

## Liste des Abréviations

- ACFA** : Arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire
- AGGIR** : Autonomie gérontologie groupes iso-ressources
- AIS** : Actes infirmiers de soins
- APA** : Allocation personnalisée d'autonomie
- ARS** : Agence régionale de santé
- ASIP** : Agence des systèmes d'information partagés de santé
- AVC** : Accident vasculaire cérébral
- CCAS** : Centre communal d'action social
- CCP** : Coordination clinique de proximité
- CIAP** : Comité d'intégration des acteurs et des projets
- CLIC** : Centre local d'information et de coordination
- CTA** : Coordination territoriale d'appui
- DLU** : Dossier de liaison d'urgence
- DMLA** : Dégénérescence maculaire liée à l'âge
- DMP** : Dossier médical partagé
- DREES** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- IDE** : Infirmier diplômé d'état
- GCS** : Groupement de coordination sanitaire
- GIR** : Groupe iso-ressource
- GISA** : Groupement interprofessionnel de santé et de l'autonomie
- HAS** : Haute autorité de santé
- HCAAM** : Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
- HTA** : Hypertension artérielle
- INSEE** : Institut national de la statistique et de l'étude économique
- MAIA** : Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
- MDA** : Maison département de l'autonomie
- MSP** : Maison de santé pluriprofessionnelle
- PAERPA** : Personne âgée en risque de perte d'autonomie
- PBN** : Pays Bourgogne-Nivernaise
- PPS** : Plan personnalisé de santé
- SFGG** : Société française de gériatrie et de gérontologie
- SSIAD** : Service de soins infirmiers à domicile

# **Plan**

1. Introduction
2. Matériel et Méthodes
3. Résultats
  - 3.1. Caractéristiques de la population
  - 3.2. Compréhension du projet PAERPA
  - 3.3. Attentes des personnes concernées vis-à-vis du PAERPA
  - 3.4. Coordination entre les intervenants
  - 3.5. Démarche pro-active
4. Discussion
  - 4.1. Synthèse
  - 4.2. Discussion sur la méthode
  - 4.3 Discussion des résultats
5. Conclusion

Bibliographie

Table des matières

Annexes

## 1. Introduction

En 2014, la population française de plus de 75 ans représentait 9,1% de la population totale, soit 6,03 millions d'individus, contre 7,1 % en 2000 et 6,6 % en 1990(1).

Selon l'INSEE, en 2000, la population de personnes dépendantes de plus de 60 ans s'élevait à 795 000, et pourrait augmenter de 50% d'ici 2040(2). La définition de la dépendance utilisée pour cette étude se basait sur la grille AGGIR(3), et retenait comme dépendante toute personne rentrant dans les catégories GIR 1 à 4.

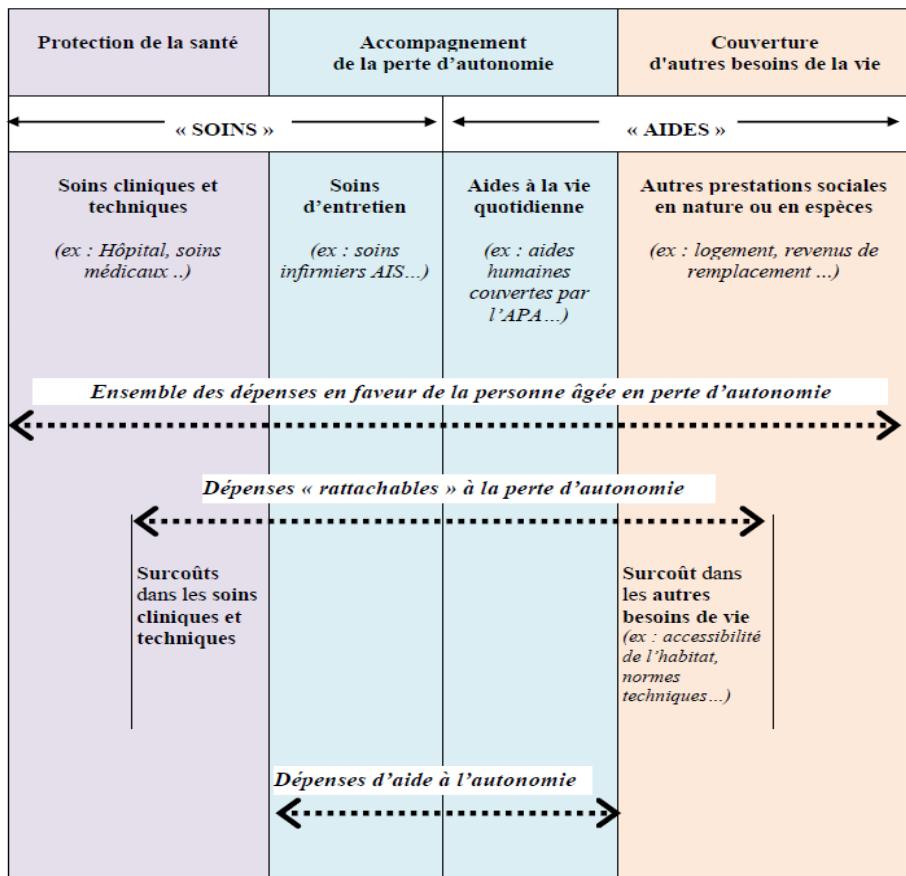
Il s'agit donc d'un véritable enjeu en terme de santé publique, tant sur le plan humain que matériel, d'où l'importance de développer des outils de repérage du risque d'entrée dans la dépendance, afin de mener des actions en amont.

C'est dans ce contexte qu'est né le projet de prévention appelé « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA)(4). Ce projet est fondé sur l'article 48 de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2013, et s'inscrit dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé qui a pour objectif de mettre en œuvre un parcours de santé fluide et identifié des personnes âgées de plus de 75 ans. Cette loi fait suite au rapport de la Haute commission pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) de juin 2011(5). Ce rapport, initié à la demande du Ministère de la Santé, a émis le constat suivant : il y a un cumul fréquent des situations de polypathologie et de perte d'autonomie chez la personne de grand âge (plus de 75 ans). Le système de soins doit donc se mobiliser sur des enjeux de prévention de la perte d'autonomie. Cette perte d'autonomie aboutit à une dépendance, définie dans ce rapport comme le besoin d'avoir recours à une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne(5).

Trois niveaux de soins ont été identifiés(5) : les soins techniques (diagnostiques, thérapeutiques), les soins d'entretien (protéger, maintenir et restaurer l'autonomie par l'intervention de l'infirmier, du kinésithérapeute, etc...) et l'aide à la vie quotidienne. Seuls les deux premiers niveaux de soins sont pris en charge par l'assurance maladie.

Le tableau suivant (Fig.1) sépare ce qui est du soin (« to cure » en anglais) de ce qui est de l'aide (« to care »). L'accompagnement de la perte d'autonomie fait intervenir des acteurs et des moyens aussi bien du domaine du soin, que de celui de l'aide.

**Figure 1 (5):**



C'est pourquoi il est indispensable que la coordination entre les différents acteurs soit optimale. « Chacun doit se soucier de ce qui se fait avant et après lui ». La notion « d'enchaînement vertueux » est utilisée(5).

Le rapport a donc préconisé deux objectifs principaux : mettre en place un travail de coordination performant, et optimiser l'existant (services et prestations sociales). Pour cela, la HCAAM a proposé de monter une dizaine de projets pilotes, animés au niveau national et mis en œuvre par les Agences régionales de santé (ARS).

Ces projets pilotes, appelés PAERPA, ont été mis en place dans neuf territoires. Une première partie 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.

Le projet PAERPA consiste à repérer en amont les personnes considérées comme « fragiles » et donc à risque de passer dans la dépendance. Un patient sur cinq hospitalisé est âgé de plus

de 75 ans, et il s'agit dans 80% des cas d'hospitalisations non programmées. C'est donc cette classe d'âge des plus de 75 ans qui a été choisie pour l'expérimentation. L'objectif est triple : retarder l'entrée dans la dépendance, diminuer le nombre d'hospitalisations non programmées et repousser voire éviter l'entrée en institution.

Différents outils peuvent être utilisés. Une grille de repérage de la fragilité a été proposée par la HAS aux territoires pilotes, basée notamment sur les travaux du Gérontopôle de Toulouse(6). La définition retenue de la fragilité a été celle de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie : « La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacité, de chute, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible » (7).

La grille se base sur le phénotype de Fried(8) qui comprend cinq critères : perte de poids involontaire, sédentarité, fatigue générale, lenteur de marche, diminution de la force musculaire. En la présence de 3 critères, l'individu est considéré comme fragile.

En Mayenne, cette proposition de grille a été travaillée lors de Comités d'Intégration des Acteurs et des Projets (CIAP) au niveau local, afin de l'adapter au plus près des pratiques.

Une fois le repérage effectué, le projet s'articule autour de la mise en place d'un Plan personnalisé de santé (PPS)(9). Le médecin traitant est au cœur du projet. C'est lui qui décide au final de la pertinence ou non de la réalisation du PPS, et qui va le présenter à la personne concernée. Après explication et consentement du patient, le PPS est mis en place pour une durée maximale de un an (initiation et évaluation). [Annexe 1].

La réalisation du PPS commence par une évaluation : clarification des diagnostics et des traitements par le médecin traitant, explorations des différentes dimensions où des problèmes peuvent exister, et évaluation de la situation sociale.

