pas tous les professionnels du pôle, mais seulement les personnes volontaires à y répondre. Aussi, malgré une volonté d'interroger le plus grand nombre, il a été compliqué d'en contacter certains en raison d'emplois du temps chargés de part et d'autres. On peut regretter que lors de la majorité des médecins interrogés soit de Craon. Il aurait été intéressant d'analyser d'éventuelles différences de fonctionnement de PAERPA selon la ville où les professionnels exercent.

Au moment de la seconde enquête (janvier à avril 2016), un certain nombre de professionnels interrogés n'avait pas fait de PPS et donc le questionnaire ne leur était pas adapté. Il paraissait quand même important de savoir pourquoi ils ne s'étaient pas impliqués et d'avoir leur ressenti sur le projet. Le guide d'entretien a donc été modifié par l'ajout d'une question sur les raisons qui les ont empêchés d'en faire davantage.

Par ailleurs, la question se pose de savoir si tous les professionnels ont répondu honnêtement, ou s'ils ont formulé des réponses qu'ils pensaient attendues ou souhaitées par les autorités (ARS) afin de ne pas contrarier le fonctionnement du pôle. Sans doute que cette remarque ne concerne qu'un nombre très limité d'intervenants.

### 5.3. Des entretiens perfectibles

Un certain nombre de questions se recoupent, les mêmes réponses sont retrouvées à différentes questions ce qui montre que l'interviewer n'a pas su recentrer sur la question initiale les personnes qui répondaient hors sujet. L'intervieweuse n'était pas formée à la technique des entretiens qualitatifs ce qui est dommageable.

### 5.4. Neutralité de l'investigateur

L'interviewer étant étudiante en pharmacie, il est probable que les pharmaciens aient eu plus de facilités à lui répondre que les médecins ou IDE, d'où leur surreprésentation, due également à leur plus grande disponibilité. Enfin, l'interviewer a des liens de parenté avec des pharmaciens du secteur, ce qui a joué en sa faveur ou peut-être parfois en sa défaveur. En effet, les rendez-vous ont été obtenus avec plus de facilité et la confiance accordée plus rapidement dans certains cas. Mais tous les professionnels ont-ils répondu librement ?

C'est aussi avec son regard de « pharmacienne » que l'interviewer a interprété les résultats, engendrant très probablement des biais dans l'analyse de ces derniers.

## Conclusion

Ces deux enquêtes à un an d'intervalle, sur un dispositif de coordination encore tout récent, ont pu mettre en évidence quelques points positifs mais aussi des difficultés qu'il faudra surmonter. Finalement, on se rend compte que ce sont peut-être les médecins les plus réticents à s'investir dans le projet et comme les PPS sont rédigés sous leur directive, cela limite l'action des autres soignants. Les infirmières étaient inquiètes que cela leur fasse une surcharge de travail, il n'en est rien. Les pharmaciens étaient motivés à s'investir pour enfin montrer leurs compétences et obtenir une certaine reconnaissance. Il semble que leur implication puisse encore être améliorée car certains ont été « oubliés », d'autant plus que les instances du pôle ont remarqué que le problème iatrogénique était très fréquent. Le projet PAERPA reste très centré sur un duo médecin-infirmière et il manque un certains nombres d'intervenants aux réunions, les acteurs du médico-social en particulier. Il serait intéressant de comparer ces résultats avec d'autres zones de la Mayenne et même avec les autres territoires pilotes, car nous nous situons là sur un territoire où tout est réuni pour bien fonctionner. Les professionnels de santé du sud-ouest mayennais sont connus pour être « avant-gardistes » dans le domaine de l'interprofessionnalité depuis quelques années déjà, et cela fonctionne bien, même si des limites apparaissent. On peut dire que la mise en place du PAERPA n'a pas radicalement changé la façon de travailler ensemble des différents professionnels de santé.

Se pose aujourd'hui la question de l'intérêt réel de ce dispositif, pourtant dans la continuité du contrat local de santé. Est-il réellement efficace pour améliorer le parcours de santé des aînés et éviter le recours à l'institutionnalisation ou l'hospitalisation ? Ne s'est-on pas trompé d'objectif en voulant atteindre le nombre de PPS fixé par l'ARS ? Les professionnels de santé eux-mêmes semblent moyennement satisfaits et un peu démotivés car ils n'y voient pas d'amélioration par rapport à ce qu'ils faisaient avant. Manque aujourd'hui une évaluation qualitative et médico-économique des parcours, qui semble difficile à mettre en œuvre selon les instances de l'HLSOM mais qui prouverait l'intérêt d'un tel dispositif, indispensable à l'investissement de tous. En effet, aujourd'hui le parcours d'un patient est tellement morcelé qu'il est impossible à suivre notamment en raison d'une problématique de transmission d'information car les systèmes d'information ne sont pas harmonisés.

Au cours des recherches et des entretiens avec des personnels administratifs, l'investigateur a souvent été confronté à un vocabulaire technique (administration de la santé) et à de nouveaux sigles, sortant de son domaine de compétences et reflétant des visions différents du PAERPA : d'un côté les administrateurs (ARS, direction de l'hôpital, etc...) et de l'autre les soignants, au chevet des patients. Tout ce bavardage administratif, probablement indispensable, rend le PAERPA plus complexe et moins accessible aux professionnels de santé qui sont sur le terrain. Il est susceptible de les effrayer, eux qui sont déjà surchargés de travail et qui ont pour objectif principal, l'amélioration de la santé de leurs patients. Ce but étant parfois caché et oublié.

Un des points positifs est que les organisateurs locaux prennent en compte les remarques des professionnels de santé afin d'améliorer constamment le fonctionnement du dispositif. Il sera intéressant de voir si l'intervention de l'IDE coordinatrice facilite l'usage des PPS et leur suivi.

PAERPA doit se poursuivre pendant encore un an et demi. Que va devenir le projet ensuite ? Peut-on étendre PAERPA à toute la France ? Est-ce réalisable ? Dans tous les cas, l'HLSOM travaille déjà sur de nouveaux parcours coordonnés pour d'autres patients.

