



UNIVERSITE DE LILLE

ECOLE DOCTORALE BIOLOGIE SANTE

Année 2023

DOCTORAT

SPECIALITE : MEDECINE GENERALE

CNU 5303

Présentée par

MATTHIEU CALAFIORE

**Participation des Médecins généralistes aux programmes
de soins intégrés destinés aux personnes âgées : exemple
du projet PAERPA**

Présentée et soutenue le 23 Novembre 2023

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président :

Madame le Professeur Florence RICHARD

Rapporteurs :

Madame la Professeure Béatrice LOGNOS

Madame la Professeure Julie DUPOUY

Examineurs :

Monsieur le Professeur Eric WIEL

Monsieur le Professeur Olivier SAINT-LARY

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Remerciements

À ma Présidente de jury,

Madame le Professeur Florence Richard

*Professeure des Universités
Épidémiologie, économie de la santé et prévention
Faculté de Médecine Henri Warembourg,
UFR3S Médecine, Université de Lille*

*Praticien Hospitalier
INSERM U1167
CHU de Lille – Institut Pasteur de Lille*

Nous avons eu nos premiers échanges professionnels dans le bureau d'Olivier Cottencin, où j'accompagnais Nassir qui travaillait sur un article pour lequel tu réalisais l'analyse statistique.

J'ai pu apprécier ta rigueur, ta détermination et ton maniement des statistiques, qui m'avaient fasciné.

Je te remercie de me faire l'honneur d'être la Présidente de ce jury et d'apporter ton regard et tes critiques à ce travail.

À mon directeur de Thèse,

Monsieur le Professeur Emmanuel Chazard

Professeur des Universités,

Coordonnateur du département de Biostatistique, Informatique médicale et technologies de communication,

Directeur du CERIM,

Faculté de Médecine Henri Warembourg,

UFR3S Médecine, Université de Lille

Praticien Hospitalier,

Service Analyse et Traitement de l'Information Médicale, pôle S3P,

CHU de Lille

Vice-Président du CIMES, collège national des enseignants de biostatistique et d'informatique médicale

Directeur adjoint de la Structure Fédérative de Recherche Technologies de santé et médicament

Responsable de l'axe 3 « évaluation du vie réelle » de l'ULR 2694 Metrics

Membre élu CNU 4604

Conseiller ordinal suppléant CDOM du Nord

Nous travaillons ensemble depuis quelques années désormais, et c'est un honneur pour moi de t'avoir comme directeur de thèse, en plus des liens d'amitié qui nous unissent.

Nous avons appris à travailler ensemble sur des projets communs et j'apprécie tout particulièrement ton regard sur la médecine générale.

Merci pour tes conseils toujours pertinents et prodigués avec bienveillance, sourire et bonne humeur.

À mes rapporteuses

Madame la Professeure Béatrice Lognos

Professeure des Universités, MD, PhD, HDR

Médecine générale

Faculté de Médecine de Montpellier,

Université de Montpellier

Praticienne libérale

MSP Universitaire Pauline Lautaud

4 Avenue d'Occitanie

34680 ST Georges d'Orques

Je me souviens des nombreux échanges et conversations au cours de toutes nos réunions un peu partout en France au sein du bureau du CNGE.

Je suis admiratif du parcours que tu as accompli malgré les nombreux obstacles et te remercie sincèrement d'avoir accepté de siéger dans mon jury, en y amenant ton merveilleux accent chantant.

Madame la Professeure Julie Dupouy

Professeure des Universités, MD, PhD, HDR

Médecine générale

Faculté de Médecine de Toulouse,

Université Paul Sabatier - Toulouse III

Praticienne libérale

MSPU de Pins Justaret

1 chemin de la gare

31860 Pins Justaret

Je te remercie sincèrement d'avoir accepté de siéger dans ce jury. Il était important pour moi d'avoir le regard, les remarques et les critiques d'une des Professeures de médecine générale les plus investies dans la recherche.

Merci pour le temps que tu auras pu consacrer à ce travail.

À mes examinateurs,

Monsieur le Professeur Eric Wiel

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier de Médecine d'Urgence, MD, PhD, HDR

Faculté de Médecine Henri Warembourg,

UFR3S Médecine - Faculté d'Ingénierie et Management de la Santé, Université de Lille

*Assesseur (Vice-Doyen) Médecine 3ème cycle des études médicales et post-internat
Coordonnateur Régional (Hauts-de-France) et Coordinateur Local (Lille) du DES
Médecine d'Urgence*

Coordonnateur de la mention Urgence IPA

Coordonnateur du Département Universitaire de Médecine d'Urgence

Chef de Pôle Adjoint, Chef du Service UCR (Unité Commune de Recherche)

Ancien Chef de Service des Urgences Adultes

Pôle de l'Urgence, CHU de Lille

ULR 2694 – METRICS Evaluation des techniques de Santé et des Pratiques Médicales – GR-RÉAC

Vice-Président du Collège de Médecine d'Urgence (COMU) 59-62

Trésorier - Membre du Bureau National du Collège National des Universitaires de Médecine d'Urgence (CNUMU)

Initiateur et fondateur de la démarche ASSURE (membre du COPIL ARS Hauts-de-France)

C'est un immense honneur de pouvoir te compter parmi les membres de mon jury, et de voir à quel point accepter d'y siéger semblait une évidence pour nous deux.

J'apprécie tout le travail que tu mènes au sein de notre Faculté et je suis ravi que nos fonctions nous amènent à devoir échanger régulièrement.

Merci pour ta rigueur, ton sens des valeurs et, par-dessus tout, ton optimisme à toute épreuve.

Monsieur le Professeur Olivier Saint-Lary

*Professeur des Universités, MD, PhD, HDR
Médecine Générale
Faculté de Médecine,
Université de Versailles Saint-Quentin en Yvelines
Paris Saclay*

*Praticien libéral
Maison de santé pluriprofessionnelle universitaire la collégiale (MSPU)
10 rue Saint Louis
78300 Poissy*

Président du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE)

Je te remercie très sincèrement d'avoir accompagné ce travail lors des comités de suivi et pour ta motivation et ton enthousiasme envers l'enseignement et la recherche universitaire en médecine générale.

C'est un honneur pour moi de te compter parmi les membres de ce jury.

Merci également pour le temps et l'énergie consacrés pour que notre belle spécialité soit toujours plus connue et reconnue au sein des institutions nationales.

Je tiens également à exprimer ma reconnaissance :

À Monsieur le Professeur Jean-Baptiste Beuscart,

PU-PH de Gériatrie, Faculté de Médecine Henri Warembourg,

UFR3S - Université de Lille et CHU de Lille,

Directeur du Laboratoire METRICS : Evaluation des technologies de santé et des pratiques médicales

Nous nous connaissons depuis notre première année de médecine. J'apprécie tout le travail que nous avons déjà pu accomplir entre nos spécialités et reste persuadé que nos travaux de recherche continueront longtemps à être synergiques.

Je tiens à te remercier pour tous tes conseils, ton énergie communicative et, plus encore, ton amitié.

Aux Dr Lorette Averlant, Claire Ramez, Fanny Sarrazin, Nathalie Leveque, Marie-Marguerite Defebvre, à David Verloop et Carla Di Martino, et toute l'équipe METRICS

Merci pour votre accompagnement au cours du projet PAERPA.

À Audrey

Derrière chaque grand homme, se cache une femme, bien plus grande, pour le propulser au sommet.

Je ne sais pas si je suis un grand homme, mais je sais que tu as toujours été à mes côtés depuis 25 ans, quoi que je fasse, et Dieu sait que je ne tiens jamais vraiment en place... Tu sais toujours lire entre mes lignes et décrypter ce qui me passe par la tête. Bientôt, nous pourrons nous poser avec un bouquin et un petit verre, près de notre potager. Je t'aime

À mes enfants,

Vous m'avez offert un jour un tee-shirt criant de vérité « Papa, tu peux être fier de toi, tes enfants sont géniaux ». C'est un bonheur de voir combien vous semblez être épanouis dans vos choix de carrière respectifs. Croyez en vous autant que votre mère et moi le faisons. Vivement notre prochaine soirée télé à cinq sur le canapé. Je vous aime.

À mes parents,

Merci de m'avoir encouragé dans le travail et la rigueur qui mènent à la réussite. J'espère que, de votre côté, vous allez désormais profiter d'une retraite bien méritée pour voyager au gré de vos envies.

À mes trois frères,

Nous avons tous trois des complicités différentes et complémentaires. J'espère que nous continuerons longtemps à nous retrouver parfois au resto, parfois chez les parents autour des lasagnes de la Mamma, ou, plus simplement, au bout de notre téléphone via nos messages réguliers.

À ma belle-famille,

Merci d'avoir accueilli « la pièce rapportée » et pour les moments d'échanges et de partage (même si nous évitons désormais les batailles d'eau)

À mes amis très proches, les « vrais PhD »,

David, Micka, ça y est, je vais être un « vrai » Docteur et pas seulement « un docteur en médecine ». Vous ne pourrez plus me charrier avec ça ; mais je compte sur vous pour trouver d'autres choses en remplacement. J'espère que nous trouverons plus souvent le temps de prendre un verre ensemble et de nous voir physiquement à l'avenir. Votre date sera la mienne.

À mon associé et ami,

Jan, je ne compte plus désormais les années depuis lesquelles nous nous connaissons, mais je m'estime chanceux d'avoir la possibilité de travailler à tes côtés à la MSPU ou au DMG. J'apprécie ton sens du travail, ton côté un peu hyperactif qui me rappelle vaguement quelqu'un, et, surtout, ce lien d'amitié presque fraternel qui nous unit. À très vite pour des discussions passionnées ou des futilités, mais toujours autour d'un coca ou d'un café.

Aux Chirout',

Je ne compte plus les soirées, journées ou semaines passées ensemble à rire, jouer, discuter, et profiter de moments hors du temps en étant simplement nous-mêmes. Pour nos enfants, vous êtes un peu comme une deuxième famille et je suis d'accord avec eux. Vivement nos prochains voyages de Toussaint, d'été, de barbecues du 14 juillet... et tant d'autres choses.

À mes amis de toujours,

Pilou, Arnaud, Gégé, Mag-ma-JF et même Anne-Lyse (oui, oui, même toi). Merci pour tous les moments d'amitié et de complicité partagés depuis tant d'années. Au plaisir de nous retrouver bientôt pour fêter Thanksgiving en France ou à Washington (promis Mag, on n'ira pas au Subway).

Fred, pour nos échanges, comme si nous nous étions quittés la veille alors qu'il peut parfois se passer plusieurs mois sans que nous nous voyions.

À tous mes collègues du DMG,

Je vous tire mon chapeau de réussir à tenir la ligne avec un Directeur aussi exigeant que moi. Merci pour votre implication, pour votre travail et, plus que tout encore, votre amitié et votre bonne humeur.

Aux Doyens Gosset, Lacroix et Hazzan,

Merci pour votre confiance sans cesse renouvelée et pour votre soutien indéfectible à la médecine générale.

À tous les choristes du groupe vocal EnHarmonie,

Un peu comme pour les collègues du DMG, bravo de réussir à supporter les exigences d'un chef de chœur un peu perfectionniste et rendez-vous dans quelques jours sur scène pour notre gros concert !

Sigles

ALD	Affection longue durée
ARS	Agence Régionale de Santé
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CIM	Classification Internationale des Maladies
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
DAT	Dispositif d'appui territorial
GIP-CPS	Groupement d'intérêt public – Carte de professionnel de santé
HAS	Haute autorité de santé
IDE	Infirmier·e diplômé·e d'Etat
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
MEP	Médecine à exercice particulier
MG	Médecin généraliste
MG+	Médecin généraliste ayant accepté de participer au PSI PAERPA
MG-	Médecin généraliste ayant refusé de participer au PSI PAERPA
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAERPA	Personne âgée en risque de perte d'autonomie
PhO	Pharmacie d'Officine
PPS	Plan personnalisé de santé
PSL	Professionnel de santé libéral
SNIIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Sommaire

Avertissement.....	2
Remerciements	3
Sigles.....	12
Sommaire	13
Préambule	16
Introduction.....	18
1 Patients âgés.....	18
2 Soins intégrés.....	18
3 L'expérimentation PAERPA.....	19
4 Evaluation préliminaire du programme PAERPA	23
5 D'importantes lacunes dans l'évaluation préliminaire du programme PAERPA	24
6 Objectif	24
Partie 1 : étude qualitative	26
1 Principes des études qualitatives	26
1.1 Principes généraux.....	26
1.2 Inspiration de la théorisation ancrée.....	26
1.3 Particularités méthodologiques.....	26
2 Matériel et méthodes qualitative	27
2.1 Organisation	27
2.2 Population.....	27
2.3 L'échantillonnage.....	27
2.4 L'entretien individuel semi dirigé.....	28
2.5 Le guide d'entretien	28
2.6 Recueil des données	28
2.7 Retranscription des données.....	29
2.8 Analyse et codage.....	29
3 Résultats	30
Partie 2 : constitution d'un référentiel des médecins généralistes	35
1 Matériel et méthodes	35

1.1	Population.....	35
1.2	Extraction des données	36
1.3	Constitution du répertoire des numéros ADELI	36
1.4	Constitution de la base de données	37
2	Résultats	37
Partie 3 : étude quantitative		38
1	Matériel et méthodes	38
1.1	Population.....	38
1.2	Extraction des données	38
1.3	Analyse des données	38
1.4	Ethique	39
2	Résultats	39
2.1	Population. Médecins généralistes ayant accepté ou refusé de participer à PAERPA	39
2.2	Comparaison des groupes MG+ et MG-.....	40
Discussion générale		42
1	Résumé	42
2	Points forts et limites	42
3	Comparaison avec la littérature.....	43
4	Implications pour la recherche et la pratique professionnelle	44
5	Considérations sur le parcours de soins en Médecine Générale	45
Conclusion.....		48
Liste des annexes.....		49
Liste des figures		50
Liste des tableaux.....		51
Références		52
Annexe 1 : Guide d'entretien initial à destination des MG+		57
Annexe 2 : Guide d'entretien initial à destination des MG-		59
Annexe 3 : Formulaire de consentement de participation à l'étude		61
Annexe 4 : Fiche de données administratives		62
Annexe 5 : Verbatim		63
Annexe 6 : Grille COREQ.....		179
Annexe 7 : RIAP.....		181

Annexe 8 : Caractéristiques (âge et sexe) des MG et Durée de l'entretien	185
Annexe 9 : Arbre de codage et sous-nœuds pour MG+	187
Annexe 10 : Arbre de codage et sous-nœuds pour MG-	188
Annexe 11 : Première page des articles publiés.....	189

Préambule

Le présent travail de thèse a été réalisé à l'Université de Lille, au sein de l'Ecole Doctorale Biologie Santé, de 2017 à 2023, à mi-temps. Ce travail a donné lieu à 3 publications :

- *GPs' interest in integrated care for frail older adults and corresponding consulting and prescribing data: qualitative and quantitative analyses of the PAERPA integrated care project.* **Calafiore M**, Chazard E, Averlant L, Ramez C, Sarrazin F, Leveque N, Dambre D, Verloop D, Defebvre MM, Di Martino C, Beuscart JB. **British Journal of General Practice** 13 July 2022; **BJGP.2021.0626**. doi: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0626>
- *Barriers and Facilitators for Adhesion of Healthcare Professionals in Integrated Care for Older Patients: A Qualitative Assessment Based on the French National Experiment: 'Health Pathway of Seniors for Preserved Autonomy' (PAERPA)* Averlant L, **Calafiore M**, Puisieux F, Ramez C, Sarrazin F, Lotin M, Naessens R, Delesalle A, Adotey G, Harduin P, Leveque N, Dambre D, Defebvre MM, Di Martino C, Beuscart JB. **Int J Integr Care.** 2021 Apr **22;21(2):7**.
- *The Care Coordinator's Tasks During the Implementation of an Integrated Care Pathway for Older Patients: A Qualitative Study Based on the French National "Health Pathway of Seniors for Preserved Autonomy" Pilot Program.* Douze L, Martino CD, **Calafiore M**, Averlant L, Peynot C, Lotin M, Delesalle A, Dambre D, Egot M, Fabianek A, Defebvre MM, Bugny C, Thébault J, Puisieux F, Pelayo S, Beuscart JB. **International Journal of Integrated Care**, 2022; **22(2): 2, 1–11**. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.5977>

L'article *GPs' interest in integrated care for frail older adults and corresponding consulting and prescribing data: qualitative and quantitative analyses of the PAERPA integrated care project* a été récompensé par le prix de la meilleure recherche internationale au congrès du BJGP 2023 (Figure 1). L'Annexe 11 (page 189) présente la première page de chacun des articles.