Ensuite, les interventions nécessaires mises en évidence par l'évaluation, sont mises en place et réévaluées à distance.

Le PPS fait intervenir plusieurs niveaux de coordination. La Coordination clinique de proximité (CCP) peut être composée d'un médecin, d'un pharmacien, et d'un infirmier. C'est cette CCP qui met au point le versant soin du PPS. Cette CCP comporte au minimum deux

professionnels de santé intervenant auprès du patient, qui rédigent alors la partie soins du PPS.

La Coordination territoriale d'appui (CTA) sert de soutien logistique à la mise en œuvre du PPS et gère le versant social de ce dernier : mise en place d'aides au domicile, évaluation des ressources financières, etc... Cette CTA gère également la partie administrative du PPS. Il ne s'agit pas d'une structure nouvelle, elle se base sur ce qui existe déjà, et diffère donc d'un territoire à l'autre. En Mayenne, la CTA est assurée directement par les Maisons de santé pluri professionnelles (MSP), y compris pour les patients qui ne sont pas pris en charge habituellement par ces MSP.

Le troisième niveau correspond à la coordination entre les établissements de santé, les établissements médico-sociaux, et les acteurs de soins de premier recours. Cette coordination repose sur la mise en place d'un système d'information, permettant la transmission d'informations de manière efficace. Pour cela, des outils déjà existants sont utilisés : dossier médical partagé (DMP), dossier de liaison d'urgence (DLU) des maisons de retraite, messageries sécurisées mises en place par l'ASIP Santé (Agence des systèmes d'information partagés de santé).

Actuellement, l'évaluation du projet PAERPA par 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).

Il n'y a pas de travaux sur le point de vue des personnes âgées concernées. Il semble donc pertinent de s'intéresser à leur perception vis à vis du PPS qui leur a été proposé : qu'en ont-ils compris ? Comment perçoivent-ils cette démarche proactive ? La voient-ils comme une amélioration de leur prise en charge globale ? Quelle est leur opinion sur le partage d'informations les concernant, entre les secteurs sanitaire, social et médico-social ?

## 2. Matériel et Méthodes

Pour répondre à la question, une étude qualitative exploratoire par entretiens individuels semi dirigés a été réalisée.

La sélection des personnes a été faite selon un échantillonnage raisonné, incluant les patients pour qui un PPS avait été mis en place. Pour recruter les patients, les médecins généralistes du territoire mayennais participant au projet PAERPA ont été contactés. Ce sont eux qui ont sélectionné les patients, et fourni leurs coordonnées. La sélection s'est faite en excluant les patients présentant des troubles sensoriels, notamment auditifs, gênant la conversation et la bonne compréhension, ou des troubles cognitifs. Ils devaient être capables de participer à un entretien d'une trentaine de minutes.

Sur le plan géographique, plusieurs secteurs ont été sollicités, centrés sur les MSP mayennaises : Craon-Renazé, Mayenne, Meslay-du-Maine, Montsûrs.

Le nombre d'entretiens effectués visait à la saturation des données.

Le guide d'entretien [Annexe 2] a été élaboré à partir des données de la littérature, dans le but d'explorer quatre thèmes principaux : compréhension par le patient du dispositif PAERPA, attentes personnelles vis-à-vis du PPS, opinion sur le partage d'informations, et ressenti de la démarche proactive des professionnels de santé. Après réalisation d'un entretien test qui a permis de réajuster la formulation des questions, il n'a pas été nécessaire de modifier le guide d'entretien.

Les données ont été recueillies au domicile du patient après l'avoir contacté par téléphone pour obtenir son accord et fixer un rendez-vous. Ces entretiens ont été enregistrés sur l'application « dictaphone » du téléphone portable, après accord écrit du patient (formulaire de consentement en annexe 3). La présence d'un membre de la famille ou d'un proche qui avait été mis à contribution lors de la mise en place du PPS était acceptée au cours des entretiens. Il a également été accepté que ce soit un des membres de la famille qui réponde à l'entretien si des troubles cognitifs rendaient la personne concernée difficilement interrogable.

Les entretiens ont été intégralement retranscrits sur traitement de texte avec le logiciel Microsoft WORD©, sans modification d'éventuelles fautes de langage. Les données ont été anonymisées en remplaçant tous les noms de personne et de lieu par une lettre de l'alphabet choisie aléatoirement.

Les données obtenues lors des entretiens ont été codées puis regroupées par catégories; les thèmes et sous-thèmes ont été définis au fur et à mesure du codage. Une double lecture des entretiens, sans double codage a été effectuée. L'analyse thématique a été triangulée. Il n'y a pas eu de rétroaction auprès des patients interrogés.

### 3. Résultats

Les entretiens ont duré en moyenne 30 minutes, le plus long ayant duré 46 minutes et le plus court 16 minutes.

#### 3.1. Caractéristiques de la population

Douze entretiens ont été réalisés, portant sur treize personnes puisqu'un des entretiens interrogeait un couple. Ils concernaient dix femmes, et trois hommes. Pour l'un des entretiens, le bénéficiaire du PPS n'étant pas capable d'assurer une conversation en raison d'importants troubles cognitifs, c'est sa femme qui a été interrogée.

Parmi eux, quatre avaient entre 75 et 80 ans, et neuf avaient plus de 80 ans, le plus âgé avait 92 ans.

Six avaient des enfants résidant à proximité (moins de 10 kilomètres), six avaient des enfants à au moins 30 kilomètres, un seul n'avait pas d'enfant mais une nièce éloignée géographiquement.

Deux entretiens ont été réalisés en présence d'un des enfants de la personne interrogée.

Sept patients étaient veufs, cinq étaient mariés et vivaient avec leur conjoint, un était célibataire.

Sur le plan professionnel, neuf avaient exercé un travail manuel (agriculture, employé de cuisine, employé de maison, personnel hospitalier), deux ont eu un travail administratif (employé de bureau à l'hôtel des finances, président d'un organisme social), une n'avait pas eu d'emploi, le statut professionnel n'était pas connu pour trois d'entre eux.

Sur le plan de l'autonomie, dix n'avaient pas d'aide pour la toilette, dix préparaient leurs repas, quatre faisaient eux-mêmes leurs courses, trois n'avaient aucune aide pour le ménage, et trois conduisaient, mais uniquement sur des trajets de quelques kilomètres, voire moins. Tous avaient pris la décision de diminuer la conduite d'eux-mêmes. Quatre étaient investis dans les associations locales ou participaient aux activités proposées.

Les plans d'aides et leur répartition sont décrits dans le Tableau I.

**Tableau I : Plans d'aides des personnes interrogées**

Plan d'aides	Nombre de personnes concernées
Passage IDE pour la préparation du semainier	7
Aides ménagères	7
Aide à la toilette	2
Portage de repas	2
SSIAD (pose de collants)	1
Passage IDE pour des soins	1
Aides techniques (lit médicalisé, adaptation du domicile, téléalarme)	3

Concernant les pathologies décrites par les personnes interrogées, les troubles de la marche étaient fréquemment cités (huit étaient concernées), avec la présence de chutes pour quatre d'entre elles, dont deux ont eu pour conséquence des fractures (vertèbre et rotule). Sur le plan sensoriel, on retrouvait des troubles auditifs chez deux personnes et des troubles visuels ayant un impact sur la vie quotidienne (DMLA) chez trois personnes. Parmi les facteurs pouvant augmenter le risque de chute on retrouvait une polyarthrite, des lombalgies, des troubles de l'équilibre séquellaires d'un AVC, des ulcères de jambes. Un syndrome dépressif et un syndrome anxieux ont été décrits, ainsi que des troubles de la mémoire évoqués par trois personnes. Sur le plan cardiaque on retrouvait, une coronaropathie, de l'HTA, une péricardite, deux ACFA, un trouble du rythme nécessitant un pace-maker, et sur le plan pulmonaire, une silicose, une embolie pulmonaire et une pathologie non clairement définie mais ayant nécessité une oxygénothérapie continue au domicile pendant quelques mois. Deux personnes étaient atteintes de diabète. Parmi les autres antécédents, on retrouvait une diverticulite, une occlusion intestinale, un cancer de prostate, des œdèmes, une artériopathie et une anémie. Une des personnes interrogées présentait une insuffisance rénale.

### 3.2. Compréhension du projet PAERPA

La compréhension globale du projet PAERPA semblait avoir été assez mauvaise pour l'ensemble des patients concernés : « *Je sais pas...* », « *J'ai peut être mal compris* », « *Bah ça va servir à...je me le demande* ».

Cette mauvaise compréhension s'expliquait de plusieurs façons. Parfois les personnes ne se souvenaient plus de ce qui leur avait été expliqué : « *Je me rappelle plus trop* », « *Est-ce que vous vous souvenez ce qu'il avait dit ? - Bah apparemment pas trop !* ». Le principe du projet PAERPA et de la mise en place du PPS n'avait pas non plus été toujours clairement expliqué : « *On en a pas tellement parlé non plus, faut dire.* » « *Il m'en a pas tant parlé* ». La documentation remise n'avait pas toujours été lue, bien qu'elle ait été signée : « *on les a même pas lu* [en parlant du formulaire de consentement] », « *bah fallait les étudier, chose que je n'ai pas fait* ». Parfois même, certains ne se souvenaient plus avoir signé de consentement : « *- Il vous a fait signer un papier par rapport aux aides. Ça ne vous dit rien ? - Ah non ça ne me dit rien du tout* ». D'autres, même sans avoir compris ce qu'ils avaient signé, disaient l'avoir fait en toute confiance, du fait que la demande venait du médecin : « *J'ai signé en confiance et puis voilà* ».