# Bibliographie

1. Code de déontologie - Communications - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 15 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Publications-ordinales/Code-de-deontologie>
2. Manière D, Aubert M, Mourey F, Outata S. Interprofessionnalité en gérontologie - Travailler ensemble : des théories aux pratiques. Erès. Ramonville Saint Agne; 2005. (Pratiques gérontologiques).
3. Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA [Internet]. janv, 2013. Disponible sur: [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cdc\\_paerpa.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cdc_paerpa.pdf)
4. Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'économie et des finances. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 [Internet]. 2012-1404 déc 17, 2012. Disponible sur: [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/projet-loi\\_lfss2013.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/projet-loi_lfss2013.pdf)
5. ANAP. Accompagnement du projet PAERPA. 2015.
6. ANAP -Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) [Internet]. [cité 5 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.anap.fr/l-anap/programme-de-travail/accompagner-les-etablissements-dans-leur-ouverture-sur-les-territoires/detail/actualites/personnes-agees-en-risque-de-perte-dautonomie-paerpa/>
7. Les outils - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) [Internet]. [cité 2 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/les-outils,15462.html>
8. Bollinger E. De nouveaux territoires pour les PAERPA. Le moniteur des pharmacies. juin 2016;(3134).
9. Haute Autorité de Santé - Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA [Internet]. [cité 5 oct 2015]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1638463/en/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638463/en/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa)
10. ASIP Santé, HAS. Synthèse médicale Volet de Synthèse Médicale (VSM) élaboré à partir du modèle métier de synthèse médicale [Internet]. 2013 oct p. 56. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-11/asip\\_sante\\_has\\_synthese\\_medicale.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-11/asip_sante_has_synthese_medicale.pdf)
11. HAS. Synthèse médicale : quel contenu? Analyse bibliographique réalisée entre décembre 2011 et février 2012 [Internet]. 2012 [cité 5 oct 2015]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/synthese\\_medicale\\_quel\\_contenu\\_analyse\\_bibliographique.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/synthese_medicale_quel_contenu_analyse_bibliographique.pdf)
12. Haute Autorité de Santé - L'essentiel sur votre patient « en un clic » [Internet]. [cité 5 oct 2015]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1681363/en/l-essentiel-sur-votre-patient-en-un-clic](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1681363/en/l-essentiel-sur-votre-patient-en-un-clic)
13. A quoi sert la messagerie sécurisée MSSanté et comment y accéder? Avril 2016;14.
14. Qu'est-ce que le DP? - Le Dossier Pharmaceutique - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 5 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP>
15. Dossier Pharmaceutique et médecins hospitaliers - Le Dossier Pharmaceutique - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 5 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Dossier-Pharmaceutique-et-medecins-hospitaliers>

16. Télémédecine - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) [Internet]. [cité 10 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/telemedecine,16580.html>
17. Martin F. Enquête sur l'opinion et les attentes des personnes âgées intégrées dans la mise en place du projet PAERPA en Mayenne [Thèse d'exercice]. [France]: Université Angers; 2015.
18. Mayenne (département). In: Wikipédia [Internet]. 2016 [cité 30 avr 2016]. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Mayenne\\_\(d%C3%A9partement\)&oldid=125605431](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Mayenne_(d%C3%A9partement)&oldid=125605431)
19. ARS Pays de la Loire. Rapport d'activité 2014 [Internet]. [cité 8 avr 2016]. Disponible sur: [http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F\\_actualites/2015/2015-07\\_Rapport\\_d\\_activite/ars\\_pdl-15-rapportannuel-web.pdf](http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_actualites/2015/2015-07_Rapport_d_activite/ars_pdl-15-rapportannuel-web.pdf)
20. ARS des Pays de la Loire. Parcours de santé des aînés, Présentation de la démarche initiée en Pays de la Loire [Internet]. 2014 [cité 8 avr 2016]. Disponible sur: [http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F\\_qualite\\_efficiency/efficience/parcours\\_de\\_sante/Parcours\\_Aines\\_Presentation\\_PAERPA.pdf](http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_qualite_efficiency/efficience/parcours_de_sante/Parcours_Aines_Presentation_PAERPA.pdf)
21. INSEE. Observation sociale des territoires de la Mayenne, Cahier départemental [Internet]. 2011 [cité 30 avr 2016]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/insee\\_regions/pays-de-la-loire/themes/infostat/is432/cahier\\_d%C3%A9partemental\\_53.pdf](http://www.insee.fr/fr/insee_regions/pays-de-la-loire/themes/infostat/is432/cahier_d%C3%A9partemental_53.pdf)
22. Insee - Population - Mayenne : une croissance démographique modérée [Internet]. [cité 2 mai 2016]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg\\_id=3&ref\\_id=23825](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=3&ref_id=23825)
23. ARS Pays de la Loire. Proposition de préfiguration de « projets pilotes » \_ Qualité et efficience du parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie. 2012.
24. Données départementales - Cartes - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 27 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Cartes/Carte-departementale-Section-D/Donnees-departementales#>
25. Bertrand J. Attentes des professionnels de santé intégrant un pôle de santé associé à un hôpital local (Mayenne, 53) [Thèse d'exercice]. Angers; 2013.
26. Etablissement personnes agees Mayenne 53 [Internet]. [cité 27 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.sanitaire-social.com/annuaire/etablissement-personnes-agees-pays-de-la-loire-mayenne/53/33/dc/1>
27. HAS, les parcours de soins. Mise en oeuvre du PPS PAERPA : bilan à 6 mois [Internet]. 2015 [cité 7 mai 2016]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/bilan\\_a\\_6\\_mois\\_\\_plan\\_personnalise\\_sante\\_\\_vf\\_web.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/bilan_a_6_mois__plan_personnalise_sante__vf_web.pdf)
28. Travailler ensemble pour mieux soigner. La revue Prescrire. Août 2012;(346).
29. Canal UA - Université d'Angers - Visualisation de l'enregistrement Travailler ensemble dans l'intérêt des patients [Internet]. 2015 [cité 5 mai 2016]. Disponible sur: <http://canal-ua.univ-angers.fr/avc/courseaccess?id=1834>
30. ARS des Pays-de-la-Loire. Fiche synthèse du CLS de Craon Renazé. 2012.
31. ARS des Pays-de-la-Loire. Contrat local de santé. 2012.
32. CEAS de la Mayenne. Projet local du santé du Sud-Ouest Mayennais. 2011.
33. Durand G. Les maisons de santé : beaucoup de bruit... pour quelque chose. La revue Prescrire. Août 2012;(346):614- 25.
34. Synergies. La revue Prescrire. Août 2012;(346):600.

35. Barret J, Curran V, Glynn L, Godwin M. Synthèse de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : Collaboration interprofessionnelle et services de santé de première ligne de qualité [Internet]. Ottawa (Canada): FCRSS; 2007 Décembre [cité 22 juill 2016]. Disponible sur: [http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/SynthesisReport\\_Fr\\_FINAL.pdf](http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/SynthesisReport_Fr_FINAL.pdf)
36. CIHC, CPIS. Knowledge Transfer & Exchange in Interprofessional Education. Synthesizing the evidence to foster evidence-based decision-making. 2008.
37. Samuelson M, Herzig L, Widmer D. L'avenir des soins primaires interprofessionnels dans un temps de crise. Rev Med Suisse. 2012;(8):2054 2059.
38. Confédération suisse, Office fédéral de la santé publique. Programme de promotion « Interprofessionnalité dans le domaine de la santé ». mai, 2016.



## Annexe 1 : Modèle de PPS

# MODÈLE DE PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ

**Chaque PPS est composé d'un recto-verso, et d'une check-list de problèmes en annexe:**

**\* Recto : un formulaire de recueil d'informations générales sur la personne et ses contacts utiles ;**

**\* Verso : un plan d'actions (plan de soins et plan d'aides)** tenant souvent sur 1 page. Le volet social (plan d'aides) est distinct du volet soins, dans le cas où la personne souhaite que les informations d'ordre sanitaire la concernant ne soient pas partagées avec les acteurs sociaux.