British Journal of General Practice
Research Conference 2023

BJGP

Matthieu Calafiore
Winner
International Research
Award

Presented by
Prof Kamila Hawthorne, Chair, RCGP
31 March 2023

Figure 1. BJGP international Research Award (2023)

Introduction

1 Patients âgés

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une personne devient âgée à partir de 60 ans. C'est également cet âge qui prévaut en France pour l'obtention de certaines prestations comme l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). Cette définition est donc exclusivement basée sur l'âge civil, par souci de simplicité. Toutefois, cette définition se heurte à plusieurs problèmes : La vieillesse n'est pas un phénomène soudain où un patient deviendrait « vieux » le jour de ses 60 ans, mais plutôt un processus progressif. De plus, les problématiques de la dépendance ou de la perte d'autonomie sont davantage fréquentes après 70 ans.

Avec l'allongement de l'espérance de vie, le nombre de patients dits âgés s'accroît mécaniquement. D'ici à 2030, une personne sur six dans le monde aura plus de 60 ans. La population mondiale âgée de plus de 60 ans passera de 1 milliard de personnes en 2020, à 1,4 milliard en 2030 puis 2,1 milliards en 2050. Le nombre des personnes âgées de plus de 80 ans, pour sa part, triplera entre 2020 et 2050 pour atteindre 426 millions.[1]

L'augmentation de l'espérance de vie entraîne, tout aussi mécaniquement, l'augmentation du nombre de patients souffrant de pathologies chroniques.[2]

Selon la Haute autorité de santé (HAS), les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 1 personne sur 10 en France. Elles ont pour 85% d'entre elles au moins une pathologie, et 57% sont en affection longue durée (ALD). Plus de 33% ont été hospitalisées au moins une fois en 2010 pour une durée de 12 jours en moyenne. De plus, 44% des personnes âgées hospitalisées ont connu un passage aux urgences.[3]

2 Soins intégrés

Le système de santé français n'a pas été pensé initialement pour la prise en charge des patients polypathologiques, âgés et fragiles. De ce fait, les soins aux personnes âgées et fragiles sont souvent compartimentés par les prestataires de santé et peuvent devenir une série d'évaluations et de procédures successives mais mal coordonnées.

Les soins intégrés sont définis par l'OMS comme la gestion et la prestation de services sanitaires de qualité et sûrs permettant à la population de bénéficier d'un ensemble de services aux différents niveaux et sur les différents lieux de soins dans le cadre du système de santé.[4]

Les parcours de soins intégrés cherchent à améliorer les soins aux patients en coordonnant les services et les établissements existants plutôt qu'à créer de novo un nouveau modèle, au risque de se heurter aux résistances au changement des professionnels de santé. Les avantages des soins intégrés chez les patients âgés ont

été largement démontrés dans la littérature scientifique, et reproductibles dans de nombreux pays à système de santé comparable. Les avantages comprennent une réduction des admissions à l'hôpital pour des hospitalisations dites « potentiellement évitables », de meilleurs soins à domicile, un maintien à domicile plus durable et une meilleure perception des soins par les patients.[5–10]

La condition *sine qua non* du succès de ces parcours de soins intégrés réside dans l'engagement des professionnels de santé médicaux et paramédicaux.[9–11] Dans ces parcours, le médecin généraliste (MG) est responsable de la coordination des soins intégrés et y joue un rôle clé auprès des adultes âgés et fragiles.[12]

Si ce rôle central est unanimement reconnu, le niveau effectif de participation des médecins généralistes dans ce type de parcours pour les personnes âgées est variable selon les territoires où ils sont déployés, mais aussi selon le profil professionnel et les habitudes de travail des médecins eux-mêmes. Bien que les leviers et les obstacles à la participation aient été étudiés, les profils des médecins participant et non-participant à ces parcours de soins coordonnés ne semblent pas avoir été décrits.[7, 13, 14] A notre connaissance, il n'existe pas de données qualitatives et quantitatives publiées sur ce sujet.

3 L'expérimentation PAERPA

Le programme PAERPA, pour Personnes âgées en risque de perte d'autonomie, a été une expérimentation nationale, déployée par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé français entre 2014 et 2019. Le programme PAERPA est un exemple d'expérimentation de parcours de soins intégré destiné aux patients âgés.

Lancé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, renforcé dans le Pacte Territoire Santé 2 [15] (second volet du plan de lutte contre les déserts médicaux), le programme PAERPA a pour objectif de fournir et faciliter le parcours de santé des personnes âgées et fragiles de plus de 75 ans, dont l'autonomie risquait de se dégrader en raison de facteurs médicaux et sociaux.

L'expérimentation du programme de soins intégrés PAERPA visait donc à diminuer le recours à l'hospitalisation ou aux soins urgents chez les personnes de 75 ans et plus, tout en maintenant la plus grande autonomie le plus longtemps possible dans le cadre de vie habituel de la personne. Le programme de soins intégrés PAERPA avait pour volonté de réduire le recours à l'hospitalisation et favoriser le maintien à domicile dans de bonnes conditions, en agissant sur les quatre facteurs majeurs d'hospitalisation de la personne âgée : la dépression, les problèmes liés aux médicaments, la dénutrition et les chutes. La philosophie de ce parcours de soins intégrés étant de mettre tout en œuvre pour permettre aux personnes de recevoir les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures au bon moment et au meilleur coût, tout en renforçant la coordination entre les acteurs de soins et en faisant évoluer significativement les modalités d'échanges entre eux (Figure 4).



Figure 2. Principe du PSI PAERPA (source : Ministère de la Santé et de la Prévention)

Le programme de soins intégrés PAERPA a été mené simultanément sur 16 territoires français (Figure 3). Au niveau national, le dispositif PAERPA était piloté par la direction de la sécurité sociale, en lien avec les autres directions du ministère de la Santé, et le comité national rassemblant l'ensemble des parties prenantes : fédérations hospitalières, médico-sociales et sociales, représentants des professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux, collège de médecine générale, représentants des usagers...

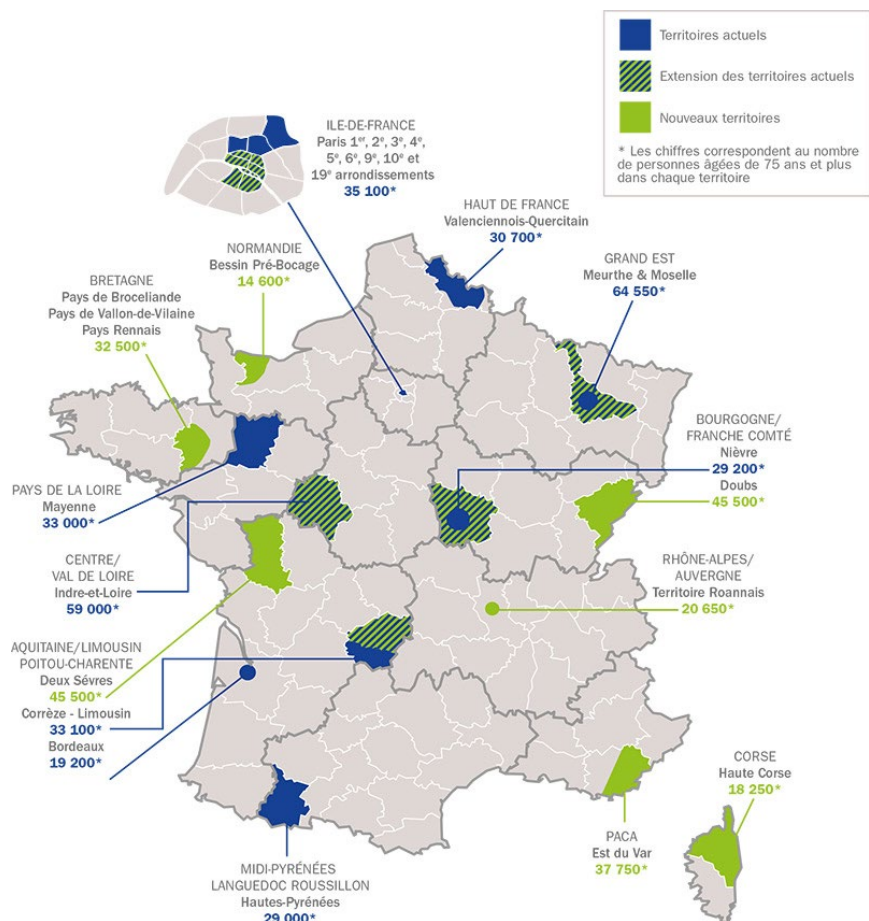


Figure 3. Zones nationales d'expérimentation PSI PAERPA

Tous les patients de plus de 75 ans ayant eu au moins une consommation de soins, quelle qu'elle soit (pharmacie, consultation, soins infirmier, kinésithérapeute, biologie, radiologie, etc...) étaient identifiés dans la base SNIIRAM et étaient inclus dans le programme PAERPA. Il n'y avait pas de critère d'exclusion.

Dans la région des Hauts-de-France, l'expérimentation PAERPA s'est déroulée dans le Valenciennois-Quercitain, zone géographique du département du Nord, regroupant 136 communes (Figure 4).



Figure 4. Carte du territoire PAERPA Valenciennais-Quercitain

Au moment de la mise en place de PAERPA, il y avait environ 31 520 personnes âgées de 75 ans ou plus vivaient dans cette zone, 348 MG, 148 pharmacies d'officine, 390 infirmières communautaires, cinq réseaux sociaux (centre local d'information et de coordination) et plusieurs services d'aide à domicile pour les personnes âgées. Tous les MG du Valenciennais-Quercitain ont été contactés par la plateforme de soutien du PSI PAERPA, lors de la phase initiale, mais également pendant le déroulement du projet.

Un plan personnalisé de santé personnalisé (PPS) pour les soins intégrés était élaboré par les professionnels impliqués dans les soins du patient, coordonnés par le médecin traitant.

Si la coordination du parcours de santé se faisait sous la responsabilité du médecin généraliste, elle impliquait obligatoirement au moins un autre professionnel de santé libéral (PSL), le plus souvent un infirmier diplômé d'état et/ou un pharmacien d'officine. Les PSL élaboraient ensemble un PPS qui concrétisait le projet pluriprofessionnel de soins intégrés de chaque patient. Ce document était signé par les différents PSL impliqués et par le patient. Il pouvait être de deux types :

- Le PPS de type 1 était centré sur le risque iatrogénique. Il était débuté à l'hôpital, poursuivi en ville et incluait systématiquement le Pharmacien d'Officine (PhO).
- Le PPS de type 2 était centré sur la prévention de la fragilité et réalisé uniquement en ville. Il pouvait impliquer, en plus du médecin généraliste, un infirmier diplômé d'Etat (IDE) et/ou un PhO et/ou un kinésithérapeute.

Le PPS permettait de gérer et d'anticiper la prise en soin des personnes âgées en résumant la situation sociale du patient, son état de santé, les problèmes en cours et en proposant des solutions adaptées aux situations.

Une plateforme d'aide a été créée pour informer les professionnels de santé et les usagers de cette nouvelle offre sanitaire et médico-sociale, pour les aider à rédiger les PPS et les accompagner dans leur réalisation. Des coordinateurs de soins non professionnels de santé étaient spécifiquement chargés d'accompagner les professionnels de santé et d'assurer la coordination administrative. Tous les PPS ont été centralisés et archivés sur une plateforme d'appui dédiée au projet PAERPA.

4 Evaluation préliminaire du programme PAERPA

L'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) a été chargé de l'évaluation d'impact de l'expérimentation PAERPA. Les premiers résultats, tenant compte des 16 spécificités territoriales ont été publiés en juin 2018.[16]

Ce rapport intermédiaire a présenté les principales étapes et méthodes de l'évaluation d'impact, et a dévoilé les premiers résultats sur les données 2015-2016.

Sur tous les indicateurs étudiés par l'IRDES, aucun effet global significatif n'a pu être mis en valeur à l'échelle nationale pour les deux premières années du PSI PAERPA. Toutefois, dans certains territoires, l'évaluation a permis de déceler des effets significatifs pour les indicateurs comme la polymédication et le recours aux urgences.

Dans ce bilan préliminaire, l'IRDES a souligné qu'une étude tenant compte des pratiques territoriales et locales, pourrait permettre de mieux comprendre les particularités des territoires qui connaissent des premiers résultats. Le manque d'effet visible de PAERPA sur les recours à l'hôpital, quel que soit le territoire considéré, sous-entend la nécessité d'examiner d'autres leviers d'action pour améliorer les pratiques hospitalières, pour faire progresser la coordination ville-hôpital.

Outre ces disparités territoriales, d'autres facteurs influençant la réalisation du PSI PAERPA ont été mis en évidence. La participation des professionnels de santé a été inégale, y compris au sein d'un même territoire.

Tous les médecins généralistes installés dans le Valenciennois-Quercitain ont été contactés par l'équipe d'accompagnement PAERPA avant et pendant la mise en œuvre du PSI PAERPA. Le recrutement des MG a été réalisé sans distinction en termes d'activité ou de type de pratique professionnelle, comme par exemple l'appétence pour les soins gériatriques. De même, parmi les MG ayant accepté de participer au PSI PAERPA, il existait des différences d'investissement dans la réalisation et le suivi des PPS.

Aucun motif de refus de participation n'a été colligé au moment du recrutement des MG au PSI PAERPA.

5 D'importantes lacunes dans l'évaluation préliminaire du programme PAERPA

L'expérimentation PAERPA visait la plus grande autonomie, le plus longtemps possible dans le cadre de vie habituel de la personne âgée de 75 ans et plus, tout en conservant les acteurs du soin dont les patients avaient l'habitude.

Le programme PAERPA a ainsi été proposé à tous patients et les soignants, dont les médecins généralistes, des territoires concernés par l'expérimentation, sans distinction préalable.

L'évaluation de ce programme a été confiée à l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), qui a réalisé un bilan d'étape du dispositif en date de 2017, soit 3 ans après le début de l'expérimentation PAERPA.

Dans son rapport final intitulé « Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa) », [16] l'IRDES a évalué les conditions de développement des dispositifs PAERPA à travers le territoire national, par le biais d'une étude qualitative, ainsi que l'évaluation de l'impact de l'expérimentation par le biais d'une méthode quantitative.

L'objectif de l'évaluation de l'IRDES était de porter un jugement global sur les résultats des projets, tout en tenant compte des spécificités territoriales.

Par contre, les motifs d'adhésion des soignants, dont les médecins généralistes, au programme PAERPA ainsi que les motifs de refus n'ont pas été expérimentés. Seuls les résultats sur le parcours de soins et les coûts de ce dispositif ont été recueillis.

Ainsi, il n'est pas question dans cette évaluation de l'IRDES des leviers pouvant être facilitateurs de participation des professionnels de santé à ce type de parcours de soins intégrés, tout comme n'y figurent pas non plus les barrières entraînant un refus de participation des professionnels n'ayant pas accepté de participer.

Ainsi, même si un parcours de soins intégrés devait être mis en place par les pouvoirs publics, et ayant la même population cible, il n'était pas possible à partir de cette évaluation de l'IRDES, de garantir un futur succès ou de se prémunir d'un éventuel échec de participation des soignants de soins premiers.

Il nous est donc apparu nécessaire de pouvoir comprendre les tenants et aboutissants de la participation des professionnels de santé à un parcours de soins intégrés, comme par exemple le programme PAERPA.

6 Objectif

Nous avons illustré dans l'introduction l'intérêt potentiel des parcours intégrés de soins, en particulier dans le cas des patients âgés. Les parcours de soins intégrés reposent en majeure partie sur la participation des professionnels de santé, parmi lesquels les médecins généralistes. Si certains facteurs, comme l'âge, le niveau social ou la profession de santé exercée peut influencer l'adhésion à un parcours de soins

intégrés,[17] les déterminants d'une participation accrue des médecins généralistes à ce type de parcours n'ont pas été étudiés. À notre connaissance, aucun des parcours de soins intégrés réalisés en France n'a cherché à évaluer les facteurs de participation ou de non-participation aux parcours de soins intégrés.

Afin de pouvoir élaborer de futurs parcours de soins intégrés permettant de fédérer le plus grand nombre possible de médecins généralistes, il conviendrait de pouvoir réaliser une évaluation de parcours et d'en relever les écueils, afin de les anticiper et tenter de les limiter autant que possible. Dans ce contexte, même s'il ne s'agit que d'un parcours de soins intégrés dans le cadre d'une expérimentation, nous nous sommes intéressés au programme PAERPA.

L'expérimentation PAERPA s'intègre parfaitement dans ce cadre, mais son évaluation préliminaire a soulevé des lacunes, notamment liées à l'implication des professionnels de santé dans cette expérimentation.