Certains patients ont tout de même compris certains principes. La notion de coordination : « *Vous [les médecins] discuteriez avec les infirmières qui viennent là* » « *Ils travaillent ensemble c'est ce que j'avais compris* », la mise en place d'aides au domicile : « *Bah pour que ils puissent venir, bah oui. Pour que je puisse avoir ce droit là* », l'instauration du PPS suite à la mise en évidence d'une fragilité : « *Quand j'ai signé c'était pour...il me trouvait trop faible pour m'occuper de tout ça je pense.* »

Une personne s'inquiétait qu'il puisse s'agir d'un document pour un placement en institution : « *- C'est pas pour nous obliger à rentrer à la Girandière* [structure d'accueil non médicalisée pour personnes âgées] ? ».

En revanche, lorsqu'un des enfants était présent lors des entretiens, ceux-ci semblaient avoir bien compris le principe du PAERPA : « *Disons que c'est, comment dirais-je, c'est pour être en coordination avec les infirmières, les médecins* », « *Pour essayer de garder les gens à domicile.* ».

### 3.3. Attentes des personnes concernées vis-à-vis du PAERPA

Les attentes de la personne elle-même vis-à-vis du PAERPA et de la mise en place du PPS, étaient différentes de celles des enfants.

Du point de vue de la personne concernée, les attentes étaient liées aux difficultés pour le quotidien : « *C'est moi qui l'a demandé, pour mes collants, parce que j'étais longtemps là au mois d'octobre et au mois de novembre, je ne pouvais les mettre. Alors je commençais à pas avoir chaud quand même* ». Le côté sécurisant était également mis en avant : « *Bah je me sens sécurisée quelque part, je me dis quand j'étais faible j'étais contente de les avoir* ». La mise en place d'aides était perçue comme un moyen de favoriser le maintien à domicile, lorsqu'on évoquait la maison de retraite : « *Si je peux rester à la maison en se faisant aider, on peut rester à la maison pendant longtemps quand même* ». L'aide familiale était également vue comme un moyen d'éviter l'institutionnalisation : « *Bah tant que je tiens je pense que je pourrais faire, tant que j'ai mes enfants qui s'occupent de moi* ». Pour d'autres, les aides permettaient de compléter ce que les aidants informels ne pouvaient assurer eux-mêmes : « - *Je le chausse, pour son bain de pied je fais, il va pas chez le coiffeur c'est moi qui coupe les cheveux, voilà quoi. C'est tout le problème c'est la douche.* » Ces aides permettaient aussi de pallier à des difficultés pour la réalisation de certains actes : « - *Qu'est-ce que ça change pour vous [intervention de l'aide-ménagère] ? - J'ai quand même moins de fatigue* ». Globalement, il y avait assez peu d'attentes vis-à-vis des aides possibles. Ceci pouvait s'expliquer par une vision assez fataliste de leur état de santé : « *C'est ça, c'est la vieillesse et puis c'est tout* », « - *Non c'est bien comme je suis, je fais comme je peux je me cramponne* », « *Je crois que c'est la patience et puis c'est...faut bien trouver quelque chose* ».

Du point de vue des enfants, le côté rassurant du plan de soins était mis en avant plusieurs fois : « *Ils [les enfants] préfèrent pour que je sois surveillée, quoi, ils étaient pas tranquilles à mon sujet* », « *c'est plutôt les enfants que ça inquiète plutôt que moi, ils ont peur...* ». La mise en place du plan de soins permettait aux enfants de diminuer leur implication dans la prise en charge médicale, de pouvoir déléguer aux professionnels de santé : « *[en parlant des médicaments] A un moment donné c'était moi qui gérait ça [...] ah oui j'avais peur ... parce qu'à un moment donné il fallait un entier, et un demi [...] mais malgré tout je sais que moi j'ai levé le pied un petit peu parce que j'avais tendance à tout prendre sur moi.* », « *Je fais plus, je viens juste pour prendre un café (...), parce que pour moi à un moment donné c'était difficile aussi, parce que entre guillemets, on se reposait un peu trop sur moi aussi.* », « *Parce*

*que j'ai à m'occuper de ma maman et aussi à m'occuper des enfants que je garde donc je peux pas faire les deux.* ». Un des enfants interrogés mettait aussi en évidence la capacité de repérage des professionnels de santé par rapport à celle de la famille : « *Il y a des petites choses que verront les infirmières tous les jours* », « *Il y a peut-être un jour où je m'apercevrai pas de ceci ou de cela donc pour moi c'est bien qu'il y ait un suivi* », « *J'imagine les personnes dont les enfants sont distants et qui ne s'aperçoivent pas de certaines choses* », « *Je sais que s'il y a un problème, il y aura un suivi avec le docteur et les infirmières, donc pour moi c'est important* », « *Il y a des choses que vous en tant que médecin et infirmière pouvez plus détecter que nous qui sommes...même si on est habitués à la voir* ». A l'inverse, le repérage des difficultés par la famille pouvait être rassurant pour les personnes âgées : « *En plus de ça si j'avais besoin, mes enfants verraient et s'en chargerraient pour voir, pour trouver* ».

L'importance du maintien à domicile a également été évoqué par un des enfants : « *Pour moi, la maintenir chez elle je trouve que c'est important, tant qu'elle n'a pas d'handicap profond, qu'elle peut se débrouiller toute seule.* »

Les attentes de la famille et de la personne pouvaient être différentes. Ainsi, une des personnes a demandé d'autres interventions que celles initialement prévues : « *Elle était venue soi-disant pour me déshabiller, mes enfants avaient dit ça. J'ai dit bah non puisque je peux le faire toute seule. La cuisine je veux bien parce que le soir on est un peu fatigué. Alors je me mets au lit et puis elle m'apporte mon diner au lit* ».

### 3.4. Coordination entre les intervenants

La coordination entre les différents acteurs était bien acceptée par les personnes interrogées : « *Bah moi je ne suis pas contre* », « *ca ne me dérangerait pas bah non* ». La plupart décrivaient même un effet positif de la coordination et de l'échange d'informations, avec une amélioration de la prise en charge : « *Je pense que c'est important, parce que si y a un changement dans le traitement ou autre...* », « *C'est une bonne chose, parce qu'on peut expliquer ce qu'on a besoin* », « *c'est peut-être pas plus mal comme ça, ça permet de savoir l'évolution aussi...* ». Le côté sécurisant était à nouveau évoqué : « *Je me sens sécurisée quelque part* ». Pour une personne, l'intérêt de cette coordination était que des messages pouvaient être passés indirectement « [suite à des difficultés avec une infirmière] - *Bah je pense que le Docteur va lui dire que je dis ça, c'est sûr. - Pour vous ça facilite les choses ?* -

*Ah oui c'est très bien. Elle va comprendre* ». La diversité des opinions des différents professionnels était décrite comme un atout : « - *Parce que chacun a son avis, donne son avis. Oui c'est bien* ».

Du point de vue des enfants interrogés, la coordination, notamment lorsque la famille était éloignée, permettait une sécurisation de la personne à son domicile : « *Parce que parfois il y a un manque de coordination justement, souvent on est un petit peu...nous on est à côté ça va mais sinon les personnes sont démunies un petit peu par rapport à... moi personnellement je trouve ça pas mal* ». Une des filles d'une personne interrogée évoquait même sa participation à la discussion avec les professionnels de santé, et donc son implication dans la coordination : « *Oui parce que moi je suis quand même là tous les jours, je viens la voir. Donc c'est moi qui fait aussi la coordination avec...c'est important aussi* ». Dans ce cas, le fait que le médecin traitant soit à la fois celui de la personne âgée et celui de la famille, était un élément facilitateur. Une des personnes interrogées notait l'existence d'un livre de transmission utilisé par les aides à domicile, l'infirmière et le médecin : « *C'est bien quand même, elles marquent sur le bulletin, y a un livre et puis elles marquent si ça va bien* ». Ce moyen de communication semblait plutôt bien accueilli : « - *Ça ne vous embête pas que les infirmières échangent des informations avec le médecin - Bah non ! - Vous pensez que ça peut vous aider qu'on discute entre nous ? - C'est pas mal c'est sûr* ».

Une autre personne décrivait, au-delà de la coordination, l'importance et l'intérêt du regroupement géographique des professionnels de santé : « *C'était quand même mieux de mettre ça près de l'hôpital. [en parlant de la mise en place du Pôle de Santé]* », « *Moi je pensais comme ça que, des rassemblements comme ça on travaillera toujours mieux que, je me trompe peut-être, mais pour moi j'ai toujours pensé que...essayer d'être ensemble.* », « *Le fait de tout regrouper c'est quand même un plus, bah oui, et puis le matin on peut aller à l'infirmière pour les prises de sang, c'est pratique. Alors qu'avant elles étaient plus loin* ».

Pour d'autres, le travail coordonné ne semblait pas être vécu comme une amélioration de la prise en charge : « - *Ça change rien du tout pour moi - C'est ni mieux ni moins bien ? - Ah non* ». A noter que cette personne était suivie au domicile par son médecin, et qu'elle ne se déplaçait pas au cabinet.