**\* Annexe : une check-list de problèmes** sur une page permettant de s'accorder entre professionnels sur les problèmes à traiter. Certains problèmes qui méritent d'être mieux explorés peuvent être notés avec un « ? » ; les points d'étape réalisés par le référent permettent de suivre la réalisation et les résultats des actions selon les critères choisis et de les réajuster si nécessaire. Le réajustement est décidé avec les autres acteurs concernés sans donner lieu systématiquement à une réunion à plusieurs, sauf exception.

**Cette check-list de problèmes est accompagnée d'un tableau comportant des exemples d'actions en regard des problèmes.**

<b>La personne et ses contacts utiles</b>					<b>Nom :</b>			
					<b>Prénom :</b>			
					<b>Date de naissance :</b>		/ /	<b>Sexe</b>
<b>Numéro du PPS</b>		<b>Date de la version en cours</b>	...../...../.....	<b>ALD</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui nombre ALD _____		
<b>Référent du PPS</b>	Profession : _____ Nom : _____							
<b>Informations sur la personne</b>					<b>Numéro de sécurité sociale</b>			
<b>Adresse de la personne</b>					<b>Code Postal</b>			
<b>Aidant</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – Nombre Nom(s) :	<i>Tel</i>	<i>email</i>	<b>Recherche d'hébergement en cours</b>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<b>Référents familiaux /amicaux</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Nombre : Nom(s) :	<i>Tel</i>	<i>email</i>	<b>APA</b>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Classe GIR (1 à 6)		
<b>Personne de confiance</b>		<i>Tel</i>	<i>email</i>	<b>Directives anticipées</b>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<b>Caisse de retraite</b>	Nom :			<b>Mutuelle</b>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui nom de la mutuelle :		

	<input type="checkbox"/> pension <input type="checkbox"/> pension de réversion <input type="checkbox"/> ASPA (Allocation de Solidarité aux Personnes Agées)		
<b>Consentement à l'échange d'informations contenues dans le cadre de la démarche Paerpa</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

Contacts utiles					
Niveau d'information (cf. fiche jointe)	Catégorie professionnelle	Nom/Prénom du professionnel ou nom de l'organisme	Accès aux informations Oui/Non	Téléphone	Email
Niveau 1	Médecin traitant				
	Infirmier(s)				
	Pharmacien				
	Kinésithérapeute				
	Ergothérapeute				
	Gériatre				
	Autre spécialiste				
Niveau 2	Assistant social				
	Coordination territoriale d'appui				
Niveau 3	Professionnel d'aide à la vie quotidienne (hors professionnel de santé)				
	Autre (préciser le niveau d'informations 1, 2, ou 3)				

<b>La personne</b>		Date d'initiation du PPS ...../...../.....	Nom :	
			Prénom :	
			Date de naissance :	
Numéro du PPS		Préférences de la personne		
Référent du PPS		Priorité actuelle de la personne		

### Plan de soins

Problèmes classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist)	Objectifs partagés	Libellé des actions dont ETP	Intervenants	Critères d'atteinte des résultats	Bilan d'étape Date : / / Atteinte des résultats et commentaires

### Plan d'aides

Problèmes classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist)	Objectifs partagés	Libellé des actions dont ETP	Intervenants	Critères d'atteinte des résultats	Bilan d'étape Date : / / Atteinte des résultats et commentaires

# Annexe : check-list d'aide à l'identification des priorités des professionnels (oui / non / ?)

Date : / / .

	Suivi			Problèmes (fréquents, transversaux et modifiables)	Suivi		
	Initiation	Point d'étape 1	Point d'étape 2		Initiation	Point d'étape 1	Point d'étape 2
<b>Problèmes liés aux médicaments</b>				<b>Difficultés à prendre soin de soi</b>			
- accident iatrogène				- difficultés à utiliser le téléphone			
- automédication à risque				- difficultés à s'occuper soi-même de la prise des médicaments			
- prise de traitement à risque de iatrogénie grave (diurétiques, psychotropes, antithrombotiques, hypoglycémiantes)				- difficultés à voyager seul			
- problème d'observance				- difficultés à gérer son budget			
- adaptation par la personne des traitements (AVK, diurétiques, et hypoglycémiantes)				- refus de soins et d'aides			
				- situations de maltraitance, quelle qu'en soit la cause			
				<b>Aidant en difficulté (épuisé, fragile...)</b>			
				<b>Incapacités dans les activités de base de la vie quotidienne</b>			
<b>Organisation du suivi</b>				- soins personnels/toilette			
- pas de déplacement à domicile du médecin traitant				- habillage			
- multiples intervenants				- aller aux toilettes			
- investigations diagnostiques et/ou actes thérapeutiques nombreux ou complexes				- continence			
				- locomotion			
				- repas			
<b>Problèmes de mobilité</b>				<b>Isolement</b>			
- risque de chute				- faiblesse du réseau familial ou social			
- chute(s)				- isolement géographique			
- phobie post-chute				- isolement ressenti			
- problèmes de mobilité à domicile				- isolement culturel			
- problèmes de mobilité à l'extérieur				<b>Précarité</b>			
				- financière			

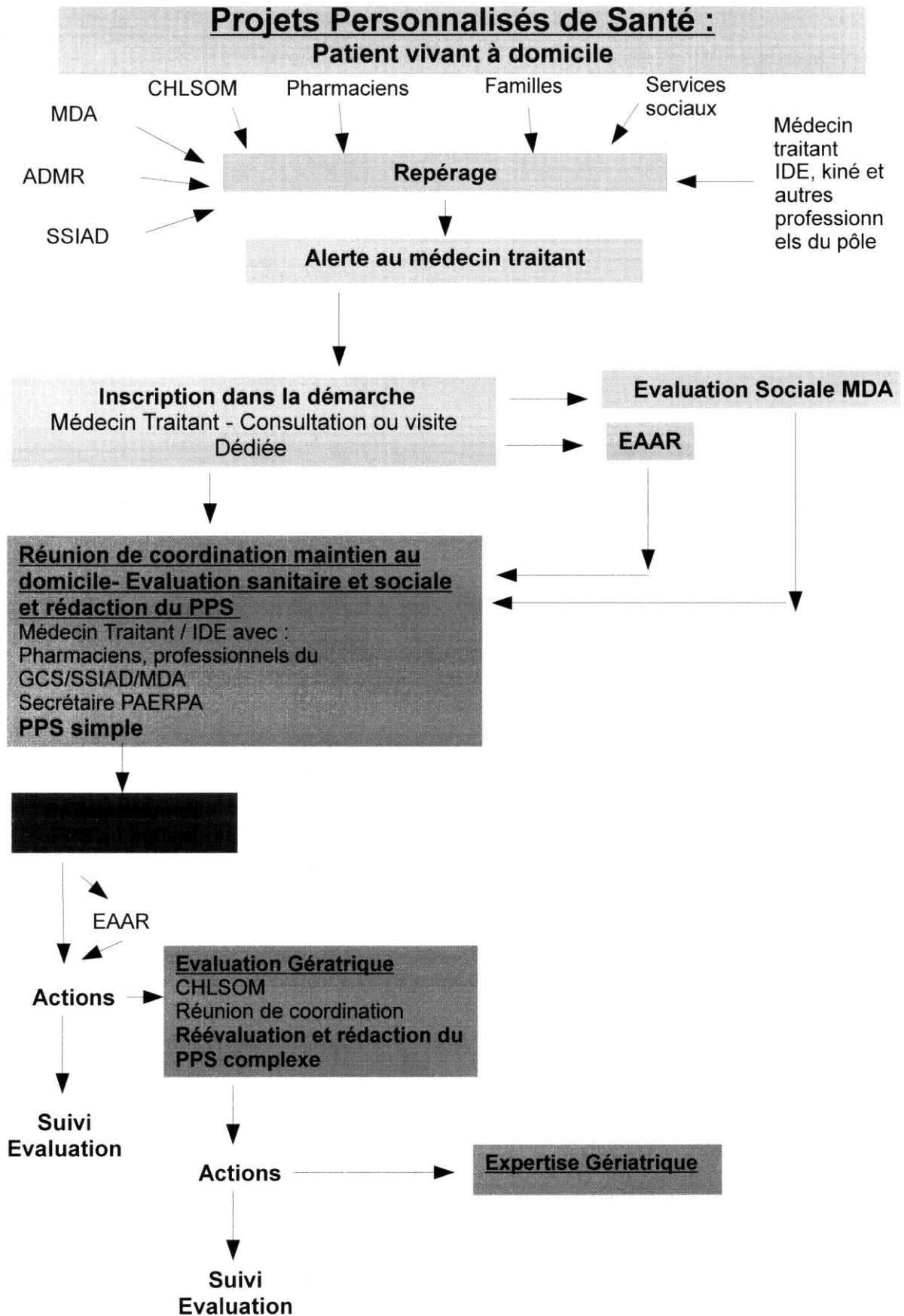
Troubles nutritionnels / Difficultés à avoir une alimentation adaptée				- habitat			
Troubles de l'humeur				- énergétique			