Notre objectif stratégique est de comprendre les déterminants de l'implication des médecins généralistes dans les parcours intégrés de soins destinés aux personnes âgées, en évaluant, en particulier, l'implication des médecins généralistes dans l'expérimentation PAERPA.

Ce travail de thèse est constitué de 3 travaux dans cette thématique :

- Le premier travail est une étude qualitative explorant les motifs de participation ou de refus de participation des médecins généralistes à l'expérimentation PAERPA dans le territoire du Valenciennois Quercitain
- Le deuxième travail est la constitution d'un référentiel des MG permettant d'obtenir leurs données de facturation de soins
- Le troisième travail est une étude quantitative qui compare l'activité des MG ayant participé au PSI PAERPA (appelés « MG+ ») aux MG ayant refusé de participer au PSI PAERPA (appelés « MG- ») à partir de leurs données de facturation obtenues

Partie 1 : étude qualitative

1 Principes des études qualitatives

1.1 Principes généraux

Les études qualitatives cherchent à explorer le sens et la valeur des phénomènes sociaux, de construire une hypothèse et de développer une théorie. Elles sont basées sur l'interprétation et le constructivisme, sans chercher à quantifier ou mesurer, mais à recueillir des données verbales afin de réaliser une démarche interprétative.[18]

Elle a pour but d'étudier des mécanismes d'action, des schémas de pensées et de cerner la réalité d'une situation particulière,[19] comme dans ce travail, de comprendre les raisons qui ont abouti à l'adhésion ou au refus de participation au PSI PAERPA.

1.2 Inspiration de la théorisation ancrée

La théorisation ancrée est un type de recherche issue de la « grounded theory » décrite en 1967 par Glaser et Strauss. Elle se base sur les données de terrain. Elle permet d'explorer un phénomène inconnu par une approche inductive et de générer des hypothèses.

Dans ce type d'étude, le nombre d'entretien à réaliser n'est pas déterminé a priori, mais dépend de la saturation ou la suffisance des données. Elle est atteinte quand un entretien n'apporte plus aucune donnée nouvelle pour la conceptualisation. Cette saturation ou suffisance doit être confirmée par la réalisation de deux entretiens supplémentaires, qui ne doivent apporter aucune nouvelle donnée. Le cas échéant, la saturation est réputée non atteinte et les entretiens doivent se poursuivre jusqu'à nouvelle saturation et confirmation.

1.3 Particularités méthodologiques

L'hypothèse est générée à partir des faits observés et non par des idées préconçues par les chercheurs. Les interviewés doivent pouvoir parler librement, tout en étant guidé par le chercheur grâce à des questions ouvertes ou de relance.

L'analyse est concomitante au recueil de données. Un aller-retour permanent entre la conception de l'étude, le recueil et l'analyse des données permet de construire l'hypothèse. La méthodologie peut donc être modifiée en cours d'étude.[20]

Cette étude qualitative s'inscrit dans une méthode de recherche dite mixte, associant à la fois les méthodes qualitatives et quantitatives. Dans notre travail, nous avons réalisé une étude en méthode mixte exploratoire séquentielle, avec l'étude qualitative pour la première phase et l'étude quantitative pour les phases suivantes.[21]

2 Matériel et méthodes qualitative

2.1 Organisation

Pour mener à bien cette recherche, un comité de pilotage lillois d'évaluation qualitative du PSI PAERPA a été formé. Il était composé des Docteurs Jean-Baptiste BEUSCART, Lorette AVERLANT et Matthieu CALAFIORE, ainsi que de quatre internes en DES de médecine gériatrique en cours de thèse d'exercice, investigateurs de l'évaluation qualitative du PSI PAERPA.

2.2 Population

Une liste des médecins traitants ayant accepté de participer au projet PAERPA a été élaborée par le Dispositif d'appui territorial (DAT), mentionnant le nombre de PPS réalisés par MG. Une autre liste mentionnant les médecins ayant refusé de participer au PSI PAERPA a également été fournie.

La réalisation de trois PPS ou plus rendait éligible à notre étude les MG ayant accepté de participer au PSI PAERPA. Le recrutement des participants a été réalisé postérieurement aux PPS.

Le refus de participation au PSI PAERPA notifié après présentation du dispositif par le DAT rendait éligible à notre étude les MG ayant refusé de participer. Le recrutement a été réalisé postérieurement au refus.

Les participants ont été choisis afin de déterminer un corpus raisonné en recherche de variation maximale. Les variables considérées étaient le sexe, le lieu d'exercice, et le nombre de PPS de conciliation médicamenteuse réalisés.

Entre deux MG ayant les mêmes caractéristiques, le choix d'en contacter un a été motivé par les conseils de le DAT en termes de facilité de contact humain. A contrario, le DAT n'a pas été en contact avec les médecins qui ont refusé de participer à PAERPA. De ce fait, entre deux MG ayant refusé de participer et présentant les mêmes caractéristiques, le choix de contacter un MG était lié à l'ordre alphabétique d'apparition dans la liste.

Les médecins traitants éligibles ont été contactés par téléphone par l'investigateur afin d'obtenir leur accord pour un entretien, et de fixer la date et le lieu de réalisation de celui-ci.

2.3 L'échantillonnage

La taille de l'échantillon, en recherche qualitative, ne peut être déterminée à l'avance.

Les résultats de l'analyse ont été colligés au fur et à mesure des entretiens.

L'échantillonnage a été réalisé en variation maximale, pour mettre en évidence la diversité des perceptions, des opinions et des comportements, en cherchant à interroger toutes les catégories d'âge, de sexe, de pratiques professionnelles, de lieu

d'exercice (urbain, rural) des MG ayant participé ou refusé de participer au PSI PAERPA.

Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à ce qu'un nouvel entretien n'apporte aucune donnée nouvelle, correspondant à la saturation des données.

Cette saturation a été confirmée par la réalisation de deux entretiens supplémentaires, dans chacun des groupes : les MG ayant accepté de participer (MG+) et les MG ayant refusé de participer (MG-).

2.4 L'entretien individuel semi dirigé

Le premier contact a été réalisé par un appel téléphonique, avec une présentation très brève du thème de l'enquête. Le sujet central de l'étude n'était pas précisé avant les rencontres afin de permettre un entretien spontané et sans réflexion au préalable de la part de l'interviewé.

La recherche était présentée comme une évaluation du PSI PAERPA. Il proposait ensuite une rencontre pour un entretien d'environ 20 minutes, en annonçant qu'il serait enregistré puis anonymisé.

L'entretien utilisait le guide d'entretien élaboré et reprenant la liste des thèmes à aborder avec des sous-questions de relance pour aborder les points importants si l'interviewé ne les développait pas spontanément.

L'enquêteur s'adaptait à l'interviewé au cours de l'entretien, même si celui-ci ne suivait pas l'ordre des questions préétablies dans le guide d'entretien.

2.5 Le guide d'entretien

Un guide d'entretien a été réalisé pour préparer les entretiens individuels. Un guide a été réalisé pour les médecins ayant refusé de participer au PSI PAERPA, un autre pour ceux ayant accepté de participer (Annexe 1). Ils ont été rédigés en amont de la réalisation du premier entretien par l'investigateur, en coopération avec le comité de pilotage lillois d'évaluation qualitative du PSI PAERPA.

Les guides d'entretien ont été modifiés au cours de l'étude, pour s'adapter aux informations recueillies. L'évolution des guides d'entretien entre le premier et le dernier entretien est présentée en Annexe 2.

2.6 Recueil des données

Deux enquêteurs ont interrogé des MG qui avaient participé au PSI PAERPA, et un autre enquêteur a interrogé des MG qui avaient refusé de participer. Les trois enquêteurs étaient des internes qui avaient reçu une formation standardisée de deux jours en recherche qualitative à la Faculté de médecine de Lille. Les enquêteurs ne connaissaient ou n'avaient rencontré aucune des personnes interrogées avant l'étude et se sont présentés en expliquant que l'enquête faisait partie de leur thèse d'exercice en vue de l'obtention de leur Doctorat. Les enquêteurs avaient rédigé un guide d'entretien semi-structuré pour chacun des deux groupes (MG+ et MG-).

Un formulaire de consentement de participation à l'étude était signé par le participant et par l'investigateur (Annexe 3).

Les entretiens ont été enregistrés par deux dictaphones numériques, avec accord des participants. Le mode de recueil des données a été identique pour l'ensemble des médecins interrogés.

L'investigateur orientait l'entretien en fonction des réponses du participant. L'ordre des questions posées et le choix des relances étaient adaptés pour favoriser le dialogue.

Seuls l'enquêteur et le médecin généraliste interrogé étaient présents pendant l'entretien, et chaque participant à l'étude n'a été interrogé qu'une seule fois.

Une fiche de données administratives était remplie pour connaître les caractéristiques des participants (Annexe 4).

2.7 Retranscription des données

Les entretiens ont été retranscrits manuellement et mot à mot, sans modification ni reformulation sur le logiciel de traitement de texte LibreOffice® Writer. Les pauses et les expressions non-verbales (rires, hésitations, interruptions) ont été notées entre parenthèses. Ces retranscriptions ont constitué le verbatim. Afin de garantir l'anonymat, les participants ont été identifiés par des numéros (de MG1 à MG24).

L'investigateur proposait systématiquement au participant de lui adresser par e-mail la retranscription de son entretien et le travail final de l'étude. Il s'enquerrait de remarques éventuelles.

2.8 Analyse et codage

Chaque entretien a été retranscrit manuellement dans son intégralité, et anonymisé.

La retranscription des verbatim et le codage ouvert ont été réalisés par l'investigateur systématiquement après chaque entretien, et avant la réalisation de tout nouvel entretien.

L'analyse des données a été réalisée selon l'approche de la "théorisation ancrée", par le biais de la comparaison constante,[22] au fur et à mesure de la récolte des données en utilisant le logiciel QSR NVIVO®11.[23,24]

Un codage a été déterminé selon l'analyse des données décontextualisées.

Le codage était de trois types : le codage ouvert, le codage axial et le codage sélectif.[25]

- Le codage ouvert correspond à une lecture approfondie du verbatim pour relever chaque élément pertinent. Les éléments pertinents sont nommés par un code.
- Le codage axial est un travail de catégorisation. L'analyse du code ouvert permet de regrouper plusieurs éléments du même thème en sous-catégories puis en catégories par arborisation.

- Le codage sélectif est une démarche réflexive de modification et de ré-organisation des catégories qui permet une conceptualisation. La théorisation découle du codage sélectif.

Les nœuds ont été regroupés en thèmes et sous-thèmes selon une analyse thématique. Puis, une conceptualisation par mise en relation des thèmes et sous-thèmes a été construite.

Une triangulation du codage ouvert en double aveugle a été réalisée avec l'un des autres chercheurs de l'unité de recherche.

Le codage a permis l'émergence de catégories conduisant à l'élaboration d'une théorie avec le comité de pilotage d'évaluation qualitative du PSI PAERPA qui s'est réuni tous les mois. Au cours de ces réunions, les résultats préliminaires de l'étude ont été présentés. Une réflexion collective a été réalisée autour de ces résultats permettant de consolider la démarche réflexive nécessaire à l'analyse par théorisation ancrée, de faire évoluer les guides d'entretien et de structurer l'orientation globale de cette étude. Les désaccords éventuels ont été résolus par consensus avec le comité de pilotage. Le comité de pilotage et les enquêteurs ont analysé et validé ensemble les résultats, afin de décrire les similitudes et les différences entre les différents médecins généralistes pour chaque thème identifié.

Les résultats des enquêtes qualitatives [11] ont été rapportées conformément aux Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ).[12] Vingt-neuf des 32 items de la liste de contrôle COREQ ont été complétés (Annexe 5).

3 Résultats

L'étude qualitative a été réalisée sur 12 mois, entre mars 2017 et mars 2018, par entretiens individuels semi-dirigés.

Dans le groupe MG+, 16 des 139 médecins généralistes ont été contactés. Dix entretiens ont été nécessaires pour obtenir la saturation des données. Cette saturation a été confirmée par deux entretiens supplémentaires qui n'ont pas permis de recueillir de nouvelle information. Douze entretiens ont donc été réalisés au total pour le groupe MG+, numérotés de 1 à 12.

Dans le groupe MG-, 39 des 141 médecins généralistes ont été contactés. Dans ce groupe, dix entretiens ont également été nécessaires pour obtenir la saturation des données. Cette saturation a été confirmée par deux entretiens supplémentaires qui n'ont pas permis de collecter de donnée supplémentaire. Douze entretiens ont donc été réalisés au total pour le groupe MG-, numérotés de 13 à 24.

Les caractéristiques des médecins généralistes interrogés et la durée des entretiens sont résumées dans l'Annexe 8.

L'analyse des entretiens des groupes MG+ et MG- a permis de dégager quatre grands thèmes communs.

Pour chaque thème, les groupes des MG+ et des MG- diffèrent diamétralement dans leurs perceptions des soins intégrés et les soins aux personnes âgées (Tableau 1).

Les sous-nœuds de l'arbre de codage sont présentés dans les Annexe 9 et Annexe 10.

Tableau 1. Résultats de l'analyse qualitative des raisons de la participation ou du refus de participation des médecins généralistes au PSI PAERPA.

MG ayant participé au PSI PAERPA (Groupe MG+)	MG ayant refusé de participer au PSI PAERPA (Groupe MG-)
Conscient des enjeux de la médecine gériatrique et de la valeur du travail en collaboration	Manque de sensibilisation aux questions gériatriques et réticence à travailler en collaboration.
La participation à un parcours de soins intégrés permet de gagner du temps	La participation à un parcours de soins intégrés serait une perte de temps
Intérêt pour la délégation de tâches	La délégation de tâches est considérée comme une intrusion dans la relation médecin-patient
La coordination présente des avantages	La présence d'un coordinateur est considérée comme une forme de contrôle sur les activités des médecins

La théorie élaborée par le comité de pilotage était basée sur le rôle central de la sensibilisation aux questions gériatriques, à partir duquel les perceptions des MG+ et des MG- pouvaient être déduites. Le schéma est présenté à la Figure 5

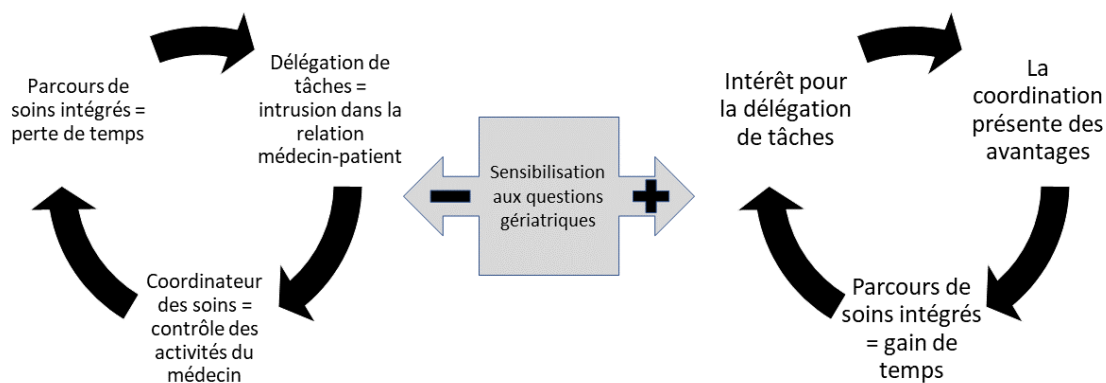


Figure 5. Schéma de la théorie ancrée

Les membres du groupe MG+ étaient conscients des problèmes complexes de la médecine gériatrique et considéraient que le travail en réseau était un bon moyen de faire face à cette complexité. En revanche, les membres du groupe MG- ne s'intéressaient pas à la médecine gériatrique et ne croyaient pas en la valeur du travail en réseau :

(MG8) "(...) il y a des gens qui vont avoir (...) des compétences que je n'ai pas (...) je considère qu'ils vont apporter quelque chose dans un domaine où je ne suis pas compétent"

(MG7) "Ça nous a aussi permis d'avoir une vue d'ensemble. D'un point de vue social et administratif (...), cela m'a beaucoup intéressé."

(MG19) "La gériatrie ne m'intéresse pas beaucoup", "J'en ai eu jusqu'à la nausée".

(MG24) "Tous ces réseaux, c'est n'importe quoi. Et de toute façon, ils ne sont jamais là quand on en a besoin".

Les membres du groupe MG+ considéraient que leur participation à un parcours de soins intégrés leur faisait gagner du temps grâce à la présence du coordinateur de soins.

Le coordinateur de soins s'occupait des tâches d'organisation et de coordination, de communication auprès des différents participants du PSI PAERPA et de soutien administratif.