### 3.5. Démarche pro-active

Concernant la démarche pro-active du projet PAERPA, les avis des personnes concernées étaient partagés.

Certains préféraient que la demande vienne d'eux, soit pour garder la maîtrise des intervenants : « *Ah bah je préfère les demander moi-même pour savoir à qui je m'adresse* », soit parce qu'il n'y avait pas de besoin ressenti : « *Je me pensais capable de faire mon semainier moi-même* », soit parce que l'intervention d'une aide extérieure était perçue comme une dégradation de la situation actuelle : « *Elles me feraient davantage mal que je ne me fais mal moi* [en parlant des infirmières pour une aide à la toilette] »

La mise en place avait même été difficile à accepter pour deux d'entre elles : « *J'ai bien rouspétré pour avoir tout ça au début* », « *Ah bah oui pendant un moment elle me grognait dessus hein [fille à propos de sa mère]* ». Une des conjointes ne voyait pas l'intérêt de l'intervention proposée, estimant pouvoir l'assurer elle-même : « - *C'est l'infirmière, parce que elle insiste, parce que je pourrais le faire* [à propos de la préparation des traitements] ».

L'une des personnes interrogées se disait réticente à accepter des aides, de peur de vexer ses enfants : « *Vous savez si je prends quelqu'un pour aller faire mes courses, mes enfants ne seraient peut-être pas très enchantés quand même* ». A l'inverse, une autre estimait plus facile de faire appel à des aides assurées par des professionnels dont c'est le travail, plutôt que de faire intervenir l'entourage, de peur de déranger : « - *Oui c'est-à-dire que pour les soins ce sont des professionnels donc c'est pas gênant, mais sinon c'est des amis, des voisins...* ».

D'un autre côté, les propositions émanant des professionnels de santé étaient bien acceptées par certaines personnes : « *J'étais d'accord avec elle* », « *Bah ça me gênerait pas* », « *Bah ça m'était bien égal que vous proposiez* ». Parfois même, le fait que la proposition vienne d'une personne extérieure, permettait une meilleure acceptation : « - *Qu'est ce qui vous a fait accepter alors ? – Mari : ... - Il sait pas... - Le fait que ce soit les dames qui le proposent ? - C'est mieux que quand c'était moi sans doute !* », à l'inverse, d'autres acceptaient la proposition des enfants : « *Mes enfants ont dit fallait prendre quelqu'un* ».

Il a également été souligné que l'on prenait plus en considération les personnes âgées qu'auparavant : « *J'ai pensé une chose, c'est qu'il y a quand même des gens qui pensent aux personnes âgées, alors que y a 50 ans les personnes âgées on les laissait de côté* ».

Du point de vue des enfants présents lors des entretiens, cette démarche proactive était vécue comme positive et rassurante : « *Moi je trouve ça bien. Moi j'ai la chance d'avoir ma maman*

*à côté. J'imagine les personnes dont les enfants sont distants et qui ne s'aperçoivent pas de certaines choses. », « Moi je trouve ça très très bien, je suis plutôt pour, c'est pour que la personne soit bien accompagnée ».*

Parmi les personnes réticentes aux propositions qui ont été faites par les professionnels de santé, on notait qu'à terme, les aides mises en place avaient été bien acceptées : « *J'en voyais pas l'utilité, au début je disais c'est ridicule, mais je me suis habitué à ça* », « *J'aurais pas demandé, j'aurais rien demandé, je suis contente que ça marche bien mais j'aurais rien demandé* ». D'autres disaient s'être résignés : « *Et puis petit à petit on s'installe dans sa paresse* ».

Ce qui était mis en avant par les enfants était le côté parfois intrusif d'une telle démarche pour la personne âgée : « *Non pour nous enfants ! Mais pour eux en tant que personne âgée des fois oui ils le prennent comme une intrusion* », « *quelqu'un de jeune, qui rentre dans leur vie, qui propose des choses que eux n'ont pas l'habitude, dans leur routine... c'est compliqué* », « *c'est peut être pas toujours bien perçu. Sachant que c'est pour le bien de la personne. Mais il faut pas les bousculer.* ».

Les personnes âgées elles-mêmes décrivaient ce sentiment d'intrusion, d'amener une personne étrangère à l'intérieur de la maison : « *Je trouvais ça dur d'amener quelqu'un dans ma maison.* », « *J'aime mieux être avec ma femme* », d'autant que les interventions pouvaient venir bousculer leurs habitudes : « *C'est plutôt qu'elles viennent tard, je suis en robe de chambre jusqu'à 11h, 11h et demi, midi. Alors ça me plait pas ! moi je prends la robe de chambre que quand je suis malade ! [...] elles passent tard. Mais elles n'ont pas que moi je tolère* ». Certains l'expliquaient par l'image que les aides leur renvoyaient d'eux : « *Peut-être que ça me coupait un peu plus mon indépendance* », « *- C'est le fait qu'on a de la peine à se voir vieillir d'une part - Vous trouvez que mettre des aides en place ça vous met face à votre âge ? - Ah bah oui c'est sûr, quand on vous dira, vous, qu'il en faudra !!* ».

L'intervention de personnes extérieures pouvait être mal interprétée, notamment en cas de troubles cognitifs : « *Il était énervé la dernière fois parce que dans sa tête il pensait que c'était pour le placer, et ça ça l'a perturbé* ».

Cependant tous ne le vivaient pas comme une intrusion : « *Ca me gêne pas du tout* », cela permettait de participer aux occupations de la journée : « *- Bah ça nous fait une distraction déjà, 2 minutes qu'elles sont là mais on a le temps dire quelques mots* ».

Les entretiens ont également permis de mettre en évidence les différences d'approche des professionnels de santé dans la mise en place des aides. Certains passaient du temps à expliquer : « *On lui a bien expliqué, le Dr C lui a très très bien expliqué, N est revenue le*

*samedi puisque maman était à la maison, elle lui a réexpliqué, moi je lui ai réexpliqué dimanche avant qu'on la ramène chez elle, que ce n'était pas méchamment, ce n'était pas pour l'obliger c'était pour l'aider », d'autres proposaient et laissaient de l'autonomie à la personne ; toutefois, certains l'imposaient : « Elles l'ont même pas proposé elles l'ont fait pratiquement », et la situation était parfois vécue comme un chantage : « - C'est elle [l'infirmière] qui a insisté ! Si vous prenez pas vos médicaments comme il faut je vais le dire au Dr C et vous irez à l'hôpital ».*

L'importance de la personne qui intervient était également évoquée, et facilitait l'acceptation : « Je trouvais ça dur d'amener quelqu'un dans ma maison. Mais bon je suis tombé avec une personne qui est très bien », « - Qu'est-ce que vous en pensez qu'il y ait des gens qui viennent chez vous ? - bien bien, on aime beaucoup leur genre de travailler et leur disponibilité », d'autant plus si la personne était connue auparavant : « Je connaissais très bien celle qui est venue, c'était presque une amie, elle demandait que ça ». Une certaine familiarité s'était également développée entre les intervenants et la personne : « Les infirmières ? ah bah oui, je les appelle toutes par leur prénom. » A l'inverse, la façon d'amener les propositions auprès des personnes par les professionnels de santé semblait très importante et pouvait parfois être mal vécue : « - Bah c'est tout à fait normal [...] on vient voir si tout va bien. Mais y a une façon, ça m'agace quelqu'un qui dit « vous vous rendez pas compte vous êtes âgé, vous êtes malade, vous n'êtes pas en bonne santé », ça m'agace, parce que je dis, je sais pas, selon les caractères ça risque de détruire un petit peu le moral ». D'autant plus qu'en tant que professionnel de santé, les exigences vis-à-vis de la façon d'être étaient plus élevées : « - C'est pour ça que ça me dépasse, parce que pour les infirmières je trouve que c'est un manque de psychologie, ça c'est quelque chose qui va pas ».

Le principe de la démarche proactive est de proposer des aides afin de diminuer le risque de survenue d'accidents dans l'avenir. Or, cette projection dans l'avenir semblait être particulièrement évitée par les personnes interrogées ; à la question « - Comment vous voyez les années à venir ? », la réponse était presque toujours la même : « - J'y pense pas du tout alors là non ! ». C'est pourquoi, même si la capacité de repérage de la fragilité par les professionnels de santé était reconnue : « - Je crois que c'est bien de proposer parce que ça veut dire qu'on s'aperçoit qu'il y a un problème quelque part. Si vous, vous proposez c'est qu'il y a quelque chose », l'anticipation de difficultés à venir était plus difficilement intégrée : « Pour la mémoire et tout, moi je sais qu'il y a certaines difficultés...après je sais pas, il sait où est son rasoir, où sont les gants de toilette...il vit normalement ». Cependant, certaines personnes anticipaient elles-mêmes leur perte d'autonomie : « - Ah bah oui j'avais retenu une

*place dans une maison de retraite, mais j'ai pas du tout envie d'y aller* », même si cette prise de conscience semblait passer par un accident : « *[C'était] quand je suis sortie de l'hôpital* ».

Même si le fait de proposer des actions était assez bien perçu, il était important de pouvoir décider d'accepter ou non ces propositions : « - *Je crois que c'est bien de proposer [...]. C'est à moi d'accepter ou non* ».

Enfin, une des personnes interrogée s'est dite prête à interrompre les aides si on le lui proposait : « *Si vous aviez parlé de l'enlever j'aurais dit oui* ».