<b>Problèmes</b> (fréquents, transversaux et modifiables)	<b>Exemples d'actions</b>
<b>Problèmes liés aux médicaments*</b> : - accident iatrogène - automédication à risque - prise de traitement à risque de iatrogénie grave (psychotropes et/ou diurétiques/ et ou anti thrombotique et/ou hypoglycémiant) - problème d'observance - adaptation des traitements (AVK, diurétiques, et hypoglycémians)	- prise sécurisée par un tiers - mise en place d'un pilulier - éducation thérapeutique globale (situations à risque/signes d'alerte/stratégies pour diminuer les oublis) - Si adaptation des traitements souhaitée par la personne, éducation thérapeutique ciblée sur les modalités d'adaptation des traitements en toute sécurité
<b>Organisation du suivi</b> - pas de déplacement à domicile du médecin traitant - multiples intervenants - investigations diagnostiques et/ou actes thérapeutiques nombreuses ou complexes	- prise sécurisée des rendez-vous (biologie, imagerie, consultation, consultation mémoire,...) - programmation des transports sanitaires - carnet de suivi.....
<b>Problèmes de mobilité</b> - <b>risque de chute*</b> - chute(s) - phobie post chute - problèmes de mobilité à domicile - problèmes de mobilité à l'extérieur	- favoriser l'activité physique au quotidien - exercice physique adapté dont ETP spécifique - rééducation - prise en charge des problèmes podologiques - mise en place d'aides (pour les courses, le ménage...) - ETP autour de troubles de la nutrition - correction des troubles sensoriels - aides techniques - adaptation du logement
<b>Isolement</b> - Isolement géographique - Faiblesse du réseau familial ou social - isolement ressenti - Isolement culturel	- correction des troubles sensoriels - prise en charge d'une <b>dépression*</b> - évaluation de troubles cognitifs - avis psychiatrique - renforcement/mise en place des aides (dont accompagnement à l'usage des moyens de communication) - soutien de l'aidant (hébergement temporaire, accueil de jour, formation des aidants) - actions de socialisation (orientation vers des actions de loisirs...) - mise en place d'un accompagnement social



Problèmes (fréquents, transversaux et modifiables)	Exemples d'actions
<b>Précarité :</b> - Financière - Habitat - Energétique	- vérifier l'accès aux droits (ALD, APA) et accès aux soins - accompagnement social (dont mesures de protection juridique) - obtention aides financières - soutien par association caritative,...
<b>Incapacités dans les activités de base de la vie quotidienne</b> - soins personnels / toilette - habillage - aller aux toilettes - continence - locomotion - repas	- aide à la toilette - allocation financière - bilan ergothérapique - portage de repas,...
<b>Troubles nutritionnels/Difficultés à avoir une alimentation adaptée</b>	- S'enquérir de l'appétit - Réaliser un MNA ( <i>Mini Nutritional Assessment</i> ) en deuxième ligne - Rechercher la cause de la dénutrition - la prise en charge nutritionnelle est globale : <a href="http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_denutrition_personnes_agees.pdf">www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_denutrition_personnes_agees.pdf</a>
<b>Difficultés à prendre soin de soi</b> - Difficultés à utiliser le téléphone - Difficultés à s'occuper soi-même de la prise des médicaments - Difficultés à voyager seul - Difficultés à gérer son budget - Difficultés à avoir une alimentation adaptée/ <b>dénutrition*</b> - Refus de soins et d'aides - Situations de maltraitance, quelle qu'en soit la cause	- intervention du CMP - bilan cognitif - prise en charge d'une dépression - intervention d'équipes mobiles, etc. - accompagnement social (dont mesures de protection juridique) - alerte via n° d'appel national 3977, évaluation sociale...
<b>Troubles de l'humeur*</b>	- Psychothérapie de soutien - Traitement anti-dépresseur - Équipe de gériatrie-psychiatrie - Avis d'un psychiatre

## Annexe 2 : Logigramme de PAERPA



## Annexe 3 : Fiche d'aide au repérage de la fragilité

### Repérage de la fragilité

*Préalable : La personne a 75 ans ou plus ET ne réside pas en EHPAD*

▪ **DATE DE LA REDACTION DE LA FICHE :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

▪ **REPERAGE PAR :**

<p>○ <b>STRUCTURE :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Pôle de Santé Libéral ou Maison de Santé Pluri-professionnelle</p> <p><input type="checkbox"/> SAD</p> <p><input type="checkbox"/> SSIAD</p> <p><input type="checkbox"/> MDA</p> <p><input type="checkbox"/> Autre, précisez :</p>	<p>○ <b>COORDONNEES du repérant :</b></p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>○ <b>HORS STRUCTURE :</b></p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>	<p>○ <b>COORDONNEES du repérant :</b></p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>

▪ **PERSONNE CONCERNEE**

<p>○ NOM - PRENOM : -----</p> <p>○ DATE DE NAISSANCE : ____/____/____      AGE : -----</p> <p>○ ADRESSE : -----</p> <p>○ MÉDECIN TRAITANT : -----</p>
---