Les membres du groupe MG- considéraient que leur participation au PSI PAERPA augmenterait leur charge de travail de façon inacceptable.

(MG6) " Je ne pense pas que ce soit faisable sans un coordinateur local parce qu'il coordonne les soins et lie tout cela ensemble (...) Parce que nous ne pouvons pas réellement passer 2 heures à coordonner avec l'infirmière et passer 2 heures là-dessus ; c'était impossible, cela ne rentre pas dans l'emploi du temps d'un GP à l'heure actuelle "

(MG4) "Elle [la coordinatrice des soins] m'a facilité le travail, en fait - heureusement, parce que ça demande beaucoup d'énergie autrement".

(MG15) "C'est un système qui me semblait très chronophage. C'est ce qui me faisait peur"

(MG23) "Je crois que le travail supplémentaire aurait été impossible à faire, étant donné ma charge de travail".

Les médecins généralistes du groupe MG+ ont apprécié la délégation de tâches en général et particulièrement en ce qui concerne les tâches assumées par le coordinateur de soins.

A contrario, les membres du groupe GP- ont perçu a priori cette délégation de tâches comme une forme d'intrusion directe dans la relation médecin-patient.

(MG12) "Elle (la coordinatrice des soins) fait tout. Je dois le dire, elle me met au courant de tout. On reprend point par point, on regarde ensemble ce qui était visé. Mais tout est rempli, je n'ai pas à faire de paperasse supplémentaire, je n'ai pas de charge de travail administratif supplémentaire. "

(MG9) "Ce que j'ai aimé, c'est que le projet PAERPA a formalisé un réseau qui existait déjà".

(MG16) "Donc je n'ai pas attendu le projet PAERPA pour m'occuper de mes patients"

(MG21) "Et, au final,... les personnes [patients] qui nous ont choisis comme médecin généraliste ont l'impression d'avoir un rapport avec nous - il y a une intimité, la confidentialité de la relation médecin-patient - et que cet univers d'intimité est ouvert à tous".

Le groupe MG+ a apprécié les avantages de la coordination en général et le rôle du coordinateur de soins en particulier.

De leur côté, le groupe MG- a considéré la coordination comme une forme de contrôle des activités par les pouvoirs publics ou une dévalorisation de leurs compétences :

(MG8) "Je pars du principe que plus on est à regarder les gens, plus on voit de choses. Plus il y a de personnes, mieux ça se passe"

(MG12) "C'est un avantage parce que c'est beaucoup plus pratique, ça centralise plus de choses, et surtout c'est très facile de contacter [le coordinateur]".

(MG13) "Nous sommes en train de tomber dans un système, sous couvert de prévention. Il ne faut pas se leurrer, on essaie de nous contrôler (...) Je pense qu'il y a des organisations qui essaient de nous entourer, de nous enfermer.

(MG21) "On ne nous étouffe pas, enfin, un peu... C'est culpabilisant : pourquoi il n'a pas fait ça, pourquoi il ne les a pas appelés ? Et, euh, non, on s'en sort bien..."

Partie 2 : constitution d'un référentiel des médecins généralistes

L'objectif de cette partie du travail de recherche était de constituer un référentiel de tous les médecins généralistes installés en pratique libérale sur le territoire de Valenciennois-Quercitain, comprenant à la fois des données d'identification et de localisation, associées à leurs données d'activité de soin et de prescription issues des bases de l'Assurance Maladie.

1 Matériel et méthodes

1.1 Population

Les données d'activité de médecine générale étaient issues du Relevé individuel d'activité et de prescription (RIAP) des médecins du territoire. En France, le RIAP est élaboré par les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et adressé aux médecins, sage-femmes et chirurgiens-dentistes. Un exemple de RIAP est consultable en Annexe 6.

L'ARS Hauts-de-France avait accès aux données desquels sont issus les RIAP des médecins du Valenciennois-Quercitain, concernés par le projet PAERPA.

Le RIAP regroupe les éléments relatifs à l'activité et aux prescriptions des PSL ayant donné lieu à une facturation et un remboursement par l'Assurance Maladie. Il est découpé en quatre rubriques : activité, prescriptions, patients et remboursements.

La partie activité rassemble les informations liées à l'ensemble des actes réalisés par le professionnel de santé : consultations, visites à domicile, actes de chirurgie, majorations pour urgences, régulation et permanence de soins, ...

La partie prescription regroupe les informations concernant les soins infirmiers, de kinésithérapie, de biologie, ainsi que les montants des remboursements des médicaments et dispositifs délivrés en pharmacie ainsi que le montant des frais de transport.

La partie patients décrit les caractéristiques de patientèle du professionnel de santé : pourcentage de patients bénéficiant de la CMU ainsi que la proportion de patients par catégories d'âge (moins de 16 ans, 16 à 59 ans, 60 à 69 ans, 70 ans et plus).

Enfin, la partie remboursements indique le montant remboursable des actes et le montant effectivement remboursé.

Les données du RIAP des médecins généralistes du Valenciennois-Quercitain, pour la période comprise entre le 1er janvier et le 31 décembre 2018, ont été fournies par l'ARS Hauts-de-France.

1.2 Extraction des données

Ces données étant couvertes par l'accord CNIL, l'ARS nous a fourni l'ensemble des variables des RIAP des médecins du territoire. Chaque variable d'intérêt a fait l'objet d'une extraction par l'ARS et d'un export sous forme de fichier CSV (Comma-separated values).

Ainsi, nous avons obtenu les exports relatifs aux données suivantes, chacun dans un fichier différent :

- Activité de consultation et de visite : Nombre d'actes réalisés et nombre de patients uniques concernés par ces actes
- Activité de prescription de soins infirmiers : Nombre de soins infirmiers prescrits, Montant remboursable des actes, montant remboursé des actes
- Activité de prescription de soins de kinésithérapie : Nombre d'actes de kinésithérapie prescrits, Montant remboursable des actes, montant remboursé des actes
- Profil de patientèle : Nombre de patients de 70 ans et plus, nombre de patients déclarés médecin traitant, nombre de patient total, pourcentage de 70 ans et plus, pourcentage de patients déclarés médecin traitant
- Nombre de PPS réalisé

Chacun des fichiers CSV comportait le numéro ADELI du médecin ayant entraîné le remboursement des soins réalisés.

Le numéro ADELI est un identifiant national et opposable, distribué par l'ARS lors de l'enregistrement du professionnel de santé auprès de ses services.[26] Ce numéro dépend du département d'exercice du professionnel de santé et de sa profession. Il comporte 9 caractères, dont les deux premiers désignent le département d'exercice, le suivant la profession et le dernier caractère est une clé de vérification dite « de Luhn¹ ».

Le DAT possédait la liste des médecins contactés et ayant accepté de participer au dispositif PAERPA et celle des médecins contactés et ayant refusé de participer.

Ces listes comprenaient les noms et prénoms des médecins, leur commune d'exercice, leur région géographique de rattachement (Amandinois, Valenciennois, Quercitain, Denaisis). Toutefois, ils ne comportaient ni le numéro ADELI, ni le numéro RPPS des professionnels de santé concernés, cette variable n'ayant pas initialement d'intérêt pour le DAT.

1.3 Constitution du répertoire des numéros ADELI

Il n'existait pas de base de données permettant de retrouver facilement les numéros ADELI des praticiens.

¹ L'algorithme de Luhn permet notamment de générer un caractère permettant de contrôler la validité d'un numéro de série, tel le numéro ADELI. Ce caractère peut être accolé à ce numéro de série, et constitue alors la « clé ».

Un répertoire RPPS est disponible auprès de l'Agence du numérique en santé.[26]

Il a donc été possible de retrouver manuellement le RPPS de chacun des professionnels de santé figurant dans la base de données du DAT.

Toutefois, les bases de données reçues par l'ARS identifiaient le professionnel de santé par son numéro ADELI à 8 chiffres (sans la clé de Luhn), et non son numéro RPPS. Il n'existait pas de base, à l'époque de l'étude, permettant la mise en concordance des numéros ADELI et RPPS de façon automatisée.

Chacun des numéros ADELI a dû être recherché auprès du groupement d'intérêt public – Carte de professionnel de santé (GIP-CPS). Le GIP-CPS possède, pour certains professionnels, le numéro appelé « OldIDNat », qui est le numéro ADELI précédé d'un 0 et sans la clé de Luhn.

Toutefois, certains numéros ADELI n'étaient pas en possession du GIP-CPS, l'agence du numérique en santé ayant acté le décommissionnement du répertoire ADELI.

Les professionnels dont le numéro ADELI n'avait pu être récupéré ont été contactés par téléphone, directement ou via leur secrétariat, afin de recueillir leur numéro ADELI.

La base ainsi constituée a été sauvegardée sur un disque USB sécurisé et crypté avec l'algorithme AES 256 bits.

1.4 Constitution de la base de données

Deux bases de données ont ensuite été réalisées sous R, regroupant les différents exports réalisés par l'ARS, avec comme variable de regroupement les 8 premiers chiffres du numéro ADELI (la clé de Luhn étant exclue des bases fournies par l'ARS).

La première base regroupait les médecins ayant accepté de participer au projet PAERPA, et la deuxième, les médecins ayant refusé de participer.

La séparation entre les deux types de médecins étant réalisée à partir de la base du DAT.

2 Résultats

Il y avait pour la période du projet PAERPA 350 médecins en activité sur le territoire du Valenciennois Quercitain.

En lien avec la base de données du DAT, nous avons constitué un référentiel des médecins ayant refusé de participer au PSI PAERPA, regroupant les données de 141 médecins généralistes du territoire.

Les médecins ayant accepté de participer au PSI PAERPA constituaient un référentiel de 209 médecins généralistes sur le territoire du Valenciennois Quercitain.

Les deux référentiels comportaient le même nombre de variables, au nombre total de 15

Il n'existait pas de donnée manquante.

Partie 3 : étude quantitative

1 Matériel et méthodes

1.1 Population

Les médecins généralistes ayant participé au programme PAERPA ou ayant refusé de participer étaient éligibles pour l'étude qualitative. L'équipe d'accompagnement PAERPA nous a fourni les deux listes de médecins généralistes et le nombre de PPS PAERPA réalisées par chaque médecin généraliste participant de 2015 à 2018 (soit 4 ans).

En fonction de ces données, les médecins généralistes ont été classés en trois catégories : ceux ayant réalisé 3 PPS PAERPA ou plus sur la période de 4 ans (le groupe "MG+"), ceux ayant refusé de participer à PAERPA (le groupe "MG-") et ceux ayant participé à PAERPA mais ayant réalisé moins de 3 PPS.

La limite de 3 PPS a été fixée par le comité de pilotage, afin d'inclure dans l'étude les médecins ayant accepté et s'étant investis dans le PSI PAERPA. Les médecins ayant accepté de participer mais n'ayant pas réalisé suffisamment de PPS ont été considérés comme peu représentatifs de l'investissement et de l'adhésion du professionnel au santé au PSI PAERPA. Ce dernier groupe a donc été mis de côté pour l'analyse quantitative.

1.2 Extraction des données

Les données d'activité de médecine générale étaient issues de la base de données décrite à la partie 1.

L'ARS Hauts-de-France a également fourni le nombre de patients ayant déclaré les médecins comme leur médecin traitant et le nombre de patients bénéficiant d'une prise en charge au titre de l'ALD par médecin.

1.3 Analyse des données

Nous avons d'abord effectué une analyse descriptive univariée. Les variables quantitatives ont été décrites sous la forme de la moyenne (+/- écart-type (SD)) si elles étaient distribuées normalement ou de la médiane [intervalle interquartile (IQR)] dans le cas contraire.

La normalité de la distribution a été évaluée graphiquement.

Les variables qualitatives ont été décrites sous forme de fréquence (pourcentage).

Nous avons ensuite comparé les valeurs moyennes des variables quantitatives pour les groupes de médecins généralistes MG+ et MG-, en utilisant le test t de Student avec la correction de Welch, ce test étant par ailleurs valide.

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel R (version 3.5.3) et R Studio (version 1.1.463).[27]

Tous les tests étaient bilatéraux, et le seuil de signification statistique a été fixé à 5%.

1.4 Ethique

L'utilisation des données de santé pour l'évaluation quantitative du projet PAERPA a été autorisée par le gouvernement français.[28] Conformément aux termes de cette autorisation, les données ont été extraites de la base de données du système national d'assurance maladie français par l'ARS des Hauts-de-France après que cette dernière avait enregistré la base de données de l'étude PAERPA auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Les médecins généralistes ont donné leur consentement écrit et éclairé pour participer à l'étude.

Les enregistrements audios ont été détruits après transcription.

Notre d'étude n'étant pas soumise à la législation française sur les essais cliniques,[29] ni l'enregistrement auprès de la CNIL, ni l'approbation par un comité d'éthique indépendant n'étaient nécessaires.[30]

2 Résultats

2.1 Population. Médecins généralistes ayant accepté ou refusé de participer à PAERPA

Début 2019, le territoire du Valenciennois-Quercitain comptait environ 31 520 habitants âgés de 75 ans ou plus, 350 médecins généralistes, 148 pharmacies d'officine, 390 infirmières ambulatoires, cinq réseaux de soins sociaux (centres locaux d'information et de coordination) et plusieurs services d'aide à domicile pour les personnes âgées.

Parmi les 350 médecins généralistes installés dans le Valenciennois-Quercitain, 139 avaient réalisé 3 PPS ou plus et ont ainsi été affectés au groupe **MG+** pour cette étude. D'autre part, 141 médecins généralistes avaient refusé de participer au projet PAERPA et ont été répartis dans le groupe **MG-**. Enfin, 70 médecins généralistes avaient réalisé moins de 3 PPS et n'ont donc pas été analysés plus avant (Figure 6).

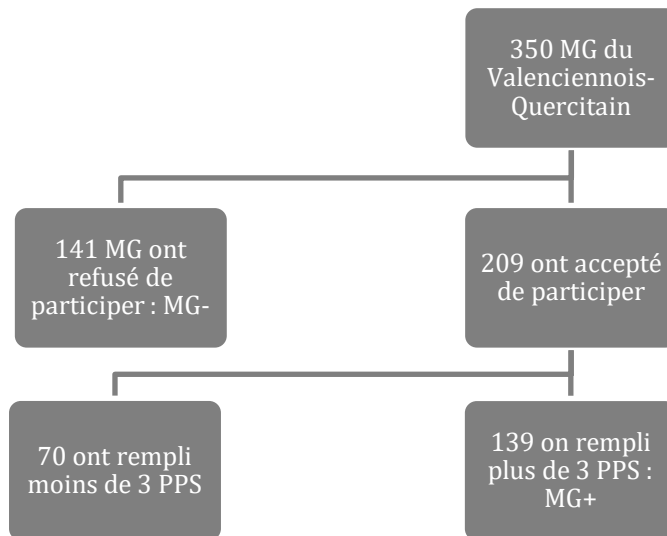


Figure 6. Flowchart de l'étude quantitative

2.2 Comparaison des groupes MG+ et MG-

Les caractéristiques des groupes MG+ et MG- sont résumées et comparées dans le tableau 2.

Bien que les deux groupes aient un nombre similaire de patients enregistrés, la proportion d'adultes âgés de 70 ans ou plus était significativement plus élevée dans le groupe MG+.

Le rapport entre le nombre de consultations et le nombre de patients déclarés par le médecin traitant était plus élevé dans le groupe MG+.

En outre, le nombre de consultations par an et le nombre de visites à domicile par an étaient plus élevés dans le groupe MG+.

Enfin, le nombre de soins de kinésithérapie par patient enregistré, le nombre de prescriptions de médicaments et de tests de laboratoire ainsi que le nombre de patients enregistrés bénéficiant d'une prise en charge au titre d'une ALD, étaient significativement plus élevés pour les patients du groupe MG+.

Tableau 2. Caractéristiques des patients et activités de prescription et de consultation dans les groupes MG+ et MG-. Les données sont indiquées en tant que moyenne (SD) ou médiane [IQR].