## 4. Discussion

### 4.1. Synthèse

Les réponses recueillies ont mis en évidence un manque de compréhension de la plupart des personnes interrogées, plusieurs raisons ayant été évoquées : manque d'explication, pas de lecture des documents fournis, voire aucun souvenir des documents eux-mêmes. Les membres de la famille présents lors des entretiens, semblaient en revanche avoir assez bien compris le but du projet. Parmi eux et les quelques personnes âgées qui avaient mieux appréhendé le principe, la notion qui semblait la mieux comprise était la coordination. Les attentes vis-à-vis du PPS étaient difficiles à explorer du fait de ce manque de compréhension. Il ressortait tout de même une différence entre les attentes des personnes et de leur famille. Pour les personnes concernées, il s'agissait plutôt de demandes en lien avec leurs difficultés au quotidien, et le besoin d'un sentiment de sécurité. Ce sentiment de sécurité était également abordé par la famille, qui évoquait la possibilité de diminuer leur implication dans la prise en charge de leurs parents grâce au PPS. La notion de repérage par les professionnels de santé était aussi mentionnée. La coordination entre les différents intervenants était bien acceptée et comprise, à nouveau pour son côté sécurisant. Quant à la démarche proactive, les avis étaient partagés : certains appréciaient que la démarche vienne des professionnels de santé, d'autres ressentaient cette approche de manière intrusive. De nombreuses personnes avaient manifesté leur réticence lors de la mise en place des aides, mais la plupart s'y étaient bien habituées.

### 4.2. Discussion sur la méthode

#### 4.2.1. Points forts

Bien que le guide d'entretien n'ait pas été modifié, la méthode d'interview a évolué au cours des différents entretiens, grâce à l'acquisition d'une certaine expérience. La façon de poser les questions, l'anticipation des réponses et des réactions, a permis d'obtenir des réponses de plus en plus pertinentes au fur et à mesure des entretiens. Au-delà de cette thèse, l'expérience d'intervieweur acquise au cours des entretiens, a également été utile dans la pratique quotidienne de la médecine générale. Ce travail a permis d'approfondir les techniques

d'interrogatoire et d'entretien, afin de pouvoir obtenir les renseignements précis attendus, de déchiffrer certains non-dits, de décrypter les attitudes. Des compétences solides dans la façon de mener une discussion au cours d'une consultation ont été développées.

La méthodologie ainsi que le guide d'entretien ont été explicitement définis, afin qu'ils puissent servir de base à d'éventuels travaux futurs, qui viendraient compléter de manière cohérente les résultats obtenus ici.

La population étudiée était bien répartie sur l'ensemble du territoire Mayennais, même si le nord était un peu moins représenté. La méthode consistant à faire appel aux médecins généralistes pour le recrutement, a permis d'interroger des personnes à même de répondre de manière cohérente et adaptée aux questions posées, contribuant à l'exploitabilité des données recueillies.

La méthode employée a assuré la crédibilité des données récoltées : retranscription et codage des entretiens dans leur intégralité, triangulation de l'analyse thématique, entretiens menés par un professionnel de santé de terrain, impliqué dans le projet PAERPA. Cependant, bien que cette implication dans le projet suggère une bonne connaissance du sujet, elle a pu entraîner un biais de neutralité de l'investigateur.

#### 4.2.2. Points faibles

Le nombre d'entretiens a pu être un point faible de ce travail. En effet, le dernier entretien ayant ramené des éléments nouveaux, la saturation des données n'a pas été atteinte ; il n'a pas été possible d'effectuer d'entretiens supplémentaires. Cette difficulté s'explique par plusieurs facteurs.

Premièrement, pour que les entretiens puissent apporter des données exploitables, il avait été choisi comme critères d'exclusion les troubles cognitifs (sans précision), et les difficultés sensorielles. Parmi les critères de la HAS pour la réalisation d'un PPS, les personnes doivent être autonomes (GIR 5 ou 6), puisqu'il s'agit de repérer en amont les difficultés à venir. Cependant, la réalité de terrain est différente. En effet, la majorité des PPS réalisés concernait des personnes relativement dépendantes, avec souvent des troubles cognitifs, et bénéficiant d'un plan d'aides parfois conséquent, ce qui a également posé problème pour l'exploitation des données, nous y reviendrons plus tard. Les critères d'exclusion choisis au début de ce travail ont donc écarté un grand nombre de personnes interrogées.

D'autre part, les personnes ont parfois été réticentes à participer à ce travail. Le premier contact téléphonique a régulièrement été difficile, le refus étant quasiment systématique au départ. Cependant, en expliquant la démarche, l'intérêt du travail, et en se présentant comme collègue de leur médecin traitant, il n'y a eu que deux refus définitifs. Certaines personnes ont, par la suite, expliqué qu'elles étaient très régulièrement sollicitées par du démarchage téléphonique, et que ce moyen de communication éveillait leur méfiance.

Par ailleurs, les réticences provenaient parfois des médecins sollicités. Le projet PAERPA a pour objectif d'améliorer la coordination afin d'éviter, entre autres, de multiplier les intervenants. Ainsi, faire intervenir une personne supplémentaire, même si le lien était indirect avec le PPS, a semblé questionner quelques-uns de ces médecins, qui s'inquiétaient du caractère intrusif de la démarche. Ceci explique le peu de personnes interrogées sur une partie du territoire.

Enfin, il n'a pas été possible de diversifier les sources de recrutement, puisqu'en Mayenne, la CTA est assurée par les MSP, avec donc les mêmes acteurs que la CCP, ce qui n'est pas le cas des autres départements pilotes, où la CTA peut être réalisée par les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC), les Maisons départementales de l'autonomie (MDA) ou d'autres structures déjà existantes. Ainsi, seuls des médecins travaillant au sein des MSP ont été sollicités pour le recrutement, le personnel social n'a pas été contacté. Cependant, la mise à contribution du secteur social n'aurait pas permis d'élargir le recrutement puisque jusqu'à présent, aucun PPS n'a été réalisé en dehors des MSP. De plus, il a été considéré que les médecins étaient les plus aptes à repérer les critères d'exclusion précédemment cités.

#### 4.3. Discussion des résultats

##### 4.3.1. Particularités du territoire pilote Mayennais

Comme dit plus haut, le territoire Mayennais ne dispose pas de structure propre pour la CTA ; ce sont directement les MSP qui assurent ce rôle avec les moyens existants. Ainsi, en fonction de la taille et des moyens de la structure, il existe des disparités au sein même du département. L'une des plus importantes MSP de Mayenne, en nombre de professionnels de santé, dispose d'un salarié dédié à ce travail administratif, ce qui permet une gestion fluide des PPS et améliore le suivi et l'évaluation. A l'inverse, les plus petites structures n'ont aucun personnel

avec un temps dédié à ce travail, c'est donc parfois un médecin qui se charge des tâches administratives. Ainsi, même si des nouveaux PPS sont initiés régulièrement, c'est-à-dire ont obtenu l'aval du patient concerné et sa signature, la rédaction et sa mise en place peinent à progresser dans les petites structures, faute de temps des professionnels engagés dans le projet.

Ces difficultés sont d'autant plus marquées, que le lien entre les secteurs social et médical est parfois difficile à mettre en place, faute de systèmes d'information partagés, et d'un manque de volonté d'un certain nombre d'acteurs sociaux de participer au projet. Ainsi, le versant social du PPS (mise en place d'aides au domicile, téléalarme, dossier APA, etc...) est le plus souvent réalisé soit directement par le médecin, soit par les structures de soins paramédicaux (coordinateur de SSIAD, de l'ADMR, etc...).

Cette difficulté de coordination n'est pas propre à la Mayenne, même si les autres départements bénéficient d'une CTA bien définie, assurée par des structures déjà existantes(10). Le tableau suivant résume les structures assurant la coordination d'appui en fonction des régions.

**Tableau II : CTA en fonction des régions**

Région	Porteur de la CTA PAERPA
Centre	MAIA
Ile de France	CLIC
Lorraine	CLIC
Midi-Pyrénées	MAIA
Pays de la Loire	Missions réparties entre les acteurs
Aquitaine	CCAS
Bourgogne	Réseau de santé Gisa-PBN
Limousin	MDA
Nord Pas de Calais	GCS filière gériatrique

En effet, lors du retour d'expérience sur le PPS du 2 juillet 2015 qui a eu lieu au siège de l'ARS, plusieurs difficultés ont été évoquées par les professionnels de terrain présents : le

manque de système d'information rendant le partage des données difficiles, l'absence de retour d'information de la CTA sur la mise en place du PPS ou sur la suite donnée à un signalement.

Cette difficulté de coordination pose problème, d'autant qu'elle est au cœur du projet PAERPA et qu'elle conditionne sa réussite. Par ailleurs, le travail en coordination était une attente forte de la part des patients et notamment de leur famille ; il était vu comme sécurisant et facteur d'amélioration de la prise en charge au domicile.

Cette nécessité de coordination pour améliorer l'efficacité des soins primaires (diminution du nombre d'hospitalisations non programmées, maintien à domicile, diminution de la iatrogénie...), est bien établie dans la littérature(11)(12), il semble donc indispensable de mettre en œuvre les outils et les méthodes de travail nécessaires pour améliorer ce travail coordonné.

Il a été montré, en 2014 en Pays de la Loire, que la prise en charge de la personne âgée dépendante au domicile par les médecins généralistes, était liée en partie aux structures de coordination disponibles pour les professionnels de santé(13).