▪ **LES CRITERES DE FRAGILITE :**

<p><input type="checkbox"/> La personne a <b><u>perdu du poids</u></b> au cours des 3 derniers mois</p> <p><input type="checkbox"/> La personne a <b><u>chuté</u></b> au cours des 6 derniers mois</p> <p><input type="checkbox"/> La personne a des problèmes dans la <b><u>gestion des médicaments</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> La personne a des problèmes dans la <b><u>gestion courante</u></b> (papiers, démarches, téléphone...)</p> <p><input type="checkbox"/> La personne a <b><u>perdu un proche</u></b> récemment</p> <p><input type="checkbox"/> La personne a <b><u>des troubles de la mémoire et/ou du comportement</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> La personne a <b><u>des difficultés de déplacement</u></b></p>
--

*Si un critère est repéré : merci de transmettre la fiche à la maison de santé/pôle de santé concerné (médecin traitant concerné).*

*→ Mode de transmission voir selon les territoires : format papier, messagerie classique, messagerie sécurisée, fax...*

## Annexe 4 : Questionnaire d'aide à la décision d'initier un PPS

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

Le questionnaire renseigné par le médecin traitant suivant a pour objectif d'aider la décision d'initier un PPS.

Le déclenchement d'un PPS nécessite de répondre OUI à deux questions successives :

1. la présence d'au moins un critère pouvant conduire à une démarche de type PPS.
2. la nécessité d'élaborer et de suivre un plan d'actions formalisé pour la mise en œuvre d'interventions pluri-professionnelles à plusieurs, sous la responsabilité du médecin traitant.
3. Enfin, l'acceptation de la personne est indispensable pour initier la démarche du PPS.

NOM : .....	Prénom : .....	<b>PSL</b> (à renseigner par les Pôles ou MSP) .....
Date de naissance : ____ / ____ / ____	Age : ..... ans	

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

Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces six questions : Initier un PPS pourrait avoir un intérêt			
La personne :	O	N	?
a-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?			
a-t-elle une polypathologie ( $n \geq 3$ ) ou une insuffisance d'organe sévère <sup>1</sup> ou une polymédication ( $n \geq 10$ ) ?			
a-t-elle une restriction de ses déplacements, dont un antécédent de chute grave ?			
a-t-elle des troubles cognitifs, thymiques, comportementaux (dont addictions), ne lui permettant pas de gérer son parcours ou mettant en difficulté l'aidant/l'entourage ?			
a-t-elle des problèmes socio-économiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?			
a-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?			

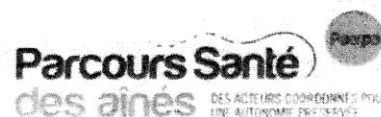
**2<sup>de</sup> étape : décider d'initier un PPS.**

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

\*Si oui, renseigner la fiche de consentement PAERPA



## Annexe 5 : Fiche de demande de consentement du patient



### FICHE DE CONSENTEMENT

Madame, Monsieur,

Vous êtes sollicité pour donner votre consentement à la transmission d'informations vous concernant. Votre consentement permettra le partage d'informations entre les professionnels qui vous entourent, dans le but d'améliorer votre prise en charge et votre accompagnement.

#### **Sur quelles informations devez-vous donner votre consentement ?**

Les informations partagées sont celles qui sont pertinentes et strictement nécessaires à votre prise en charge. Différentes catégories d'informations sont susceptibles d'être partagées. Le tableau en page 4 précise ces catégories.

#### **A quels professionnels devez-vous donner votre consentement ?**

Vous pouvez accorder l'accès aux informations vous concernant aux professionnels et organismes qui interviennent auprès de vous. Ces professionnels et organismes sont regroupés en listes et bénéficient d'un accès différencié aux informations, sous réserve de votre accord, selon qu'elles sont nécessaires à votre prise en charge ou non. Le tableau en page 3 précise les modalités d'accès par catégories professionnelles.

#### **Quelle sera la traçabilité de votre consentement ?**

Votre accord peut faire l'objet de la signature de la présente fiche de consentement. Dans le cas où votre médecin traitant vous propose un *Plan Personnalisé de Santé (PPS)*, votre consentement à la transmission d'informations sera alors inscrit dans le PPS.

Parallèlement, vous pouvez demander la création d'un *Dossier Médical Partagé (DMP)* chez votre professionnel de santé. La création de votre DMP ne peut avoir lieu qu'avec votre consentement. Votre accord sera directement enregistré, par le professionnel, dans le DMP.

### **Quels sont vos droits:**

- Le recueil de votre consentement et l'échange d'informations entre les professionnels qui vous entourent font l'objet d'un encadrement législatif et réglementaire strict.
- Le professionnel qui recueille votre consentement est signataire d'une charte précisant les principes éthiques, déontologiques et de confidentialité afférents à votre prise en charge. Il est en mesure de vous communiquer les informations nécessaires à votre consentement éclairé.
- Si vous donnez votre accord à l'échange d'informations vous concernant, le professionnel de santé vous prenant en charge cochera la case correspondante sur votre plan personnalisé de santé. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser.
- Vous pouvez refuser que les informations soient accessibles à tout ou partie des professionnels et organismes vous prenant en charge.
- Votre consentement est valable durant le temps de mise en œuvre de la démarche PAERPA. Si vous souhaitez quitter le dispositif, vous pouvez retirer votre consentement par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée, notamment par e-mail en vous adressant au professionnel qui l'a recueilli ou à la structure proche de chez vous s'occupant de la coordination de vos professionnels, de votre information et de votre orientation (CTA).

Informations partagées	Accès différencié des professionnels et organismes aux informations
<p>Les caractéristiques sociales vous concernant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse, situation familiale, profession antérieure et celle de votre conjoint s'il y a lieu</li> <li>- les informations relatives à votre protection sociale, vos prestations acquises et celles en cours de demande</li> <li>- les informations relatives à votre logement, à son accessibilité et à votre cadre de vie</li> <li>- l'identité et les coordonnées de votre entourage, de votre personne de</li> </ul>	<p><b>NIVEAU 1</b></p> <p><b>Les professionnels de santé qui interviennent régulièrement auprès de vous :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- médecin traitant,</li> <li>- infirmier,</li> <li>- pharmacien le cas échéant,</li> <li>- et tout professionnel qui vous suit régulièrement</li> </ul> <p><b>Les professionnels de santé que vous voyez plus ponctuellement:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- spécialistes,</li> <li>- ergothérapeute</li> </ul>
<p><u>Les noms et coordonnées de vos professionnels de santé :</u> votre médecin traitant, infirmier, pharmacien, spécialistes, kinésithérapeute...</p> <p><u>Les dates, durées et modalités de vos hospitalisations</u></p> <p><u>Vos besoins et les réponses apportées :</u> éducation thérapeutique, prestations médicales et paramédicales complémentaires, expertise gériatrique/psychiatrique, soins palliatifs</p> <p><u>Votre degré d'autonomie</u></p>	<p><b>NIVEAU 2</b></p> <p><b>L'assistant social qui suit votre situation</b></p> <p><b>La structure proche de chez vous s'occupant de la coordination de vos professionnels,</b> de votre information et de votre orientation (CTA)</p>
<p><u>Toute information ou prescription nécessaire et pertinente pour améliorer ma prise en charge</u> (notamment relatives à votre hygiène de vie, à vos habitudes alimentaires ou à votre environnement de vie...)</p> <p><u>Votre état de santé avec les diagnostics,</u> les principaux éléments de votre dossier</p>	<p><b>NIVEAU 3</b></p> <p><b>Organisme/votre professionnel<sup>2</sup> d'aide à la vie quotidienne</b></p>
<p><u>Le volet soins et/ou le volet social de votre plan personnalisé de santé</u> (s'il existe) et toute autre information que votre médecin ou un autre professionnel estime nécessaire</p>	<p><b>Dans le respect des dispositions précédentes, votre médecin traitant ou un autre professionnel vous prenant en charge peut transmettre, sous sa responsabilité, des informations vous concernant à un autre professionnel s'il estime que ces informations sont nécessaires à votre prise en charge</b></p>