Caractéristique	MG+ (n=139)	MG- (n=141)	p
Nombre de patients déclarés Médecin traitant	798,2 (377,3)	716,2 (399,0)	ns
Patients âgés de plus de 70 ans	157 (95)	145 (79)	<0,05
Nombre de consultations par an	6122,5 (3877,2)	5101,0 (3802,1)	<0,05
Nombre de consultations par patient déclaré	3,29 (1,92)	2,95 (1,64)	ns
Nombre de visites à domicile	847 [437; 1206]	592 [338; 1023]	<0,01
Nombre de visites à domicile par patient déclaré	3,77 (2,54)	3,47 (2,36)	ns
Montant remboursable des soins infirmiers prescrits	90 341 (51 338)	61 287 (47 772)	<0,001
Nombre d'actes infirmiers prescrits par médecin généraliste	17 784 (10 354)	12 530 (9 671)	<0,001
Nombre d'actes infirmiers prescrits par patient déclaré	5,19 (0,83)	4,98 (0,83)	ns
Montant remboursable de la physiothérapie prescrite	80 435 (42 194)	72 939 (50 462)	ns
Nombre d'actes de kinésithérapie prescrits par patient enregistré	17,6 (0,5)	17,8 (0,5)	<0,05
Montant remboursable de l'analyse de laboratoire prescrite	50 624 [39 980; 68 443]	40 526 [26 055; 58172]	<0,01
Nombre de procédures de laboratoire par patient prescrit déclaré	20,0 (5,0)	20,7 (5,9)	ns
Rapport entre le nombre de consultations et le nombre de patients déclarés	6,60 [5,64; 7,56]	6,17 [5,26; 6,77]	<0,05
Nombre de patients bénéficiant d'une ALD	279,7 (129,1)	211,9 (111,7)	<0,001

Discussion générale

1 Résumé

Nous avons analysé les opinions et les activités des médecins généralistes participant à un programme de soins intégrés pour les adultes âgés et fragiles, par rapport à ceux qui ont refusé de participer. Notre analyse qualitative a montré que les membres des groupes MG+ et MG- avaient des représentations opposées des soins intégrés et des niveaux d'intérêt nettement différents pour les patients âgés et fragiles.

L'analyse quantitative a montré que le niveau d'activité de consultation et de prescription auprès des patients âgés était plus élevé dans le groupe MG+ que dans le groupe MG-.

Ces résultats suggèrent tout d'abord que la mise en œuvre d'un parcours de soins intégrés à destination des patients âgés et fragiles, devrait initialement cibler les médecins généralistes intéressés par les soins intégrés et la médecine gériatrique, même si les professionnels de la santé ont déjà l'expérience d'un réseau ou d'un parcours de soins particulier. La participation à des PSI a des effets bénéfiques dans les changements de pratique professionnelle, en orientant la pratique professionnelle dans la direction souhaitée.[31]

Par ailleurs, ces résultats indiquent que ces médecins généralistes peuvent être identifiés en analysant les données de facturation concernant leur activité de consultation et de prescription. Le nombre plus élevé de actes de kinésithérapie, de prescriptions de médicaments, d'examens de biologie en laboratoire par patient ayant déclaré le médecin traitant et le nombre plus élevé de patients souffrant de maladies chroniques pour les MG+, laisse suggérer que ces patients avaient plus de comorbidités.[32–34]

2 Points forts et limites

Notre étude présentait un certain nombre de points forts.

Premièrement, nous avons interrogé les médecins généralistes qui ont participé au PSI PAERPA mais également les médecins généralistes qui ont refusé d'y participer.

Deuxièmement, notre étude répondait à 29 des 32 items de la grille COREQ.

Troisièmement, les études qualitatives ont été validées et coordonnées par un comité de pilotage.

Quatrièmement, les enquêteurs ont reçu une formation spécifique aux entretiens.

Cinquièmement, tout le codage a été revérifié et triangulé par les chercheurs de l'unité. Enfin, notre étude qualitative est (à notre connaissance) la première dans ce domaine à avoir examiné un corpus substantiel de données en soins primaires sur l'activité de

consultation et de prescription des généralistes, ce qui a permis de mettre en évidence des différences entre les groupes MG+ et MG- et d'identifier ainsi des marqueurs dans leur activité de soins, de leur intérêt pour la médecine gériatrique et les soins intégrés.

Notre étude présentait également certaines limites.

Tout d'abord, les données étaient limitées aux médecins généralistes de la région Valenciennois-Quercitain. Or, par rapport à l'ensemble de la France, cette zone présente une forte proportion de cabinets ne regroupant qu'un seul généraliste, contrairement aux maisons de santé pluriprofessionnelles. Nos résultats doivent donc être extrapolés à d'autres régions géographiques ou systèmes de soins avec prudence, en tenant compte de la proportion d'exercice en cabinet médical isolé.

Deuxièmement, l'activité de consultation et de prescription des médecins généralistes pourrait être influencée par un type particulier d'exercice professionnel, appelé par le Conseil de l'Ordre des médecins : médecine à exercice particulier (MEP). Dans ces types d'exercice professionnel peuvent figurer l'homéopathie, l'acupuncture, l'ostéopathie... L'exercice d'une MEP peut impacter la patientèle, sa moyenne d'âge ainsi que la répartition en catégories d'âge de celle-ci. L'exercice d'une MEP pourrait alors induire un biais orientant d'emblée la pratique professionnelle vers des soins non coordonnés ou envers une catégorie spécifique de la population.

Troisièmement, nous avons exclu les généralistes qui avaient accepté de participer au PSI PAERPA mais qui ne l'ont pas fait de manière très active (c'est-à-dire avec moins de 3 PPS). Nous n'avons donc pas effectué une analyse "en intention de traiter" (par référence aux modèles d'essais cliniques) et nous ne pouvons pas tirer de conclusions fermes sur les déterminants de la participation à un projet de soins intégrés. Cependant, la conception de l'étude a permis de comparer plus facilement les médecins généralistes participant au programme avec ceux qui ont refusé d'y participer.

3 Comparaison avec la littérature

Plusieurs études qualitatives se sont penchées sur les obstacles et les leviers de la mise en œuvre des soins intégrés chez les professionnels de la santé.

La mise en œuvre de soins intégrés nécessite un changement majeur dans le paradigme de soins et du rôle à jouer par les professionnels de santé. Ce rôle a été vécu comme un processus d'apprentissage, qui offrait des possibilités de croissance personnelle et professionnelle. La formation aux soins intégrés et le soutien, continus tout au long du processus, sont une condition préalable à leur mise en place. Cette formation permet de sensibiliser, si nécessaire, le professionnel de santé aux soins intégrés et améliorer la réalisation de soins intégrés et centrés sur la patiente.[35]

Ling et al. ont mené 213 entretiens semi-structurés avec des médecins généralistes participant à un programme de soins intégrés en Grande-Bretagne.[36] Ils ont rapporté que les principaux leviers d'un programme de soins intégrés fonctionnel et durable étaient les bonnes relations personnelles entre les responsables des différentes

organisations, l'ampleur de l'activité prévue, la disponibilité des ressources, le soutien au personnel dans ses nouveaux rôles et la stabilité de l'organisation et du personnel impliqué.

Ces résultats ont été confirmés par une récente revue de la littérature, incluant 11 revues systématiques dont 6 revues Cochrane, et qui souligne l'importance du travail en équipe multidisciplinaire dans la prise en charge globale du patient.[37] La culture professionnelle des médecins généralistes devrait évoluer en tenant compte de l'approche collaborative [11] comme dans les centres de santé pluriprofessionnels qui se développent dans les soins primaires français.

Les équipes pluriprofessionnelles de soins primaires impliquent d'avoir une vision d'équipe et de partager des objectifs.[38] *Valentijn. et al.* ont montré qu'une meilleure compréhension des relations entre professionnels des soins peut être évaluée grâce à un cadre conceptuel complet.[39] La présence d'un coordinateur de soins dans le parcours de soins coordonnés est particulièrement appréciée par les professionnels de santé.[40]

Notre étude a donc apporté un nouvel éclairage sur ce sujet en comparant les médecins généralistes qui ont participé aux soins intégrés à ceux qui ont refusé d'y participer. Le caractère contrasté des réponses dans les groupes MG+ et MG- a mis en évidence les représentations profondément différentes qu'ont les médecins généralistes des soins intégrés et des patients âgés et fragiles. La population des médecins généralistes apparaît donc très hétérogène ; il convient d'aborder les médecins généralistes de différentes manières, en fonction de leur profil, si l'on veut pouvoir emporter l'adhésion et la participation effective des professionnels aux PSI.

4 Implications pour la recherche et la pratique professionnelle

Les résultats de notre étude quantitative suggèrent que l'activité de consultation et de prescription d'un médecin généraliste est un marqueur de sa sensibilisation à certains thèmes médicaux. En effet, nous avons observé des différences significatives entre les groupes MG+ et MG- en ce qui concerne le nombre de consultations de patients âgés ainsi que le nombre de marqueurs indirects de morbidité (par exemple, la quantité de soins infirmiers prescrits). Ces marqueurs pourraient refléter le niveau d'intérêt du généraliste pour les patients âgés et fragiles.

Il serait également possible d'analyser les activités en amont pour d'autres groupes de patients, par exemple les patients souffrant de diabète, les patients pédiatriques, les patients souffrant de troubles psychiatriques, les soins obstétricaux, etc.

De nombreuses études ont montré que la mise en œuvre réussie des soins intégrés nécessite l'anticipation des obstacles aux niveaux macro, méso et micro.[8]

Au niveau micro, l'engagement des médecins généralistes est essentiel. Nos résultats ont montré qu'une grande partie des médecins généralistes pourraient ne pas être accessibles, du moins au début du projet de soins intégrés. Une stratégie plus fiable

pour inclure les médecins généralistes au début (peut-être en utilisant des indicateurs indirects comme l'activité de prescription et la participation à des réseaux, par exemple) pourrait être associée à des taux d'acceptation et de participation plus élevés. L'encouragement par les pairs semble être un levier efficace pour diffuser la mise en œuvre des soins intégrés.[41]

Ces résultats et le désir de changement de culture et de normes suggèrent que la formation des professionnels de santé doit aussi pouvoir innover concernant l'apprentissage des soins intégrés au cours des cursus de formation initiale et de formation continue en France.[42,43] Ces enseignements pourraient s'inspirer des cours interprofessionnels qui se sont avérés efficaces pour les pharmaciens [44] et d'autres professions. Ces cours interprofessionnels ayant pour thème les soins intégrés pourraient vraisemblablement être inclus dès le départ dans la formation des étudiants aux professions médicales et paramédicales, qu'ils exercent à terme en soins primaires ou non.

5 Considérations sur le parcours de soins en Médecine Générale

Le parcours de soins a été institué en France par la loi du 13 août 2004.[45] Son objectif était de faire bénéficier chaque usager d'un suivi médical coordonné, créant par là même la fonction de médecin traitant désigné. Ce médecin traitant doit être consulté avant toute consultation d'un autre professionnel de santé appelé correspondant, que ce soit pour des soins complémentaires ou des examens paracliniques.

Le médecin désigné traitant par le patient est dans la quasi-totalité des cas un médecin généraliste.[46,47] La médecine générale et ses fonctions ont été définies par la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, souvent abrégé en World Organization of Family Doctors) en 2002.[48]

Les médecins généralistes peuvent guider orienter les patients dans le choix de leurs soins, de leur prise en charge, de leur prévention, mais également en ce qui concerne des actes de santé altruiste.[49]

Dans un contexte démographique difficile pour l'accès à un médecin en France[50], les patients cherchent à avoir accès à un médecin traitant pour pouvoir le désigner comme tel, mais certains n'y parviennent pas. Le parcours de soins et la fonction du médecin traitant est alors mise à mal, entraînant également des commentaires sur les médecins sur des sites d'avis comme Google® par exemple, avec des commentaires majoritairement éloignés de la réalité de la pratique du généraliste.[51]

Ce parcours de soins et le médecin traitant désigné sont pourtant un partenaire incontournable des PSI.[11] Le but affiché des réformes de santé actuelles est donc de libérer du temps médical, afin que les médecins, notamment généralistes, puissent accepter de suivre davantage de patients. Des stratégies annexes sont mises en place

pour tenter de faciliter cette optimisation, dont l'accès à l'intelligence artificielle. Toutefois, les attentes des médecins généralistes en la matière sont multiples, notamment pour leur éviter les tâches administratives voire les demandes abusives de certificats. [52] D'autres stratégies permettent de limiter le recours à des professionnels de santé des autres spécialités, permettant au médecin généraliste traitant de limiter les besoins de soin, et donc les besoins de coordination. Mais pour ce faire, les médecins traitants désignés doivent pouvoir faire confiance à tous les outils mis à leur disposition, notamment quand ces outils explorent des domaines de la santé qui dépassent leurs compétences reconnues. [53]

Les contours du métier de médecin généraliste traitant et les fonctions qu'il peut être amené à réaliser sont donc à redéfinir, notamment à la lumière des soins coordonnés et des maisons de santé pluriprofessionnelles. Les sociétés savantes de médecine générale française et leurs représentants proposent des pistes d'évolution depuis de nombreuses années, mais peu d'entre elles ont été suivies par les pouvoirs publics à l'heure actuelle.[54]

Cette redéfinition devra pouvoir se baser sur des données de soins premiers et est donc étroitement liée à la constitution d'entrepôts de données de santé exploitables,[55] pour permettre un retour sur les pratiques des médecins généralistes traitants,[56] mais également pour leur permettre d'apporter le meilleur soin possible, grâce à des outils d'évaluation des prescriptions réalisées. Ces outils nécessitent en amont un travail de réflexion et de consensus concernant les prescription appropriées et inappropriées dans les parcours de soins des patients.[57] De la même manière, une définition des caractéristiques des maladies chroniques et de leur prise en charge est nécessaire.[58] De nombreux outils pratiques restent encore à créer à partir de toutes les informations, codées ou non, disponibles dans les dossiers médicaux informatisés.[59] Ces outils permettront également de renforcer la recherche en soins premiers, incontournable pour l'optimisation et l'efficacité des parcours de soins par les médecins généralistes traitants. Plusieurs projets sont en cours de réalisation en France.[60,61]

Certaines pathologies chroniques relèvent presque exclusivement des soins premiers, tant la proportion des patients amenés à ne consulter que leur médecin généraliste traitant est importante. Dans le cas du diabète, près de 87% des patients atteints de cette pathologie chronique sont exclusivement suivis par des professionnels de soins premiers sans recours à un endocrinologue.[62] Il est donc logique de pouvoir trouver un parcours de soins adapté au diabète auprès des médecins généralistes.[63] D'autres pathologies relèvent également préférentiellement des acteurs de soins premiers dont les médecins généralistes traitants et pour lesquelles les patients doivent pouvoir bénéficier d'un parcours de soins adapté.[64,65]

Enfin, ces parcours de soins devront pouvoir être conçus et mis en place par les acteurs des soins premiers eux-mêmes. La pandémie de COVID-19 a été l'illustration de l'importance des soins premiers et donc des médecins généralistes, dans les parcours de soins et la prise en charge des patients afin d'éviter de surcharger le secteur hospitalier dont la tension a été aggravée par cette situation exceptionnelle. Ils ont pu être des leviers importants pour transmettre des messages de

prévention,[66] de réflexion sur la vaccination et ses particularités en temps de pandémie[67] ou de parcours de soins pour les patients atteints de forme prolongée de l'infection.[68]

Conclusion

Nos résultats sur l'évaluation de l'expérimentation du PSI PAERPA ont mis en évidence des différences majeures entre les médecins généralistes quant à leur niveau d'intérêt pour les soins intégrés destinés aux adultes âgés et fragiles. Certains généralistes étaient naturellement intéressés par le parcours de soins intégrés PAERPA, alors que d'autres y étaient fortement opposés. Ces différences ont été indirectement reflétées par les données sur la consultation et la prescription.

Nos résultats suggèrent, en extrapolant aux PSI devant inclure des professionnels de santé des soins premiers, que l'engagement et la participation à un parcours de soins intégrés pourraient être accrus en personnalisant la stratégie de recrutement en fonction du profil du médecin généraliste. Pour élaborer ce profil, les données de prescription et de facturation seraient un moyen relativement fiable, permettant de constituer un panel de professionnels à contacter en priorité pour améliorer l'adhésion au PSI, tout en permettant à d'autres professionnels, non contactés de prime abord, de participer dans un second temps, notamment grâce au recrutement par effet boule de neige.