#### 4.3.2. L'apport du PPS du point de vue de la personne âgée

Lors du retour d'expérience sur le PPS cité plus haut, il a été assez évident qu'en dehors des professionnels impliqués dans le projet depuis le début, la finalité même du PPS était difficile à cerner.

On comprend donc bien que, si le projet PAERPA est difficile à appréhender pour les professionnels, le concept soit compliqué à comprendre pour les personnes âgées.

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.

Leurs attentes concernant le PAERPA ont donc été difficiles à étudier, c'est plutôt leurs attentes vis-à-vis des aides possibles au domicile qui ont été explorées.

Une des attentes principales, autant du point de vue de la personne que de sa famille, a été le maintien à domicile. Bien que la présence d'aides ait été effectivement comprise comme une nécessité pour le maintien à domicile, certains ont clairement expliqué préférer aller en

maison de retraite, plutôt que de bénéficier d'un plan d'aides trop important au domicile. Cette situation a été décrite par Frédéric Balard en 2011, qui insiste sur le fait que pour que la personne puisse se sentir chez elle, « l'habitat doit rester ordinaire ». Ainsi, la présence des aides, des difficultés médicales et éventuellement sociales, risque de stigmatiser la personne en l'empêchant d'être « comme tout le monde », créant alors un domicile « douloureux et menaçant ». Le domicile, n'est alors plus considéré comme tel(14). Bernard Ennuyer souligne également que le choix de rester au domicile implique en réalité une perte de liberté parfois importante, surtout si les aides nécessaires concernent les actes élémentaires de la vie quotidienne, la journée devenant rythmée par les passages des infirmiers, aides-soignants...(15). L'introduction d'aides techniques peut également amener à une modification importante du domicile, renforçant ce sentiment d'intrusion, et donc de perte de liberté.

Les attentes des enfants quant aux dispositifs d'aide semblaient cohérentes avec l'évolution de la place des aidants informels au fur et à mesure des années. En effet, Jérôme Wittwer note la nécessité de prendre en compte l'évolution du profil de ces aidants(16), en se basant sur une projection pour l'horizon 2040 réalisée par le Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en 2002. Ce nombre d'aidants devrait stagner voire diminuer, en raison de la diminution de la taille des fratries et de l'augmentation du taux d'activité des 50-65 ans, majoritairement des femmes, qui sont plus impliquées dans l'aide aux personnes âgées dépendantes(17). Les entretiens réalisés confirmaient cette tendance, puisque parmi les personnes interrogées, seulement deux étaient aidées quotidiennement par un de leurs enfants, et parmi ces enfants, la mise en place du PPS était un moyen pour diminuer leur implication dans la prise en charge.

A plusieurs reprises, il a été mentionné que la mise en place du PPS, et donc d'aides au domicile, permettait une sécurisation de la personne. Cependant, cette attente concernait surtout les enfants, ce qui interroge sur la perception du danger par la personne âgée au domicile. Selon Véronique Cayado et Rajaa Chahbi, la perception du risque notamment d'accident et de chute, est différente chez la personne âgée par rapport à son entourage. D'une part le domicile est un lieu sécurisant par définition, et d'autre part, mettre en œuvre des actions pour pallier à ce risque peut induire un préjudice psychosocial. Ainsi, la prise de risque, même si elle est identifiée, est vécue comme acceptable(18). Il est donc important de pouvoir identifier ces processus et de les prendre en compte pour ne pas être trop intrusif chez la personne concernée.

#### 4.3.3. La fragilité perçue par les personnes âgées, et la démarche proactive

La perception par les personnes âgées de leur propre fragilité, peut différer de celle des professionnels de santé. Le concept de fragilité utilisé dans le projet PAERPA se fonde sur des éléments objectifs, que l'on retrouve dans la grille de repérage (voir Annexe 4), basée sur la définition de la SFGG. Une autre approche, plus subjective de la fragilité est proposée par Anne Loones. Elle la décrit comme la perception ou la prise de conscience de la personne âgée des premiers signes du vieillissement et de l'émergence des difficultés dans la vie quotidienne(19).

Au cours des entretiens, les personnes interrogées semblaient, pour la plupart, conscientes d'un certain nombre de difficultés au quotidien. Ainsi, les attentes qui étaient formulées concernaient essentiellement ces problèmes pour les actes de la vie quotidienne, et les propositions faites en ce sens étaient bien acceptées.

La démarche PAERPA est également une démarche proactive. Ceci implique une projection dans l'avenir, afin d'anticiper des difficultés à venir. Or, les personnes âgées semblaient vouloir éviter cette projection. Ce constat peut être mis en relation avec la perception qu'ont les personnes âgées de leur âge. Selon Anna Kleinspehn-Ammerlahn, Dana Kotter-Grühn, et Jacqui Smith, la différence moyenne entre l'âge chronologique et l'âge ressenti est de 13 ans plus jeune(20). Cette absence de prise de conscience de l'âge, s'accompagne également d'une surestimation des capacités fonctionnelles. Ainsi, même si la sous-évaluation de l'âge semble être un facteur positif pour le moral, la surestimation des capacités physiques peut être source d'accidents, notamment de chutes(21).

Les deux définitions utilisées sont donc complémentaires. Celle de la SFGG souligne l'importance de la capacité de repérage des professionnels de santé, voire de l'entourage, car la seule définition de la fragilité basée sur la prise de conscience des personnes âgées, ne peut être suffisante pour éviter des accidents (chutes, hospitalisations non programmée, etc...). Cependant, prendre en compte la perception qu'a la personne âgée de sa propre fragilité, permet de comprendre certaines réactions de refus. Selon Frédéric Balard, ce refus doit être considéré comme une dimension à part entière de l'accompagnement(22).

La démarche proactive nécessite alors d'articuler à la fois les éléments de repérage des professionnels, mais aussi les propres souhaits de la personne. Même si le cahier des charges du PAERPA prévoit la prise en compte de ces souhaits, en pratique, ces entretiens ont retrouvé des situations où les aides avaient été imposées et mal vécues.

Cependant, la plupart des personnes, après un certain temps d'adaptation, semblait satisfaite de la mise en place des aides, et y trouvait un réel avantage (moins de fatigue, compagnie...). Cette démarche proactive paraît donc être un élément important du dispositif, puisqu'elle permet de mettre en évidence des besoins qui ne sont pas nécessairement ressentis par la personne elle-même. Cependant cet avantage en fait aussi sa difficulté, puisque l'acceptation des aides proposées dans ce contexte s'est révélée parfois compliquée.

#### 4.3.4. Le PPS : un complément à la pratique actuelle ?

Concernant les personnes âgées, le PPS pouvait être considéré comme complémentaire de leur prise en charge habituelle, notamment grâce à la démarche proactive qu'il comporte. Mais qu'en est-il pour les professionnels de santé ?

La spécificité de la Mayenne tient à sa démographie médicale. En octobre 2015, selon le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, 196 médecins généralistes exerçaient sur le territoire, correspondant à une densité de 63 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants, ce qui fait de la Mayenne le moins doté en densité médicale(23). Parmi ces médecins, plus d'un quart (27%) travaillaient en MSP, et seul un médecin sur trois consultait dans un cabinet isolé. C'est en raison de ce pourcentage important de professionnels exerçant en groupe, qu'il a été décidé de laisser gérer la CTA par ces structures.

Ce travail en MSP implique l'existence d'un travail de coordination en place depuis plusieurs années, avec notamment des concertations entre les différents secteurs, médicaux et sociaux. Ainsi, avant même la création des PPS, la méthode et l'approche coordonnée autour du patient préconisée par le PAERPA était déjà effective.

Du point de vue d'un certain nombre de professionnels, ce projet apporte donc une lourdeur administrative à une façon de faire déjà existante.

Cependant, au cours du retour d'expérience de juillet 2015, un des apports majeurs évoqué par les professionnels présents était la notion d'évaluation. En effet, le PPS prévoit une réévaluation, en fonction des situations, à 3 ou 6 mois, des actions mises en place. Cette réévaluation est assurée par la CTA, ce qui permet un réel suivi coordonné de la personne âgée.

Les personnes âgées interrogées n'ont pas ressenti de changement depuis la mise en place du PPS. Ces personnes, ainsi que leur famille, sont en effet habituées à voir leur médecin, les

infirmières, les coordonnateurs des services à la personne, travailler ensemble et échanger des informations, le recrutement ayant été effectué exclusivement auprès des MSP.

L'absence de PPS réalisés par des médecins isolés pose question. Des formations ont été réalisées auprès des professionnels des secteurs médicaux, paramédicaux et sociaux, sur le repérage de la fragilité, les diagnostics gérontologiques, les systèmes d'information, la réalisation du PPS. Bien que tous les médecins y aient assisté, aucun PPS n'a été réalisé par des professionnels en dehors des MSP.

Différentes raisons peuvent être évoquées. Premièrement, étant donné qu'il n'y a pas de structures dédiées à la CTA en Mayenne, l'accès à une coordination d'appui est difficile, et un médecin isolé peut difficilement assumer ce rôle. Une réflexion est actuellement en cours dans le département, pour que la CTA soit accessible à tous les professionnels, et soit gérée par les deux principales MSP (Mayenne et Craon-Renazé), qui bénéficient déjà de salariés administratifs.