Informations vous concernant susceptibles d'être partagées, par catégorie de professionnels et organismes<sup>1</sup>

- <sup>1</sup> Conformément au décret n°2013-1090 du 2 décembre 2013 relatif à la transmission d'informations entre les professionnels participant à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, pris en application de l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

- <sup>2</sup> Hors professionnels de santé, qui ont accès au niveau 1 d'information



NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Age : ..... ans

MEDECIN TRAITANT : .....

**PSL**

(à renseigner par les  
Pôles ou MSP)

**NOM et PRENOM** de la personne : .....

**COORDONNEES** (téléphone, email) : .....

☐ J'accepte que les professionnels et organismes me prenant en charge puissent s'échanger les informations nécessaires et pertinentes me concernant selon les modalités précisées dans la fiche en annexe.

J'ai été dûment informé(e) des conditions de transmission de ces informations.

Date :

Signature :

Dans le cas où la personne âgée n'est pas en mesure de donner son consentement

**NOM et PRENOM** de la personne de confiance /du représentant légal (rayer la mention inutile) :

**COORDONNEES** (téléphone, email) : .....

☐ J'accepte que les professionnels et organismes prenant en charge la personne que je représente puissent échanger les informations nécessaires et pertinentes concernant cette personne, selon les modalités précisées dans la fiche en annexe. J'ai été dûment informé(e) des conditions de transmission d'informations entre eux.

Date :

Signature



## Annexe 6 : Tableau des disponibilités pour les réunions

### Vos disponibilités pour les réunions de coordination - PAERPA

Afin de faciliter l'organisation des réunions de coordination, nous vous remercions de bien vouloir remplir ce document

**Nom :**

**Prénom:**

**Profession :**

**Site :**

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
12h30-14h00						
14h-16h						
20h30-22h						
Autre:						
Autre:						
Autre:						

Merci de cocher les créneaux horaires correspondants à vos disponibilités et de transmettre cette fiche à la coordinatrice avant le 15 Février 2015

## Annexe 7 : Questionnaire de la première enquête

**Avant** la mise en place de PAERPA

1. Quelle est votre profession ?
  - Médecin généraliste
  - Pharmacien d'officine
  - Infirmier Diplômé d'Etat
  - Autre, précisez: \_\_\_\_\_
2. Travaillez-vous déjà en équipe ? oui / non
3. Si oui, lesquels ?
  - Médecins
  - Pharmaciens
  - IDE
  - Autres: \_\_\_\_\_
4. Qu'attendez-vous de PAERPA?
5. Quels problèmes rencontrés aujourd'hui dans la prise en charge des patients pourraient être résolus grâce à cette coordination ?
6. Quelles sont vos motivations à participer à ce projet ?
7. Quelles sont vos craintes ? Qu'est-ce qui serait susceptible de vous freiner à participer à PAERPA ?  
Quelles vont, selon vous, être les difficultés rencontrées ?
8. Quels bénéfices pensez-vous retirer d'une telle coopération ?
  - Sur un plan personnel :
  - Sur le plan professionnel :
  - Pour le patient :
9. Quels sont, selon vous, les facteurs favorables à une bonne coopération entre professionnels de santé ?
10. Quels vont être vos besoins en termes d'outils afin de mener à bien cette coopération ?

## Annexe 8 : Questionnaire de la seconde enquête

**Un an après** la mise en place de PAERPA.

1. A combien de PPS avez-vous participé ?
2. Combien de situations/patients fragiles avez-vous signalé ?

Quelles ont été les actions mises en œuvre suite à ces signalements ?

Pour les PPS que vous avez réalisés, comment avez-vous fait le retour au patient (explication sur les décisions prises lors des réunions de concertation) ?

Si vous avez réalisé moins de 5 PPS ou que vous n'en avez fait aucun, pouvez-vous me donner les raisons qui vous ont empêché d'en faire plus ?

3. Quel est votre degré de satisfaction du programme PAERPA ?



4. Selon vous quels sont les atouts du programme ?
5. Quelles sont les faiblesses et limites ? Les points à améliorer ?
6. En quoi ce programme a-t-il pu améliorer la prise en charge des patients ?

Les objectifs de soins vous semblent-ils remplis (hospitalisations évitées, prise en charge médico-sociale, chutes évitées...)? OUI/NON Pourquoi ?

Etes-vous satisfait du temps consacré à chaque patient lors des réunions de concertation ? OUI/NON Pourquoi ?

7. Quelles sont les principales limites dans la coordination interprofessionnelle que vous avez pu rencontrer ?
8. Avez-vous un point de vue différent sur les autres acteurs participant à PAERPA désormais ? OUI/NON Pourquoi ? En quoi ce programme a modifié votre pratique ?

Allez-vous plus travailler en collaboration avec les autres professionnels de santé à l'avenir ? OUI/NON

9. Concernant les outils mis à disposition (PPS, messagerie sécurisée, secrétariat, autres) (préciser). Vous semblent-ils adaptés ? OUI/NON

Comment peuvent-ils être améliorés ?

Avez-vous d'autres besoins ? OUI/NON      Quels sont-ils ?

Est-ce que le soutien administratif mis en place (organisation des rencontres, préparation des dossiers...) pour l'organisation du PAERPA vous convient ? OUI/NON

Avez-vous des propositions d'amélioration ?

10. Avez-vous été rémunéré jusqu'à présent ? OUI/NON

Etes-vous satisfait de cette rémunération ? OUI/NON

Pourquoi ?