Liste des annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien initial à destination des MG+	57
Annexe 2 : Guide d'entretien initial à destination des MG-	59
Annexe 3 : Formulaire de consentement de participation à l'étude	61
Annexe 4 : Fiche de données administratives	62
Annexe 5 : Verbatim	63
Annexe 6 : Grille COREQ	179
Annexe 7 : RIAP	181
Annexe 8 : Caractéristiques (âge et sexe) des MG et Durée de l'entretien	185
Annexe 9 : Arbre de codage et sous-nœuds pour MG+	187
Annexe 10 : Arbre de codage et sous-nœuds pour MG-	188
Annexe 11 : Première page des articles publiés	189

Liste des figures

Figure 1. BGJP international Research Award (2023).....	17
Figure 2. Zones nationales d'expérimentation PSI PAERPA.....	21
Figure 3. Carte du territoire PAERPA Valenciennois-Quercitain	22
Figure 4. Principe du PSI PAERPA (source : Ministère de la Santé et de la Prévention)	20
Figure 5. Schéma de la théorie ancrée.....	31
Figure 6. Flowchart de l'étude quantitative	40

Liste des tableaux

Tableau 1. Résultats de l'analyse qualitative des raisons de la participation ou du refus de participation des médecins généralistes au PSI PAERPA.....	31
Tableau 2. Caractéristiques des patients et activités de prescription et de consultation dans les groupes MG+ et MG-. Les données sont indiquées en tant que moyenne (SD) ou médiane [IQR].....	41

Références

- [1] Vieillissement et santé 2022. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (accessed December 28, 2022).
- [2] Coste J, Valderas JM, Carcaillon-Bentata L. The epidemiology of multimorbidity in France: Variations by gender, age and socioeconomic factors, and implications for surveillance and prevention. *PLOS ONE* 2022;17:e0265842. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265842>.
- [3] HAS. Note méthodologique et de synthèse bibliographique « COMMENT RÉDUIRE LE RISQUE DE RÉHOSPITALISATIONS ÉVITABLES DES PERSONNES ÂGÉES ? ». Haute Autorité de Santé; 2013.
- [4] Brochure: Soins intégrés pour les personnes âgées (SIPA) Directives applicables aux interventions communautaires liées au déclin des capacités intrinsèques 2017. <https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-MCA-17.06.10> (accessed December 28, 2022).
- [5] Kodner DL, Kyriacou CK. Fully integrated care for frail elderly: two American models. *Int J Integr Care* 2000;1:e08. <https://doi.org/10.5334/ijic.11>.
- [6] Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *Int J Nurs Stud* 2008;45:140–53. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.01.015>.
- [7] de Stampa M, Vedel I, Bergman H, Novella J-L, Lapointe L. Fostering participation of general practitioners in integrated health services networks: incentives, barriers, and guidelines. *BMC Health Serv Res* 2009;9:48. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-48>.
- [8] Threapleton DE, Chung RY, Wong SYS, Wong E, Chau P, Woo J, et al. Integrated care for older populations and its implementation facilitators and barriers: A rapid scoping review. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care* 2017;29:327–34. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx041>.
- [9] Mion L, Odegard PS, Resnick B, Segal-Galan F, Geriatrics Interdisciplinary Advisory Group, American Geriatrics Society. Interdisciplinary care for older adults with complex needs: American Geriatrics Society position statement. *J Am Geriatr Soc* 2006;54:849–52. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00707.x>.
- [10] Uittenbroek RJ, Kremer HPH, Spoorenberg SLW, Reijneveld SA, Wynia K. Integrated Care for Older Adults Improves Perceived Quality of Care: Results of a Randomized Controlled Trial of Embrace. *J Gen Intern Med* 2017;32:516–23. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3742-y>.
- [11] Averlant L, Calafiore M, Puisieux F, Ramez C, Sarrazin F, Lotin M, et al. Barriers and Facilitators in the Uptake of Integrated Care Pathways for Older Patients by Healthcare Professionals: A Qualitative Analysis of the French National “Health Pathway of Seniors for Preserved Autonomy” Pilot Program: Barriers and Facilitators for Adhesion of Healthcare Professionals in Integrated Care for Older Patients: A Qualitative Assessment Based on the French National Experiment: ‘Health Pathway of Seniors for Preserved Autonomy’ (PAERPA). *Int J Integr Care* 2021;21:7. <https://doi.org/10.5334/ijic.5483>.
- [12] Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007;19:349–57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
- [13] Wändell PE, de Waard A-KM, Holzmann MJ, Gornitzki C, Lionis C, de Wit N, et al. Barriers and facilitators among health professionals in primary care to prevention of cardiometabolic

- diseases: A systematic review. *Fam Pract* 2018;35:383–98. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz137>.
- [14] Mc Hugh S, O’Mullane M, Perry IJ, Bradley C. Barriers to, and facilitators in, introducing integrated diabetes care in Ireland: a qualitative study of views in general practice. *BMJ Open* 2013;3:e003217. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003217>.
- [15] LOI n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 (1). 2013.
- [16] Z O, D B, N LG, A P. Évaluation d’impact de l’expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa). Premiers résultats et Annexes. *Rapp Irdes* 2018.
- [17] Khammarnia M, Setoodehzadeh F, Peyvand M, Setayesh AH, Rezaei K, KordTamini A, et al. Evaluation of Integrated Health System Technology Acceptance among the users of Health Centers of Zahedan University of Medical Sciences: Iran. *Evid Based Health Policy Manag Econ* 2019. <https://doi.org/10.18502/jebhpme.v3i3.1503>.
- [18] Lebeau J-P, Aubin-Auger I, Cadwallader J-S, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. *Initiation à la recherche qualitative en santé: le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire*. Saint-Cloud: Global media santé; 2021.
- [19] Blanchet A, Gotman A, Singly F de. *L’enquête et ses méthodes: l’entretien*. Paris: A. Colin; 2005.
- [20] *Initiation à la recherche*. [2e édition]. Saint-Cloud, Paris: Global Média Santé ; CNGE; 2018.
- [21] Kaur N, Vedel I, El Sherif R, Pluye P. Practical mixed methods strategies used to integrate qualitative and quantitative methods in community-based primary health care research. *Fam Pract* 2019;36:666–71. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz010>.
- [22] Glaser BG. The Constant Comparative Method of Qualitative Analysis. *Soc Probl* 1965;12:436–45. <https://doi.org/10.2307/798843>.
- [23] QSR International Pty Ltd. NVivo 11 2015.
- [24] Leech NL, Onwuegbuzie AJ. Beyond constant comparison qualitative data analysis: Using NVivo. *Sch Psychol Q* 2011;26:70–84. <https://doi.org/10.1037/a0022711>.
- [25] Aubin-Auger I. *Introduction à la recherche qualitative*. *Exercer* 2008;142–5.
- [26] *Bascule des professionnels ADELI dans le RPPS*. Agence Numér En Santé 2021. <http://esante.gouv.fr/offres-services/annuaire-sante/bascule-des-professionnels-adeli-dans-le-rpps> (accessed May 21, 2023).
- [27] R Foundation for Statistical Computing. R Core Team (2013). *R: A language and environment for statistical computing*. 2013.
- [28] 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 - Légifrance 2013. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000028266782> (accessed January 20, 2023).
- [29] Décret n° 2016-1537 du 16 novembre 2016 relatif aux recherches impliquant la personne humaine. 2016.
- [30] Lemaire F. [The Jardé law: What does change]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983 2019;48:238–42. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2019.01.006>.
- [31] Allen D, Gillen E, Rixson L. Systematic review of the effectiveness of integrated care pathways: what works, for whom, in which circumstances? *Int J Evid Based Healthc* 2009;7:61–74. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2009.00127.x>.

- [32] Roberts ER, Green D, Kadam UT. Chronic condition comorbidity and multidrug therapy in general practice populations: a cross-sectional linkage study. *BMJ Open* 2014;4:e005429–e005429. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005429>.
- [33] Woolcott JC, Richardson KJ, Wiens MO, Patel B, Marin J, Khan KM, et al. Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. *Arch Intern Med* 2009;169:1952–60. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.357>.
- [34] Freund T, Campbell SM, Geissler S, Kunz CU, Mahler C, Peters-Klimm F, et al. Strategies for reducing potentially avoidable hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions. *Ann Fam Med* 2013;11:363–70. <https://doi.org/10.1370/afm.1498>.
- [35] Uittenbroek RJ, van der Mei SF, Slotman K, Reijneveld SA, Wynia K. Experiences of case managers in providing person-centered and integrated care based on the Chronic Care Model: A qualitative study on embrace. *PloS One* 2018;13:e0207109. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207109>.
- [36] Ling T, Brereton L, Conklin A, Newbould J, Roland M. Barriers and facilitators to integrating care: experiences from the English Integrated Care Pilots. *Int J Integr Care* 2012;12. <https://doi.org/10.5334/ijic.982>.
- [37] Briggs AM, Valentijn PP, Thiyagarajan JA, Araujo de Carvalho I. Elements of integrated care approaches for older people: a review of reviews. *BMJ Open* 2018;8:e021194. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021194>.
- [38] Mulvale G, Embrett M, Razavi SD. “Gearing Up” to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. *BMC Fam Pract* 2016;17:83. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0492-1>.
- [39] Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care* 2013;13:e010. <https://doi.org/10.5334/ijic.886>.
- [40] Douze L, Martino CD, Calafiore M, Averlant L, Peynot C, Lotin M, et al. The Care Coordinator’s Tasks During the Implementation of an Integrated Care Pathway for Older Patients: A Qualitative Study Based on the French National “Health Pathway of Seniors for Preserved Autonomy” Pilot Program. *Int J Integr Care* 2022;22:2. <https://doi.org/10.5334/ijic.5977>.
- [41] Corral Gudino L, Rodríguez Arroyo LA, Zorita-Viota Sánchez LM, en nombre de los grupos de trabajo para la integración de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de El Bierzo (GASBI). [Prioritisation of tools for integrated care: Local survey of health professionals’ beliefs and expectations]. *Semergen* 2018;44:530–6. <https://doi.org/10.1016/j.semereg.2018.09.004>.
- [42] Plourdeau L, Huez J-F, Connan L. [Long-term patient follow-up conducted during the supervised self-directed training in ambulatory primary care. One-semester assessment carried out in Angers, France]. *Rev Prat* 2008;58:11–8.
- [43] Gautier S, Luyt D, Davido B, Herr M, Cardot T, Rousseau A, et al. Cross-sectional study on COVID-19 vaccine hesitancy and determinants in healthcare students: interdisciplinary trainings on vaccination are needed. *BMC Med Educ* 2022;22:299. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03343-5>.
- [44] Kostoff M, Burkhardt C, Winter A, Shrader S. An Interprofessional Simulation Using the SBAR Communication Tool. *Am J Pharm Educ* 2016;80:157. <https://doi.org/10.5688/ajpe809157>.
- [45] LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l’assurance maladie. 2004.
- [46] Cour des comptes. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie 2013:192.

- [47] MG France. Patients sans Médecin traitant, mythe ou réalité ? 2019. <https://www.mgfrance.org/actualite/profession/2142-patients-sans-medecin-traitantmythe-ou-realite> (accessed July 1, 2023).
- [48] Definition of General Practice / Family Medicine | WONCA Europe n.d. <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine> (accessed July 1, 2023).
- [49] Pruvot J, Calafiore M, Dambricourt P-A, Messaadi N. [Non-donor patients' opinions about general practitioners' influence on first blood donation]. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2015;63:326–31. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2015.07.042>.
- [50] Arnault DF. Atlas de la démographie médicale en France 2023.
- [51] Kerisit E, Legrand B, Calafiore M, Rochoy M, Chazard E, Marcilly R, et al. Awareness and Perception of Google® Reviews Among French GPs. *Stud Health Technol Inform* 2022;290:1118–9. <https://doi.org/10.3233/SHTI220296>.
- [52] Tabla S, Calafiore M, Legrand B, Descamps A, Andre C, Rochoy M, et al. Artificial Intelligence and Clinical Decision Support Systems or Automated Interpreters: What Characteristics Are Expected by French General Practitioners? *Stud Health Technol Inform* 2022;290:887–91. <https://doi.org/10.3233/SHTI220207>.
- [53] Delrot C, Bouzillé G, Calafiore M, Rochoy M, Legrand B, Ficheur G, et al. Do Medical Practitioners Trust Automated Interpretation of Electrocardiograms? *Stud Health Technol Inform* 2019;264:536–40. <https://doi.org/10.3233/SHTI190280>.
- [54] Cartier T, Mercier A, Huas C, Boulet P, Calafiore M, Leruste S, et al. Propositions pour l'organisation des soins primaires en France. *Exercer* 2012;23:212–9.
- [55] Fruchart M, Quindroit P, Patel H, Beuscart J-B, Calafiore M, Lamer A. Implementation of a Data Warehouse in Primary Care: First Analyses with Elderly Patients. *Stud Health Technol Inform* 2022;294:505–9. <https://doi.org/10.3233/SHTI220510>.
- [56] Fruchart M, Lamer A, Lemaitre M, Beuscart J-B, Calafiore M, Quindroit P. Description of a French Population of Diabetics Treated Followed up by General Practitioners. *Stud Health Technol Inform* 2023;302:856–60. <https://doi.org/10.3233/SHTI230289>.
- [57] Baclet N, Calafiore M, Fregnac C, Gavazzi G, Forestier E, Roubaud-Baudron C, et al. Explicit definitions of potentially inappropriate prescriptions of antibiotics in hospitalized older patients. *Infect Dis Now* 2022;52:214–22. <https://doi.org/10.1016/j.idnow.2022.02.004>.
- [58] Mellot E, Balcaen T, Calafiore M, Bouzillé G, Beuscart J-B, Ficheur G, et al. What Is a Chronic Disease? A Contribution Based on the Secondary Use of 161 Million Discharge Records. *Stud Health Technol Inform* 2019;264:263–7. <https://doi.org/10.3233/SHTI190224>.
- [59] Martignene N, Balcaen T, Bouzille G, Calafiore M, Beuscart J-B, Lamer A, et al. Heimdall, a Computer Program for Electronic Health Records Data Visualization. *Stud Health Technol Inform* 2020;270:247–51. <https://doi.org/10.3233/SHTI200160>.
- [60] P4DP, un consortium pour créer le premier entrepôt de données de santé pour la médecine générale. Health Data Hub 2023. <https://www.health-data-hub.fr/actualites/p4dp-un-consortium-pour-creer-le-premier-entrepot-de-donnees-de-sante-pour-la-medecine> (accessed June 29, 2023).
- [61] Projet PriCaDa : constitution des premiers Entrepôts de Données de Santé en ambulatoire. Precidiab 2022. <https://www.precidiab.org/actualite/projet-pricada-constitution-des-premiers-entrepots-de-donnees-de-sante-en-ambulatoire/> (accessed June 29, 2023).
- [62] Santé Publique France. Etude Entred 2007-2010 2019. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/documents/rapport-synthese/etude-entred-2007-2010> (accessed June 29, 2023).

- [63] Boullenger L, Quindroit P, Legrand B, Balcaen T, Calafiore M, Rochoy M, et al. Type 2 diabetics followed up by family physicians: Treatment sequences and changes over time in weight and glycated hemoglobin. *Prim Care Diabetes* 2022;16:670–6. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2022.07.002>.
- [64] Dezoteux F, Adam B, Pape E, Azib-Meftah S, Calafiore M, Staumont-Sallé D. A real-life assessment of the management of chronic urticaria in primary care by general practitioners in the North of France. *Ann Dermatol Venereol* 2021;148:266–8. <https://doi.org/10.1016/j.annder.2021.04.009>.
- [65] Frappé P, Cogneau J, Gaboreau Y, Abenhaïm N, Bayen M, Calafiore M, et al. Areas of improvement in anticoagulant safety. Data from the CACAO study, a cohort in general practice. *PloS One* 2017;12:e0175167. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175167>.
- [66] Rochoy M, Zena E, Depagne C, Serrano B, Baubet T, Billy E, et al. Port du masque dès 6 ans en France contre la propagation de la COVID-19 dans les écoles. *EXERCER* 2021;32:33–9. <https://doi.org/10.56746/EXERCER.2021.169.33>.
- [67] Rochoy M, Billy E, Calafiore M. [What is the purpose of the ex officio licence, if it is not used during a pandemic?]. *Thérapie* 2021;76:377–9. <https://doi.org/10.1016/j.therap.2021.05.005>.
- [68] Depagne C, Calafiore M, Favre J, Billy E, Rossinot H, Zores F, et al. Symptômes prolongés après la COVID-19 : état actuel des connaissances. *EXERCER* 2021;32:465–72. <https://doi.org/10.56746/EXERCER.2021.178.465>.

Annexe 1 : Guide d'entretien initial à destination des MG+

Guide d'entretien initial à destination des MG+

Questions accompagnées de relances si nécessaire

- 1. Comment définiriez-vous la place de la gériatrie dans votre activité ?**
*Est-ce que la gériatrie a une place importante dans votre activité ?
Comment définiriez-vous sa place dans votre activité ?*

- 2. Comment avez-vous connu ce projet ?**

- 3. Qu'est-ce qui vous a donné envie de participer au projet ?**
*Quelles étaient les difficultés ou les freins que vous pouviez rencontrer dans la prise en charge de vos patients âgés ?
Quelles étaient vos attentes initiales pour améliorer vos prises en charge ?
Quelles difficultés avez-vous rencontré des difficultés auprès de vos patients pour qu'ils adhèrent au projet ? (Cela a-t-il modifié le rapport avec ces patients ?)*

- 4. Lors de la prise en charge des patients, il était nécessaire qu'il y ait un autre professionnel associé au médecin traitant. Qu'avez-vous pensé de leur participation pour la prise en charge justement des patients ?**

- 5. Pour la prise en charge des patients, une aide externe pouvait vous être apportée par une animatrice territoriale. Qu'avez-vous pensé de ce rôle ?**
Vous arrive-t-il de passer directement par la plateforme téléphonique ? Dans quelles circonstances ?