Une autre raison pouvant être identifiée comme un frein, concerne la pratique elle-même. Aline Sarradon-Eck, dans la revue *Singuliers généralistes*, évoque les différences d'approche des médecins généralistes sur leur rôle de coordination, utilisant le terme de « médecin-pivot ». Même si l'ensemble des médecins interrogés s'accordait sur l'importance de cette coordination, leur conception était différente(24). Plusieurs modes de coordination ont été décrits (25) : la collaboration, la coopération, l'instrumentalisation et la négation (voir Annexe 5). La collaboration et la coopération reconnaissent l'expertise des autres professions, y compris paramédicales et sociales, et permettent alors de travailler efficacement ensemble. A l'inverse, l'instrumentalisation et la négation n'autorisent pas ce travail commun. Même si aucune donnée de la littérature ne permet actuellement de faire le lien entre le mode d'exercice (isolé, cabinet de groupe, MSP) et le mode de coordination, on peut penser que les professionnels travaillant au sein de pôles pluridisciplinaires sont plus amenés à travailler en collaboration ou en coopération. Il s'agit alors de reconnaître la spécificité et la complémentarité de chaque profession. Les infirmières interrogées lors de l'étude d'Aline Sarradon-Eck soulignaient leurs savoirs spécifiques que n'avaient pas, selon elles, les médecins généralistes : « savoirs relationnels (médiation familiale, accompagnement de la mort), expériences pratiques (savoir aménager le domicile au quotidien), connaissances précises d'actes techniques (pansements et gestion du matériel de maintien à domicile) » (24). L'ensemble des professionnels exprimait que leurs difficultés de coordination venaient en grande partie du manque de connaissance du travail de l'autre. En cela, le projet PAERPA paraît tout à fait en phase avec ces préoccupations, puisqu'il préconise la centralisation de la

coordination, ainsi que la création d'un annuaire des ressources locales, permettant un aperçu plus clair du travail de chacun. Le PPS apparaît donc ici comme complémentaire.

Lors du retour d'expérience à la HAS, plusieurs professionnels avaient souligné cette difficulté qu'avaient notamment certains médecins généralistes, d'intégrer le projet. Il avait alors été proposé d'axer les formations non pas sur le contenu du PPS et le repérage, mais plutôt sur la finalité du PAERPA et l'apport pour le patient et la pratique professionnelle. Selon une étude de la DREES en 2014, huit médecins sur dix déclaraient que leur rôle consistait à s'impliquer dans la concertation entre les professionnels de l'aide et du soin. La demande de coordination était importante, puisque lorsqu'une personne âgée était orientée vers un SSIAD, 97% des praticiens avaient déclaré l'avoir fait pour la possibilité de prise en charge coordonnée, et neuf médecins sur dix estimaient qu'une meilleure coordination entre eux, les services hospitaliers et les intervenants à domicile serait bénéfique(26).

Il existe également des personnes âgées, qui ne sont connues daucun médecin, seulement des services sociaux, éventuellement par signalement de l'entourage. Le projet PAERPA, grâce à sa pluriprofessionnalité, permet ainsi un repérage par le milieu social, autorisant si besoin, une intervention médicale.

## 5. Conclusion

Malgré le faible nombre d'entretiens, ce travail a permis d'explorer partiellement les questions de recherche.

Le peu de personnes capables cognitivement de participer aux entretiens, ne semble pas en adéquation avec la volonté du PAERPA de s'adresser à des personnes encore autonomes. Il s'agit pourtant d'une réalité de terrain, dont les raisons pourraient être intéressantes à étudier auprès des médecins réalisant des PPS.

Par ailleurs, une question d'ordre éthique et social semble également se poser, notamment vis à vis de la démarche proactive. En effet, peut-on mettre en place des aides et entrer au domicile du patient, sans que celui-ci en soit demandeur ? Ne dépersonnalise-t-on pas la personne âgée en la réduisant à une simple somme de besoins ? Qu'en est-il du libre choix de la personne ?

## Bibliographie

1. Insee Bilan démographique 2014 - Pyramides des âges au 1er janvier (France) [Internet]. [cité 26 févr 2015].  
Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/donnees-detaillees/bilan-demo/pyramide/pyramide.htm?lang=fr&champ=fe>
2. La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 [Internet]. [cité 4 août 2015].  
Disponible sur : [http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/donsoc06zp.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/donsoc06zp.pdf)
3. Allocation personnalisée d'autonomie (APA) : grille Aggir [Internet]. [cité 26 févr 2015].  
Disponible sur : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1229.xhtml>
4. Le parcours santé des aînés (PAERPA) - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes [Internet]. [cité 4 août 2015].  
Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/le-parcours-sante-des-aines-paerpa.html>
5. HCAAM assurance maladie et perte d'autonomie [Internet]. [cité 4 août 2015].  
Disponible sur : [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam\\_rapport\\_assurance\\_maladie\\_perte\\_autonomie.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_rapport_assurance_maladie_perte_autonomie.pdf)
6. Repérage de la fragilité en soins primaires avec la grille du Gérontopôle de Toulouse [Internet]. [cité 10 déc 2014].  
Disponible sur: <http://www.fragilite.org/abstract.pdf>
7. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement*. déc 2011;(4):387-90.
8. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. mars 2001;56(3):M146-56.
9. Haute Autorité de Santé - Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA [Internet]. [cité 26 févr 2015].  
Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa)
10. Coordination territoriale d'appui dans les territoires PAERPA [Internet]. [cité 17 sept 2015].  
Disponible sur: <http://www.fregif.org/docs/autres-reseaux-de-sante-et-groupe/2014-12-rst-dossier-1424.pdf>
11. Gay B. Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale. *Rev Epidémiol Santé Publique*. juin 2013;61(3):193-8.

12. Sottiaux J, Narcy J, Alao O. Parcours coordonné en soins primaires : accompagnement à l'élaboration de protocoles de coopération. *Rev Epidémiol Santé Publique*. oct 2013;61:S335.
13. Buyck J-F, Lelièvre F, Bournot M-C, Tallec A, Hérault T, Tuffreau F. La prise en charge des personnes âgées dépendantes par les médecins généralistes des Pays de la Loire. *Rev Epidémiol Santé Publique*. sept 2014;62:S240.
14. Balard F, Somme D. Faire que l'habitat reste ordinaire. Le maintien de l'autonomie des personnes âgées en situation complexe à domicile. *Gérontologie Société*. 2011;136(1):105.
15. Ennuyer B. Quelles marges de choix au quotidien. Quand on a choisi de rester dans son domicile ? *Gérontologie Société*. 2009;131(4):63.
16. WITTWER, J. L'aide aux personnes âgées dépendantes à domicile face à la raréfaction des aidants familiaux. *La lettre du Collège*, mars 2011, vol. 22, n°1, pp. 2 - 4 [Internet]. [cité 17 sept 2015].  
Disponible sur: [http://www.ces-asso.org/docs/Let\\_CES\\_1-2011.pdf](http://www.ces-asso.org/docs/Let_CES_1-2011.pdf)
17. Bontout O, Colin C, Kerjosse R. Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040. 2012 [cité 17 sept 2015].  
Disponible sur: <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/13056>
18. Cayado V, Chahbi R. La perception du risque d'accident et de chute par des personnes âgées vivant à domicile : un arbitrage complexe ? *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. août 2015;15(88):194-9.
19. La fragilité des personnes âgées ; perceptions et mesures. *Cahier de recherche*, CREDOC, 2009.
20. Kleinspehn-Ammerlahn A, Kotter-Grühn D, Smith J. Self-perceptions of aging : Do subjective age and satisfaction with aging change during old age? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2008;63(6):P377-85.
21. Noel M. La perception de soi au cours du vieillissement : approche normale et pathologique à travers l'étude de la chute. *Human health and pathology*. Université du Droit et de la Santé - Lille II, 2012. French.
22. Balard F, Somme D. Le refus d'aide et de soin des personnes âgées en situation complexe. *Nouv Prat Soc*. 2011;24(1):85.
23. Les médecins au 1er janvier 2013 Document de travail, Série statistiques, n° 179, avril 2013 [Internet]. [cité 17 sept 2015].  
Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat179.pdf>
24. Sarradon-Eck A. « Qui mieux que nous ? » Les ambivalences du « généraliste-pivot » du système de soins, Singuliers généralistes, Presses de l'EHESS , «Métiers Santé Social», 2010, 424 pages.
25. Lutsman M, Bourgeois I, Vega A. Sociologie et Anthropologie : quels apports pour la médecine générale ? *Doc Rech Med Gen*, nov 2007, n°6 4.

26. Buyck JF, Casteran-Sacreste B, Cavillon M, Lelièvre F, Tuffreau F, Mikol F, 2014,  
« La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à  
domicile », Etudes et résultats, n° 869, Drees, février.