11. Seriez-vous prêt à participer à d'autres coordinations de ce type ciblant d'autres populations de patients ?
12. Etes-vous toujours motivé à participer à PAERPA ? OUI/NON

# Table des matières

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>16</b>
<b>PARTIE I : PAERPA .....</b>	<b>17</b>
<b>1. L’interprofessionnalité .....</b>	<b>17</b>
<b>2. Le projet PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d’Autonomie .....</b>	<b>18</b>
2.1. L’expérimentation au niveau national .....	18
2.1.1. Présentation .....	18
2.1.2. Objectifs.....	18
2.1.3. L’ANAP .....	18
2.1.4. Population cible.....	19
2.1.5. Le dispositif .....	19
a) La coordination clinique de proximité.....	20
b) La coordination territoriale d’appui .....	20
c) La mobilisation des établissements de santé et médico-sociaux pour la gestion des transitions ville-hôpital-EHPAD .....	20
2.1.6. Financement.....	21
2.1.7. Les territoires pilotes .....	21
2.1.8. Outils .....	21
a) Les systèmes et échanges d’information .....	21
Le plan personnalisé de santé (PPS) (annexe 1).....	21
Le volet médical de synthèse (VMS) .....	22
Le dossier de liaison d’urgence (DLU) .....	23
Le compte-rendu d’hospitalisation .....	23
L’annuaire des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales.....	23
La messagerie sécurisée .....	23
Le dossier médical partagé (DMP).....	23
Le dossier pharmaceutique (DP) .....	23
Des outils adaptés à la mobilité .....	24
L’outil informatique de la coordination territoriale.....	24
Les logiciels métiers adaptés et compatibles avec les outils .....	24
b) La formation .....	24
La formation des acteurs de la CCP et des professionnels de l’expertise gériatrique .....	24
La formation des aides à domicile et au repérage des facteurs de risque de perte d’autonomie ou de fragilité .....	24
La formation des acteurs des établissements de santé .....	25
La formation pour les personnels de gériatrie .....	25
La formation à l’ETP .....	25
c) La télémédecine .....	25
2.1.9. Evaluation du projet .....	26
2.2. PAERPA en Mayenne.....	26
2.2.1. Le territoire Mayennais et ses caractéristiques .....	26
2.2.2. Le territoire du sud-ouest mayennais .....	27
a) Caractéristiques démographiques du territoire.....	27
b) L’offre de soins dans le sud-ouest mayennais en 2016 .....	29
Offre de soins médicale et paramédicale ambulatoires .....	29
Structures publiques ambulatoires .....	29
Consultations avancées .....	29
Offre médico-sociale .....	29
L’hôpital local : CHLSOM.....	29
Structures d’hébergement sanitaires et sociales (EHPAD) .....	30
Des établissements pour personnes âgées dépendantes .....	30
Des établissements spécialisés.....	30
c) Historique de la coopération locale des acteurs de santé.....	30
2.2.3. Objectifs de l’ARS.....	31
2.2.4. Outils .....	31
2.2.5. Déroulement du processus (annexe 2) .....	32

a)	Première étape : signalement .....	32
b)	Deuxième étape : inscription dans la démarche PPS.....	32
c)	Troisième étape : évaluation sociale .....	32
d)	Quatrième étape : réalisation du plan d'action.....	32
e)	Cinquième étape : présentation du PPS au patient et son intégration dans le DMP .....	32
f)	Sixième étape : initiation des actions, le suivi et l'évaluation des PPS .....	32
2.2.6.	Les aides et dispositifs existant.....	33
2.2.7.	Les fonctions de support à l'organisation du PAERPA .....	33
2.2.8.	Les atouts du territoire .....	33
<b>3.</b>	<b>Objectifs de l'enquête .....</b>	<b>34</b>
<b>PARTIE II : METHODE.....</b>		<b>35</b>
<b>1.</b>	<b>Choix de la méthode qualitative .....</b>	<b>35</b>
<b>2.</b>	<b>L'interviewer .....</b>	<b>35</b>
<b>3.</b>	<b>Le recrutement des professionnels .....</b>	<b>35</b>
<b>4.</b>	<b>Enquête en amont de la mise en place de PAERPA .....</b>	<b>35</b>
<b>5.</b>	<b>Enquête un an après la mise en place .....</b>	<b>36</b>
<b>6.</b>	<b>L'analyse des données .....</b>	<b>37</b>
<b>PARTIE III : RESULTATS .....</b>		<b>38</b>
<b>1.</b>	<b>Résultats de l'enquête avant le début de PAERPA .....</b>	<b>38</b>
1.1.	Le travail en équipe .....	38
1.2.	Les attentes, les motivations et les bénéfices attendus envers PAERPA .....	38
1.2.1.	Une amélioration de la qualité de vie du patient .....	38
1.2.2.	Une meilleure coordination et communication entre professionnels.....	39
1.2.3.	La formalisation de ce qui se fait déjà pour améliorer le parcours de soins .....	39
1.2.4.	Une reconnaissance.....	40
1.2.5.	Pas de motivation.....	40
1.2.6.	Faire changer les choses .....	40
1.2.7.	Bénéfices personnels .....	40
1.3.	Les craintes, les freins, les difficultés.....	41
1.3.1.	Liés à l'organisation .....	41
1.3.2.	Liés au travail en équipe .....	41
1.3.3.	Liés au patient .....	41
1.3.4.	Liés au projet en lui-même.....	41
1.3.5.	Aucune crainte.....	42
1.4.	Les besoins.....	42
1.4.1.	Des supports d'information.....	42
a)	Le partage des données .....	42
b)	La messagerie sécurisée.....	42
1.4.2.	Une organisation administrative.....	42
1.4.3.	Des outils d'information, de planification et de coordination .....	42
1.4.4.	Des outils de communication .....	42
1.5.	Les facteurs favorables à une bonne coopération .....	43
<b>2.</b>	<b>Résultats de l'enquête un an après .....</b>	<b>43</b>
2.1.	Nombre de PPS et signalements .....	43
2.1.1.	Nombre de PPS auxquels les professionnels de santé interrogés ont participé.....	43
2.1.2.	Nombre de patients fragiles signalés .....	43
2.2.	Les actions mises en œuvre .....	44
2.3.	Le retour au patient.....	44
2.4.	Le degré de satisfaction envers PAERPA.....	45
2.5.	Les atouts du dispositif .....	45
2.5.1.	L'échange pluridisciplinaire.....	45
2.5.2.	Une meilleure prise en charge du patient .....	46
2.5.3.	La formalisation .....	46
2.5.4.	La rémunération.....	46
2.5.5.	Autres.....	46
a)	Pas d'atouts .....	46

b)	Intégration du pharmacien .....	46
2.6.	Les faiblesses, les limites et les points à améliorer .....	47
2.6.1.	Le manque de temps .....	47
2.6.2.	Le refus des patients .....	47
2.6.3.	Le manque d'investissement de certains, l'exclusion d'autres .....	47
2.6.4.	Une mise en pratique difficile .....	47
2.6.5.	L'orientation du travail .....	47
2.6.6.	Le partage des tâches .....	48
2.6.7.	Pas une avancée par rapport à ce qui se faisait avant .....	48
2.6.8.	La rémunération/ le financement des aides .....	48
2.6.9.	Les raisons pour ne pas avoir fait plus de PPS .....	48
2.6.10.	Les limites dans la coordination interprofessionnelle .....	48
2.7.	La prise en charge du patient et les objectifs de soins .....	49
2.8.	Une modification du point de vue et des pratiques ? .....	49
2.8.1.	Un nouveau regard sur les autres participants à PAERPA ? .....	49
2.8.2.	Une modification des pratiques ? .....	49
2.8.3.	Le travail en collaboration à l'avenir .....	49
2.9.	Les outils et les besoins .....	50
2.9.1.	Les outils et les améliorations à y apporter .....	50
2.9.2.	Le soutien administratif .....	50
2.10.	La motivation à participer à d'autres projets .....	50
2.11.	La motivation à continuer PAERPA .....	51