- 6. Pour vous s'il y avait des axes d'amélioration à apporter, lesquelles seraient-elles ?**

- 7. Est-ce que le projet a modifié la manière dont vous communiquez avec les pharmaciens ou les infirmières ?**

- 8. Pensez-vous que la participation à ce projet ait modifié votre pratique médicale ? De quelle manière ?**
Qu'est-ce que ce projet a modifié dans la prise en charge des patients âgés ?

Guide d'entretien final à destination des MG+ (les points ayant fait l'objet de modification entre début et fin d'étude sont surlignés)

Questions accompagnées de relances si nécessaire

1. Comment définiriez-vous la place de la gériatrie dans votre activité ?

Est-ce que la gériatrie a une place importante dans votre activité ?

Comment définiriez-vous sa place dans votre activité ?

2. Comment avez-vous connu ce projet ?

3. Qu'est-ce qui vous a donné envie de participer au projet ?

Quelles étaient les difficultés ou les freins que vous pouviez rencontrer dans la prise en charge de vos patients âgés ?

Quelles étaient vos attentes initiales pour améliorer vos prises en charge ?

Quelles difficultés avez-vous rencontré des difficultés auprès de vos patients pour qu'ils adhèrent au projet ? (Cela a-t-il modifié le rapport avec ces patients ?)

4. Lors de la prise en charge des patients, il était nécessaire qu'il y ait au moins un IDE ou un pharmacien d'officine qui participe au projet avec le médecin traitant. En quoi leur participation a modifié la prise en charge de vos patients ?

5. Pour la prise en charge des patients, une aide externe pouvait vous être apportée par une animatrice territoriale. En quoi ce rôle a pu changer votre participation au projet ?

Vous arrive-t-il de passer directement par la plateforme téléphonique ? Dans quelles circonstances ?

6. Pour vous, quels pourraient être les axes d'amélioration de ce projet ? Si vous souhaitiez apporter des modifications au projet, lesquelles seraient-elles ?

7. Est-ce que le projet a modifié la manière dont vous communiquez à propos des patients avec les pharmaciens ou les infirmières ?

8. (Question 7bis) : Comment se fait la coordination dans le cadre du projet PAERPA, le réseau gériatrique du Valenciennois ? Quelle est la place du médecin traitant dans le projet PAERPA ?

9. Pensez-vous que la participation à ce projet ait modifié votre pratique médicale ? De quelle manière ?

Qu'est-ce que ce projet a modifié dans la prise en charge des patients âgés ?

Annexe 2 : Guide d'entretien initial à destination des MG-

Guide d'entretien initial à destination des MG-

Questions accompagnées de relances si nécessaire

1. **Quelle est la place de la gériatrie dans votre activité ?**
2. **Comment avez-vous entendu parler du projet PAERPA ?**
3. **Pour quelles raisons avez-vous refusé de participer au projet ?**
4. **Connaissez-vous le rôle du pharmacien dans le cadre de ce projet PAERPA ?**
 - *Si oui : pouvez-vous me le décrire ? Qu'en pensez-vous ?*
 - *Si non : le pharmacien est chargé de faire une information thérapeutique le jour de la sortie (avec délivrance du traitement grâce à l'ordonnance remise au patient à sa sortie) et une évaluation à 1 mois. Qu'en pensez-vous ?*
5. **Connaissez-vous le rôle de l'animatrice territoriale dans le cadre de ce projet ?**
 - *Si oui : pouvez-vous me le décrire ? Qu'en pensez-vous ?*
 - *Si non : l'animatrice territoriale du DAT fait le lien entre la ville et l'hôpital. Elle est chargée d'informer les professionnels de santé libéraux sur la démarche du projet PAERPA, et sur l'initiation éventuelle d'un PPS conciliation concernant un de leur patient. Elle assure un accompagnement et un suivi des PPS. Qu'en pensez-vous ?*
6. **Qu'est-ce qui aurait pu vous être proposé qui vous aurait convaincu de participer au projet ?**

Relance : un financement plus important ?
7. **Quels sont vos interlocuteurs pour prendre en charge des problèmes gériatriques, médicaux ou non, dans votre pratique quotidienne ?**
8. **Avez-vous autre chose à ajouter ?**

Guide d'entretien final à destination des MG- (les points ayant fait l'objet de modification entre début et fin d'étude sont surlignés)

Questions accompagnées de relances si nécessaire

1. **Quelle est la place de la gériatrie dans votre activité ?**
2. **Comment avez-vous entendu parler du projet PAERPA ?**
3. **Pour quelles raisons avez-vous refusé de participer au projet ?**
4. **Qu'est-ce qui aurait pu vous être proposé qui vous aurait convaincu de participer au projet ?**
Relance : un financement plus important ?

5. **Quelle est votre organisation pour prendre en charge les personnes âgées, par rapport à d'autres médecins traitants qui sont en difficulté ?**

Relance : Quels conseils pourriez-vous donner pour lutter contre les facteurs d'hospitalisation importants en gériatrie que sont la dénutrition, la dépression, la surmédication, les chutes ?

6. **Quels sont vos interlocuteurs pour prendre en charge des problèmes gériatriques, médicaux ou non, dans votre pratique quotidienne ?**

Relance : Avez-vous recours à des réseaux ? CLIC, MAIA ? Consultations mémoires/gériatrie ?

7. **Et si quelqu'un vous secondait, en se chargeant notamment de toute la partie administrative ?**

8. **Avez-vous autre chose à ajouter ?**

Annexe 3 : Formulaire de consentement de participation à l'étude

Formulaire de consentement de participation à l'étude

Je, soussigné : _____, ci-dessous nommé « le participant »,

déclare accepter, librement et de façon éclairée, de participer à l'étude intitulée : « Motivations des médecins traitants à participer au projet PAERPA »,

Engagement de l'investigateur principal : L'investigateur principal s'engage à mener cette étude selon les dispositions éthiques et déontologiques, à préserver la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations apportées par le participant. La transmission des informations concernant le participant pour la publication scientifique sera elle aussi anonyme. L'enregistrement audio de l'entretien est anonyme et sera détruit après retranscription.

Liberté du participant : le participant est libre d'accepter ou de refuser la participation à cette étude. En cas de retrait de consentement, le participant s'engage à en informer l'investigateur principal.

Fait à _____ le _____ en 2 exemplaires

Signatures :

Le participant

L'investigateur principal

Annexe 4 : Fiche de données administratives

Fiche de Données administratives :

Anonymisées : pas de nom, pas de prénom

Entretien n°:

Lieu de l'entretien :

- ville :
- local (cabinet/domicile) :

Date de l'entretien :

Heure début entretien :

Heure fin entretien :

Durée de l'entretien :

Données démographiques du participant :

Âge :

Sexe :

Date thèse :

Durée d'exercice en ambulatoire :

Lieu d'exercice (ville/code postal) :

Type d'exercice : rural / semi-rural / urbain

Date entrée projet PAERPA :

Formation particulière à la gériatrie :

Nombre de PPS :

Souhaitez-vous être contacté pour lire la transcription de votre entretien ?

Souhaitez-vous être contacté pour lire les résultats de l'étude ?

Si oui : Un commentaire de votre part est la bienvenue.

adresse mail : _____ @ _____ .

Annexe 5 : Verbatim

Entretien n°1

Interviewer : Comment définiriez-vous la place de la gériatrie dans votre activité ?

MG1(+) : Bah importante, importante hein...On dit toujours vieux médecin vieille clientèle c'est un peu ça (rires) J'ai quand même pas mal de personnes âgées oui. Bon, En pourcentage je ne saurais pas vous dire ça doit bien occuper euh 20 à 30% de la patientèle. Je pense. Il me semble...au jugé.

Interviewer : Parfait. Comment avez-vous connu le projet PAERPA ?

MG1(+) : On est venu me le présenter.

Interviewer : D'accord. Et c'était il y a combien de temps à peu près, est-ce que vous sauriez... ?

MG1(+) : Oh, à l'initiative du projet, enfin quand le projet a démarré. Et on n'a pas adhéré tout de suite mon collègue et moi. On n'a pas adhéré parce qu'on avait la crainte des formalités administratives en fait. On ne voulait pas ajouter des formalités administratives à notre exercice qui est déjà un peu lourd à ce niveau-là.

Interviewer : D'accord. Et qu'est-ce qui vous a justement donné envie de participer au projet ?

MG1(+) : Et bien en fait, euh... On l'a représenté une deuxième fois, en nous amenant justement une facilitation pour la prise en charge justement de tout ce qui était paperasserie administrative donc il y a certaines choses qui sont remplies à notre place, tout ce qui est administratif on va dire et donc ça nous a libéré de, de nos craintes. Donc voilà. Maintenant c'est, on estime que c'est, c'est à dire qu'on signale les personnes et après on fait le point avec les délégués, et puis euh... on a voilà, on a une simplicité on va dire d'action, au niveau paperasserie, c'est surtout ça qui, qui nous gêné, de nous rajouter de la paperasse.

Interviewer : Lors de la prise en charge des patients, il était nécessaire qu'il y ait une infirmière ou un pharmacien d'officine associé au médecin traitant. Vous, vous avez pensé quoi de leur participation pour la prise en charge justement des patients ?

MG1(+) : J'ai pas d'avis sur le pharmacien. J'ai pas d'avis peut-être parce que je n'ai pas de retour. Euh, mais par contre au niveau infirmier ça il n'y a pas de problème. Les infirmiers viennent assez facilement nous parler des patients, et puis nous signaler les patients, fin ça, on est assez proches. Fin voilà.

Interviewer : Et ça a souvent été les infirmières qui vous signalait les patients ?

MG1(+) : Oui, jusqu'à présent c'est les infirmiers qui nous ont proposé de rentrer dans ce processus en fait.

Interviewer : D'accord.

MG1(+) : Au départ c'est comme ça qu'on a comment dirai-je, re-sympathisé avec le processus PAERPA. (rires) Voilà on en a rediscuté avec les infirmiers.

Interviewer : Très bien, et donc on pouvait aussi vous proposer une aide externe, vous m'en avez parlé, des animatrices territoriales, et qu'avez-vous pensé de ce rôle justement au sein de cette prise en charge ?

MG1(+) : Bien, fin voilà elles font bien leur travail je trouve.

Interviewer : Oui, est ce que vous pouvez préciser. C'est ça qui a aidé à ce que finalement vous participiez au projet

MG1(+) : Bah en fait, elles sont venues nous relancer pour nous dire qu'il y avait en fait une possibilité de leur part d'aplanir un peu nos difficultés en ce qui concerne les dossiers. C'est à dire qu'on ne voulait pas entrer dans des dossiers à remplir trop compliqués parce que on a déjà eu des expériences par ailleurs si vous voulez de dossiers sur certains réseaux de santé qui était un peu compliqué et qui étaient un peu rébarbatif donc on voulait pas refaire un petit peu ce système. Et donc c'est, c'est par les aides territoriales, qui nous a apporté cette facilitation, c'est à dire de nous entre guillemets nous mâcher un peu le travail quoi. Pour qu'on est que la décision médicale en fait à exprimer.

Interviewer : D'accord, très bien. Pour vous s'il y avait des axes d'amélioration à apporter, lesquelles seraient elle ? pour le projet.

MG1(+) : J'ai pas réfléchi à ça, je trouve que c'est déjà pas mal, je trouve que c'est déjà bien de nous aider à une prise en charge coordonnée, parce que en fait c'est ça le principe. Donc je trouve que ça c'est déjà une bonne chose, euh j'ai pas...non je vois pas trop.

Interviewer : D'accord, on parlait des autres praticiens, enfin des infirmiers et des pharmaciens, est ce que le projet a modifié votre manière de communiquer à propos des patients avec les infirmières ou avec les pharmaciens ?

MG1(+) : Non...non. On communiquait déjà assez bien avec avant, donc non j'ai pas....Non c'est plus fin moi j'ai plus ressenti l'intérêt c'est la mise en œuvre si vous voulez du processus de coordination, ça c'est intéressant parce que effectivement on n'a pas forcément le temps de venir apporter une aide d'éducation au patient à domicile, euh de faire comment dirai je, le bilan complet des soucis du quotidien de la prévention au niveau du domicile etc. pour tout ce qui est ergothérapie par exemple on n'a pas tellement le temps de le faire et donc à ce niveau-là j'ai trouvé que c'était bien, c'était bien de pouvoir se pencher vraiment sur les besoins sur les aides existantes etc. donc voilà.

Interviewer : D'accord, et pour terminer, est ce que la participation à ce projet à modifier votre pratique médicale ?

MG1(+) : Oui, oui, absolument, oui absolument...parce que maintenant, notamment en ce qui concerne la prévention des chutes, un petit peu plus attentif à certaines thérapeutiques, aussi remettre en question les thérapeutiques chez les personnes âgées, et remettre en question aussi leur environnement voilà, chose que je ne regardai pas avant forcément, et en fait les bilans qu'on nous propose du fait de ce

projet moi m'ont incité à regarder un petit peu mieux en détail l'environnement des patients, ça oui.

Entretien n°2 :

Interviewer : Je sais que vous avez participé au projet PAERPA, pour les personnes âgées, la filière gériatrique. J'ai quelques petites questions à ce sujet, déjà pour savoir, comment vous définiriez la place de la gériatrie dans votre activité ?

MG2(+) : importante.

Interviewer : Vous diriez que sur la journée ça vous... ?

MG2(+) : Ici en campagne comme ça on est facilement à 40%.

Interviewer : D'accord.

MG2(+) : Mais j'appelle gériatrie comme la personne qui vient d'appeler et qui ne sait plus si elle doit faire une prise de sang à sa sœur ou pas, âgée, qui a 95 ans etc...

Interviewer : D'accord. Comment vous avez connu le projet ?

MG2(+) : Elle est venue se présenter la dame.

Interviewer : D'accord. Et dès le début vous avez...

MG2(+) : Bah oui parce qu'on a besoin d'aide. Nous on est tout seul dans notre campagne. On a besoin d'être entouré un petit peu, d'avoir des contacts, d'avoir un petit peu tout ça. Sinon c'est tout ça devient trop dur.

Interviewer : Bah oui. Justement par rapport à ces motivations, qu'est-ce qui vous a donné envie de participer à ce projet, est ce que vous rencontriez déjà des difficultés ou des freins parfois à une prise en charge...

MG2(+) : Des freins c'est sûr, par exemple, par obligation j'ai dû commander moi-même le lit de malade parce que sinon elle dormait sur une espèce de matelas métallique je sais pas quoi là un truc de camping.

Je ne sais pas en ville comment ça va mais bon je suppose que c'est la même chose, peut-être moins criant.

Interviewer : Donc vous, vous parleriez plutôt d'un manque de temps...

MG2(+) : ...oui

Interviewer : Donc il y a beaucoup de choses à faire donc si on pouvait vous aider.

MG2(+) : pour l'environnement. Mais là on est bien aidé maintenant ça va.

Interviewer : D'accord,

MG2(+) : Que ce soit les toilettes, que ce soit des tas de trucs, euh, mettre un rehausseur aux toilettes, par exemple. Si la dame passe pas pour le voir, c'est pas à

nous d'aller voir aux toilettes si faut mettre un rehausseur ou pas, ou une barre d'appui, ou la douche, ou des choses comme ça.

Interviewer : D'accord.

MG2(+) : le côté technique, et puis il y a le côté associé au malade tout ça, ça c'est plus nos infirmières qui s'en occupent.

Interviewer : D'accord. Et quand vous avez participé à ce projet, c'était quoi vos attentes initiales pour améliorer votre prise en charge. Vous vous attendiez à quoi ?

MG2(+) : Bah un soulagement pour moi, surtout, oui. Et puis savoir que ces gens-là n'allaient pas être seul. Parce qu'ils ne sont pas aidés. Les enfants, pff, y en a des familles où ça va, mais enfin des familles, les enfants ils ne viendront que quand ils seront morts pour hériter. Vous voyez...Vous venez d'où ?

Interviewer : j'ai fait mes études à Lille mais je viens d'Arras à la base.

MG2(+) : Ah d'accord, c'est bien.

Interviewer : Donc en fait vous avez l'impression que ça vous a aidé pour...