27. Fiche n°12 - Le travail en coordination [Internet]. [cité 15 oct 2015].  
Disponible sur: <http://www.dmg-nantes.fr/OLD/images/coursdes/suivi/coordination.pdf>

## Table des matières

1. Introduction .....	9
2. Matériel et Méthodes.....	13
3. Résultats .....	15
3.1. Caractéristiques de la population .....	15
3.2. Compréhension du projet PAERPA.....	17
3.3. Attentes des personnes concernées vis-à-vis du PAERPA .....	18
3.4. Coordination entre les intervenants.....	19
3.5. Démarche pro-active .....	21
4. Discussion .....	25
4.1. Synthèse .....	25
4.2. Discussion sur la méthode.....	25
4.2.1. Points forts .....	25
4.2.2. Points faibles .....	26
4.3. Discussion des résultats.....	27
4.3.1. Particularités du territoire pilote Mayennais.....	27
4.3.2. L'apport du PPS du point de vue de la personne âgée .....	29
4.3.3. La fragilité perçue par les personnes âgées, et la démarche proactive	31
4.3.4. Le PPS : un complément à la pratique actuelle ?.....	32
5. Conclusion .....	35
Bibliographie .....	36
Table des matières .....	39
Annexes .....	40
Annexe 1 : Plan personnalisé de santé .....	40
Annexe 2 : Guide d'entretien .....	43
Annexe 3 : Formulaire de consentement.....	45
Annexe 4 : Grille de repérage de la fragilité.....	46
Annexe 5 : Les différents modes de coordination .....	47

## Annexes

### Annexe 1 : Plan personnalisé de santé

<b>La personne et ses contacts utiles</b>				<i>Nom :</i>			
				<i>Prénom :</i>			
				<i>Date de naissance :</i>	/ /	<b>S ex e</b>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Numéro du PPS		<b>Date de la version en cours</b>	...../...../.....	ALD	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui nombre ALD _____	
Coordonnateur du PPS	Profession : Nom :						
<b>Informations sur la personne</b>				<b>Numéro de sécurité sociale</b>			
Adresse de la personne				<b>Code Postal</b>			
Aidant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – Nombre Nom(s) :	Tel	email	<b>Recherche d'hébergement en cours</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Référents familiaux /amicaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Nombre : Nom(s) :	Tel	email	<b>APA</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Classe GIR (1 à 6)		
Personne de confiance		Tel	email	<b>Directives anticipées</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Caisse de retraite	Nom : <input type="checkbox"/> pension <input type="checkbox"/> pension de réversion <input type="checkbox"/> ASPA (Allocation de Solidarité aux Personnes Agées)			<b>Mutuelle</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui nom de la mutuelle :		
<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)				
	Pharmacienn				
	Kinésithérappeute				
	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 ...../...../.....	<b>Nom :</b> _____
				<b>Prénom :</b> _____
				<b>Date de naissance :</b> _____
<b>Numéro du PPS</b>		<b>Préférences de la personne</b>		
<b>Référent du PPS</b>		<b>Priorité actuelle de la personne</b>		

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

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

## Annexe 2 : Guide d'entretien

*Demande d'autorisation d'enregistrement (en précisant qu'il est possible de ne pas répondre à certaines questions)*

Préalable = établir le contact

Présentation de la personne :

- Age
- Sexe
- Seule / en couple
- Entourage familial
- Profession antérieure
- Habite en ville / en campagne, depuis combien de temps ?

Mode de vie :

- Aides en place actuellement (toilette, ménage, médicaments, repas, autre)
- Mode de déplacement (voiture personnelle, amis, famille, etc...)
- Occupation (club des anciens, amis, TV, jeux, etc...)

### 1. Compréhension du projet PAERPA

Votre médecin ou votre infirmière vous a contacté récemment pour mettre en place un plan d'aides et vous faire remplir des documents. Qu'en avez-vous retenu ?

- Si bonne compréhension on passe à l'item suivant
- Si mauvaise compréhension, on réexplique : ce qui a été mis en place s'appelle un Plan personnalisé de santé que nous pourrons appeler plan de soins. Il s'agit de travailler en équipe (médecin, infirmière, aide à domicile, etc...) et d'échanger des informations médicales vous concernant pour vous aider au quotidien.

## 2. Attente personnelle du patient

Que pensez-vous que ce plan de soins va vous apporter ?

- On peut préciser si besoin : Que va-t-il changer dans votre quotidien ?

Si non déjà répondu : Quelles sont vos attentes par rapport à ce plan de soins ?

## 3. Partage d'informations et coordination

Pour mettre en place ce plan de soins, les différents professionnels de santé ont besoin d'échanger entre eux, des informations vous concernant. Qu'en pensez-vous ?

- Préciser si besoin : intéressant ? important ? cela vous gêne ? ne sait pas ?

Si non déjà répondu : ces différents professionnels vont travailler ensemble, se coordonner, faire des réunions, c'est donc une équipe qui va s'occuper de vous. Pensez-vous que cette nouvelle façon de travailler va permettre d'améliorer votre quotidien ou cela ne va rien changer pour vous ?

- Préciser si besoin : Pensez-vous que cela va permettre de mieux régler vos difficultés à la maison ou vos problèmes de santé ?

## 4. Démarche pro-active

Dans le plan de soins, il vous a été fait différentes propositions. Avant que l'équipe médicale ne vous en parle, pensiez-vous avoir besoin des prestations qui ont été ou vont être mises en place ? (Citer exemple personnel du patient si besoin)

Ce plan de soins est à l'initiative de l'équipe médicale, ce n'est pas initialement une demande de votre part. Qu'en avez-vous pensé lorsqu'on vous l'a proposé ? (préciser si besoin : intéressant, intrusif, ne sait pas)

## Annexe 3 : Formulaire de consentement

### **FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

Dans le cadre d'une étude, je réalise un travail de recherche concernant le projet pilote PAERPA, mis en place en Mayenne. Ce travail nécessite la réalisation d'entretiens auprès de personnes de plus de 75 ans.

Ces entretiens seront enregistrés sur dictaphone puis retranscrit. Toutes les données obtenues seront anonymisées afin de préserver votre identité et la confidentialité des informations.

Votre participation à ce travail est volontaire.

Je soussigné, ..... (NOM et Prénom), né le..... déclare avoir lu et compris le présent formulaire.

Je donne mon consentement libre et éclairé pour ma participation à cette étude.

Fait à, ..... le .....

Signature

## Annexe 4 : Grille de repérage de la fragilité

### Repérage de la fragilité

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

▪ DATE DE RÉDACTION DE LA FICHE : / /

▪ STRUCTURE AYANT REPERÉ :

- Type :

SAD

SSIAD

MDA

Autre, Précisez :

- Coordonnées :

▪ PERSONNE CONCERNÉE :

- Nom :

- Prénom :

- Adresse :

▪ LES CRITÈRES DE FRAGILITÉ :

- La personne a-t-elle perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?
- La personne a-t-elle chuté au cours des 6 derniers mois ?
- La personne a-t-elle des problèmes dans la gestion des médicaments ?
- La personne a-t-elle des problèmes dans la gestion courante (papiers, démarches, téléphone...) ?
- La personne a-t-elle perdu un proche récemment ?
- La personne a-t-elle des troubles de la mémoire et/ou du comportement ?
- La personne a-t-elle des difficultés de déplacement ?

**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

## Annexe 5 : Les différents modes de coordination(27)

### Fiche n°12

#### **LE TRAVAIL EN COORDINATION**

En comparaison avec l'exercice hospitalier, qui se fait le plus souvent en équipe, il est habituel de considérer l'exercice du médecin généraliste comme assez solitaire, isolé dans le huis clos d'une relation duelle avec son patient.

Il est pourtant de plus en plus amené, pour prendre en charge ses patients, à être en relation avec d'autres professionnels, médicaux ou paramédicaux, que ce soit pour un avis diagnostique ou thérapeutique, des soins à réaliser...

Les sociologues ont décrit plusieurs modes de travail en coordination :

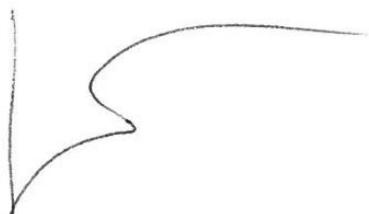
- La collaboration : il existe dans ce cas une forte implication personnelle, une relation de confiance de personne à personne et en la compétence professionnelle de l'autre, une négociation centrale, une rencontre réelle, et une proximité.
- La coopération : le travail avec un autre est fait dans "l'acceptation temporaire et provisoire d'une certaine interdépendance" entre les acteurs, la confiance est limitée à la compétence professionnelle, le respect des pratiques de l'autre est réel mais il y a refus de se laisser influencer par elles.
- L'instrumentalisation : le partenaire n'est identifié qu'à son rôle professionnel (radiographie, pansement...), l'autonomie est totale, et la négociation absente.
- La négation : il y a une absence de relation (non reconnaissance de la spécificité du travail de l'autre (ex : médecin conseil, orthophoniste), ou une logique de concurrence (ex : médecin généraliste/pédiatre).

PERMIS D'IMPRIMER

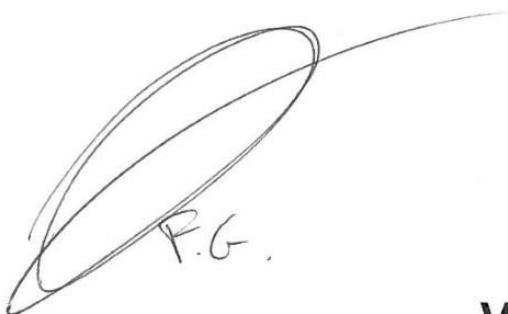
**THÈSE DE Monsieur MARTIN Franck**

**Vu, le Directeur de thèse**

P. JEHUEZ



**Vu, le Président du jury de thèse**

  
R.G.

**Vu, le Doyen de la  
Faculté de Médecine  
d'ANGERS**

  
Professeur I. RICHARD

**Vu et permis d'imprimer**