#### **PARTIE IV : DISCUSSION .....52**

<b>1.</b>	<b>Où en est-on dans PAERPA ? .....</b>	<b>52</b>
1.1.	Objectif de PPS non atteint .....	52
1.2.	Une organisation en cours de perfectionnement .....	52
<b>2.</b>	<b>Les facteurs favorables .....</b>	<b>53</b>
2.1.	Le contexte antérieur .....	53
2.1.1.	Le regroupement en pôle et maisons de santé .....	53
2.1.2.	Le milieu rural .....	53
2.1.3.	Un travail de longue haleine .....	53
2.2.	Même motivation : le patient .....	54
2.3.	Mêmes craintes : le manque de temps .....	54
2.4.	Un regard global sur la personne âgée et une synergie d'action .....	54
2.5.	Le lien avec l'hôpital local .....	55
2.6.	Rémunération individuelle bienvenue mais pas un facteur déterminant .....	55
<b>3.</b>	<b>Les points faibles et les pistes d'amélioration .....</b>	<b>55</b>
3.1.	Les limites dans la coordination et le partage des tâches .....	55
3.2.	Investissement des acteurs .....	56
3.3.	Ne perd on pas le sens du projet ? .....	56
3.4.	Le refus du patient .....	57
3.5.	Des outils bien faits qui peuvent être encore mieux exploités .....	57
<b>4.</b>	<b>Des résultats encourageants à l'étranger .....</b>	<b>57</b>
4.1.	Canada .....	58
4.2.	Suisse .....	58
<b>5.</b>	<b>Limites de la méthode .....</b>	<b>59</b>
5.1.	Méthode de recueil .....	59
5.2.	Professionnels recrutés .....	59
5.3.	Des entretiens perfectibles .....	59
5.4.	Neutralité de l'investigateur .....	59

#### **CONCLUSION .....61**

#### **BIBLIOGRAPHIE .....62**

<b>Annexe 1 : Modèle de PPS .....</b>	<b>65</b>
<b>Annexe 2 : Logigramme de PAERPA .....</b>	<b>74</b>
<b>Annexe 3 : Fiche d'aide au repérage de la fragilité .....</b>	<b>75</b>
<b>Annexe 4 : Questionnaire d'aide à la décision d'initier un PPS .....</b>	<b>76</b>

Annexe 5 : Fiche de demande de consentement du patient .....	77
Annexe 6 : Tableau des disponibilités pour les réunions .....	81
Annexe 7 : Questionnaire de la première enquête .....	82
Annexe 8 : Questionnaire de la seconde enquête .....	83
TABLE DES ILLUSTRATIONS .....	5
TABLE DES TABLEAUX .....	6



## Table des illustrations

Figure 1 : La coordination clinique de proximité (3) .....	20
Figure 2 : Densité de population en Mayenne au 1er janvier 2011 (18).....	26
Figure 3 : Le territoire du sud-ouest mayennais (25) .....	28

## Table des tableaux

Tableau 1 : Quelques indicateurs sociodémographiques pour la Mayenne (21).....	27
Tableau 2: Effectif des professionnels de santé et part des plus de 65 ans dans le département de la Mayenne ( chiffres ADELI)(23).....	27
Tableau 3 : Offre de soins médicale et paramédicale dans le sud-ouest mayennais en juin 2016 .....	29
Tableau 4 : Nombre de lits sur le CHLSOM .....	29
Tableau 5 : Etablissement pour personnes âgées dépendantes (25,26).....	30
Tableau 6 : Caractéristiques sociodémographiques des professionnels entretenus .....	36
Tableau 7 : Les facteurs favorables à une coopération selon les professionnels interrogés .....	43
Tableau 8 : Nombre de PPS effectués par les acteurs interrogés (résultats recueillis entre janvier et avril 2016).....	43
Tableau 9 : Echelle visuelle de satisfaction de PAERPA .....	45
Tableau 10 : Les limites rencontrées dans la coordination interprofessionnelle.....	48
Tableau 11 : Nombre de PPS créés/liquidés en décembre 2015 en France (données direction de la sécurité sociale) (27) .....	52

## RÉSUMÉ

Le projet PAERPA, Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie, a été initié dans 9 territoires français pilotes en 2013. Il s'agit d'améliorer le parcours de santé des personnes de plus de 75 ans en situation de fragilité. Le département de la Mayenne fait partie des territoires expérimentateurs. Deux enquêtes ont été menées auprès des professionnels de santé, l'une avant la mise en place du dispositif, l'autre un an après. Le but était de déterminer l'impact de la mise en place de PAERPA sur ce territoire où les acteurs de santé travaillaient déjà ensemble. Il a été montré que le PAERPA n'avait pas changé radicalement la façon de travailler des médecins, des pharmaciens et des infirmiers. Les professionnels qui s'impliquent sont ceux qui sont favorables au travail en équipe. Leur volonté commune est l'amélioration de la qualité de vie du patient. Néanmoins, le nombre de PPS est inférieur à l'objectif initial fixé par l'ARS. Quelques limites subsistent : une majorité de travail en binôme médecin-IDE et d'autres professions souvent oubliées, des médecins inégalement impliqués, un manque de temps, des outils à améliorer, une rémunération qui fait débat ... Une des principales difficultés reste la motivation de tous les acteurs de la région, pour qui il manque l'évaluation de ce dispositif qui montrerait son efficience en termes de réduction du nombre d'hospitalisations et de baisse des coûts notamment.

**mots-clés :** PAERPA, interprofessionnalité, médecins, infirmiers, pharmaciens, Mayenne, Sud-Ouest Mayennais, coordination, personnes âgées.

## ABSTRACT

The PAERPA project (elderly people in risk of loss of autonomy) was launched in nine French pilot territories in 2013. Its aim is to improve the healthcare pathway for 75-year-old people in situation of weakness. The department of Mayenne is one of these pilot areas. Two surveys were carried out with healthcare professionals; one before the beginning of the project and one the following year. The goal was to determine the impact of the implementation of PAERPA on a territory where health actors already worked together. It has been shown that PAERPA has not radically changed the way GPs, nurses, and pharmacists work. Professionals who are getting involved are those who like teamwork. Their common will is to improve their patients' quality of life. However, the number of « care plans » (PPS) is lower than the initial objective fixed by the Health Regional Agency (ARS). Nevertheless, there are still some limitations: a majority of pair work (nurse – general practitioner) and other professions often forgotten, physicians unevenly involved, a lack of time, tools that need to be improved, salaries which are a matter of debate... One of the main difficulties remains the motivation of the regional health actors who regret the absence of any assessment which could demonstrate the efficiency of this project in terms of a reduction in hospitalizations and costs.

**keywords:** PAERPA, interprofessionalism, General Practitioner, Physician, nurses, pharmacists, Mayenne, coordination, teamwork, elderly people.