MG2(+) : moralement, physiquement....

Interviewer : pour un gain de temps ?

MG2(+) : oui tout à fait, comme ça on sait qu'ils ne sont quand même pas abandonnés.

Interviewer : D'accord. Très bien.

MG2(+) : Voilà

Interviewer : Et donc, lors de cette prise en charge il était nécessaire de travailler avec un infirmier ou un pharmacien,

MG2(+) : oui

Interviewer : Qu'avez-vous pensé de la prise en charge, de leur participation à cette prise en charge ? à ces autres corps de métiers.

MG2(+) : Elle est, elle est très bonne, ah oui oui oui, suffit de demander et ça se fait tout seul,

Interviewer : Aussi bien les infirmiers que les pharmaciens ?

MG2(+) : oui oui, mais là j'ai une très bonne équipe d'infirmiers infirmières, ah oui. Ça j'ai de la chance là. Ils sont très compétents, ils prennent des décisions eux-mêmes, ils sont très, ah oui oui.

Interviewer : D'accord. Et est-ce que c'est eux qui ont parfois déclenché ces prises en charge ?

MG2(+) : Aussi, tout à fait.

Interviewer : Un travail d'équipe.

MG2(+) : ah oui oui, vraiment, ça se fait bien.

Interviewer : Il fallait aussi...

MG2(+) : on ne peut plus rester seul comme ça, ici c'est tout on est plus aidé par les structures hospitalières ni tout ça. On est dans le bled. Moi c'est l'impression que j'ai. Je travaille depuis 74, euh on voit la différence quand même. Dans le temps en termes de spécialistes, on avait ce qu'on appelle les consultants, quand on avait un malade difficile, on pouvait appeler un autre médecin venir au cabinet euh voir le malade ou chez lui.

Interviewer : Donc vous c'était aussi pour favoriser ce travail d'équipe et de...

MG2(+) : oui tout à fait, se sentir moins seul quand même hein.

Interviewer : D'accord. Une aide externe pouvait vous être apportée par une animatrice territoriale, à chaque fois, qu'est-ce que vous avez pensé de ce rôle ?

MG2(+) : oui bon...pas...moyen. Pas terrible.

Interviewer : est-ce que vous pouvez m'en dire plus, est ce que vous avez sollicité parfois et...il n'y avait pas toujours la réponse adaptée ?

MG2(+) : Oui, non, il n'y a pas la réponse adaptée. C'est un peu déphasé quand même.

Interviewer : Est ce qu'ils vous ont aidé au niveau administratif ?

MG2(+) : Pas...Oui quand même mais bon...euh. Mais c'est surtout l'APA tout ça, là. C'est ce truc là qu'ils font. Pas vraiment. J'vois pas là euh je sais pas j'ai pas trop l'impression que ça m'aide.

Interviewer : parce que quand vous voyez un patient qui était, vous vouliez faire un projet autour de ce patient, avec l'infirmier ou le pharmacien, vous remplissiez vous même les papiers pour euh...

MG2(+) : Oui ils nous les laissent, oui on les remplit oui oui, oui ça on les remplit il n'y a pas de problèmes. Je voyais encore comme ce matin. Ce matin Mr il a fait une sclérose en plaque, et il est alité, on va le mettre au fauteuil, un fauteuil électrique, ce matin il y avait trois personnes qui étaient là pour euh, une pour gérer les dossiers, deux aides pour la toilette.

Interviewer : Ça pas forcément dans le cadre du PAERPA ?

MG2(+) : Non déjà dans le cadre de l'A.V.A.D. Mais il y a quand même une gestion, il y a une autre dame qui passe aussi pour l'ergonomie.

Interviewer : D'accord, et ça c'est pas dans le projet PAERPA non plus ?

MG2(+) : Bah non, non. C'est un peu encore en plus quoi. On est un peu perdu quelque fois on ne sait plus trop oui. C'est vrai.

Interviewer : Il y a beaucoup de strates différentes ?

MG2(+) : Voilà, tout à fait, un peu de trop. C'est comme l'AVAD tout ça il y a plusieurs systèmes. On ne sait plus trop. Avec le Quesnoy est tout.

Interviewer : Est-ce que s'il y avait des axes d'amélioration à apporter à ce projet est ce que vous auriez...

MG2(+) : Bah on vient de le dire, il faudrait une meilleure synthèse. On sait plus trop où est ce qu'on en est.

Interviewer : Est-ce que parfois vous avez appelé la plateforme des animatrices...

MG2(+) : oui oui, c'est arrivé.

Interviewer : Et est ce qu'elles ont apporté parfois des...

MG2(+) : ah oui oui toujours, bah là on a une Mme Cheval qui gère tout ça, comme il faut, qui fait pas PAERPA mais qui pareil qui synthétise un peu, heureusement, ça été mis en place il n'y a pas longtemps ça.

Interviewer : et ça ça s'appelle comment là le projet ?

MG2(+) : je ne saurais même pas trop vous dire, moi je l'appelle comme ça Mme Cheval, je la connais, alors euh.

Interviewer : C'est dans le cadre de... (Il me montre la plaquette) Ah repérage, d'accord.

MG2(+) : C'est ça oui.

Interviewer : Très bien.

MG2(+) : Nous on a Le Quesnoy qui s'occupe pas mal des Alzheimer et démences.

Interviewer : Oui.

MG2(+) : Donc ils prennent à domicile, ou ils viennent, mais c'est pas nous qui gérons ça. Par exemple pour soulager le Mr, là avec sa femme qui est complètement "azeuzeu" (Mime une personne démente) Ils viennent une demi-journée comme ça le Mr il peut aller promener, ou alors ils peuvent la prendre une journée à l'hôpital, Je voulais la mettre ce matin, mais il ne voulait pas elle fait de la température, elle est pas bien grand-mère.

BIEN oui. (Dans le sens on a bientôt fini là ?)

Interviewer : Très bien. Et sinon est ce que le projet a changé la manière de communiquer avec les pharmaciens, les infirmières ?

MG2(+) : Bah moi j'ai toujours communiqué beaucoup, alors ça n'a rien changé pour moi.

Interviewer : D'accord, très bien. Et pensez-vous que la participation à ce projet elle ait modifié un petit peu votre pratique médicale ?

MG2(+) : ...Non pas vraiment.

Interviewer : non ? par rapport aux grands axes du projet PAERPA, est-ce que par rapport à la chute, est-ce que par rapport à d'autres choses...

MG2(+) : Ah oui ça, ça oui oui. Par rapport à la chute, par rapport à la prise des médicaments, par rapport à des choses comme ça, les toilettes oui si quand même oui si si.

Interviewer : et est-ce que le pharmacien a eu un regard qu'il n'avait peut-être pas avant sur des prescriptions ... ?

MG2(+) : ah tout à fait. Tout à fait. Là on a des bonnes équipes. Je ne sais pas vous allez les voir les pharmaciens ?

Interviewer : C'est pas moi c'est une collègue.

MG2(+) : Oui. J'ai D. à Famars, ça roule tout seul hein. Ça roule tout seul qu'on finit par ne plus savoir c'est vrai, c'est un truc à réfléchir.

Interviewer : Parce que parfois vous vous contacter pour dire que ce serait peut-être mieux ça pour cette personne...

MG2(+) : Bah là je dis faudrait que tu passes chez machin, il faudra voir pour le lit tout ça et je te ferai tes certificats.

Interviewer : D'accord.

MG2(+) : ça se fait vraiment tout seul hein.

Interviewer : et au niveau des interactions médicamenteuses ? ou des choses comme ça, est ce que ça a changé...

MG2(+) : Pareil, pareil ça communique beaucoup, on se...on se communique beaucoup et puis maintenant avec eux. (Il parlait de l'informatique) Quand on est au domicile, bon on fait attention quand même.

Interviewer : D'accord.

MG2(+) : enfin on essaie de prescrire de moins en moins, avec les chutes.

Interviewer : Bon bah très bien parfait.

MG2(+) : Voilà.

Entretien n°3 :

Interviewer : Il y a des gens qui sont venus vous voir par rapport à la filière gériatrique pour des patients en perte d'autonomie, pour voir si on pouvait vous aider et faire un projet autour de ces patients. Mes questions vont porter surtout sur votre ressenti par rapport à ce projet-là, et vraiment sans aucun jugement, on veut vraiment savoir ce que les médecins traitants en pensent.

MG3(+) : mmh, (dans le sens d'accord, j'ai compris)

Interviewer : Comment définiriez-vous la place de la gériatrie dans votre activité ?

MG3(+) : euh bah...comment ?

Interviewer : C'est vraiment une question générale au début, est ce que vous avez beaucoup de personnes âgées, est ce que...

MG3(+) : bah ça non, ça a une part importante dans l'activité, euh, après donner un pourcentage je ne saurai pas vous le donner, mais, j'ai quand même un nombre non négligeable de personnes âgées d'ailleurs ça représente en règle générale les visites à domicile que je fais dans la majorité des cas.

Interviewer : D'accord. Très bien. Et comment avez-vous connu ce projet ?

MG3(+) : donc il y a une personne, euh Estelle, euh... (elle cherche dans son agenda) mmh, Estelle de PAERPA, je ne sais pas son nom (il est noté sur la première page de son agenda !) qui est venu me présenter le projet, qui est une animatrice territoriale, c'est ça je pense ?

Interviewer : C'est ça, est ce que vous sauriez me dire quand est-ce que c'était ?

MG3(+) : Le temps passant vite, je dirai une petite année. Peut-être.

Interviewer : Elle est venue vous présenter une seule fois ? ou elle est revenue entre deux ?

MG3(+) : alors elle est venue une seule fois me présenter le projet. Par contre elle est revenue plusieurs fois parce que je lui ai adressé des patients pour des ouvertures de dossiers PAERPA.

Interviewer : d'accord. Et qu'est-ce qui vous a donné envie de participer au projet ? Quelles étaient vos motivations initiales quand on vous l'a présenté ?

MG3(+) : Bah, alors concernant les personnes âgées, c'est toujours important euh fin moi je trouve c'est toujours important de travailler en réseau avec les infirmières, avec les aides-soignantes, avec tout ça, et euh bah on se sent déjà aidé on n'est pas tout seul à gérer tous les problèmes de la personne, par ce que c'est un peu ça le problème, fin en médecine générale quelque fois on se retrouve bientôt assistant social, euh médecin, et tout en même temps. Ça permet de faire intervenir les différents... et c'est coordonné par ce réseau. Ce qui est quand même euh... (dans le sens important). Et je travaille pas mal avec les réseaux que ce soit PAERPA, Repèr'âge, le CLIC etc... Donc voilà j'aime bien travailler de cette façon-là.

Interviewer : Et quand on vous la présenté, est ce que vous aviez des réticences initialement ?

MG3(+) : non pas du tout.

Interviewer : D'accord. Et donc une des motivations si je comprends bien, c'est que parfois vous aviez des freins ou des difficultés par manque de temps parfois de tout bien faire ?

MG3(+) : Par manque de temps oui pis le fait d'être tout seul, de pas toujours penser à tout, parce qu'on ne pense pas toujours à tout alors que quelque fois il y a des idées qui sont données, ou des orientations thérapeutiques des choses comme ça, qui sont intéressantes.

Interviewer : D'accord, très bien. Alors lors de la prise en charge des patients, il était nécessaire pour la prise en charge qu'il y ait un pharmacien ou une infirmière, qui participent avec le médecin traitant, qu'est-ce que vous avez pensé de cette prise en charge...

MG3(+) : ...je ne me rappelais plus du pharmacien, mais c'est souvent plutôt l'infirmière effectivement qui par exemple quand elle va tous les jours donner les médicaments, ou qu'elle va faire des pansements, c'est vrai que souvent c'est elle qui peut alerter aussi, qui est là tous les jours chez la personne, alors que moi c'est une fois par mois

Interviewer : Donc pour vous c'était important aussi qu'il y ait une autre personne

MG3(+) : Oui, intéressée par ça, oui bien sûr.

Interviewer : D'accord, est ce que souvent c'était l'infirmière qui déclenchait le...

MG3(+) : ...alors au départ j'avoue que oui, parce que je n'y pensais pas systématiquement, que c'était encore même un peu flou j'allais dire dans ma tête la façon dont ça pouvait fonctionner, euh maintenant c'est même peut être plus moi qui suit à l'initiative,

Interviewer : D'accord, très bien. Et donc justement pour cette prise en charge, on en a parlé de l'aide externe, l'animatrice territoriale, qu'est ce que vous avez pensé de ce rôle, dans la prise en charge des patients ?

MG3(+) : eh bah...ça m'a l'air efficace, (rires) c'est ouais c'est quelqu'un...fin pour cette personne que je connais, euh c'est quelqu'un d'assez tonique ouais.

Interviewer : Est-ce qu'à chaque fois que vous avez pris en charge un patient, fait une sorte de protocole pour le patient est ce que cette animatrice territoriale elle a participé ou est-ce que...

MG3(+) : oui.

Interviewer : D'accord, est ce que vous avez, parce qu'il y a une plateforme avec les animatrices territoriales, qui regroupent justement tous les réseaux, est ce que vous passiez directement par la plateforme ou c'était avec l'animatrice....

MG3(+) : J'ai le numéro de l'animatrice, je passe directement par elle, maintenant c'est vrai quelque fois quand j'ai un petit souci d'orientation je ne sais pas trop vers quel réseau me diriger, j'appelle la plateforme gériatrique, qui m'oriente à ce moment-là. Ça m'arrive aussi de faire comme ça.

Interviewer : est-ce que le projet à modifier la manière de communiquer à propos des patients avec les infirmières ou avec les pharmaciens ?

MG3(+) : je ne pense pas non, par rapport à ça je fin non. En générale les infirmières qui appellent pour euh PAERPA, sont souvent des infirmières déjà très impliquées au départ, donc ça ne change rien à la façon de travailler.

Interviewer : D'accord, et la manière de communiquer sur les patients ça n'a pas changé particulièrement non plus ?

MG3(+) : Non parce que en fait je ne me rappelle pas trop finalement d'avoir de retour par rapport à ça avec les infirmières c'est plus euh le projet qui se met en plus après euh c'est un projet coordonné je suis d'accord mais j'ai pas forcément le retour de l'infirmière ni elle de moi, fin c'est pas, sauf pour certaines infirmières avec qui j'ai l'habitude de travailler mais j'allais dire on avait presque déjà notre petit réseau PAERPA à nous, puisqu'on faisait déjà comme ça avant que ça se mette en place,

Interviewer : D'accord, et est-ce que vous pensez que ce projet donc PAERPA à modifier votre pratique médicale ou à...

MG3(+) : ...pour l'instant non parce que c'est encore trop récent, euh j'ai pas encore assez suffisamment de recul, ni envoyé suffisamment de patients pour me rendre compte, mais oui ça peut améliorer les choses on ne se sent pas tout seul, (rires)

Interviewer : Et est-ce que par rapport aux grands sujets du PAERPA qui sont la chute, la iatrogénie, ou des choses comme ça vous avez été plus sensibilisée, ou parfois comme on en reparle on fait un peu plus attention...

MG3(+) : Oui c'est plutôt la deuxième chose que vous dites, effectivement, comme on en reparle on refait attention à certaines choses, on reparle de choses effectivement que le généraliste peut peut-être un peu zapper, parce qu'il a d'autres choses en tête, forcément...

Interviewer : D'accord, et est ce qu'initialement quand on vous a proposé le projet vous aviez l'impression que ça allait être une perte de temps ? ou plutôt un gain de temps, ou faire mieux les choses, différemment... ?

MG3(+) : Faire mieux les choses, faire mieux les choses, voilà les faire de façon plus consciencieuse, et avec moins de risque pour la personne parce que c'est vrai que bon j'allais dire c'est presque facile de passer chez la personne, faire une ordonnance et la laisser se débrouiller comme ça, là il faut un petit peu plus s'impliquer mais en même temps on est aidé donc c'est plus facile, oui.

Interviewer : et vous disiez par rapport aux pharmaciens vous ne vous souveniez plus particulièrement qu'ils étaient dans le projet...est ce....

MG3(+) : C'est donc que je ne dois pas avoir beaucoup de pharmaciens qui...fin je ne pense pas.

Interviewer : est-ce que, parfois il y a des pharmaciens...parce que là en fait il y a l'infirmière avec qui vous pouvez partager le projet, et avec les pharmaciens on peut aussi revoir liste des médicaments des choses comme ça, est ce que ce sont des choses qui sont déjà faites peut-être parfois ? un pharmacien qui vous appelle ou un conseil ?

MG3(+) : Ça arrive qu'un pharmacien oui s'interroge sur des posologies, ou des choses comme ça euh mais c'est vrai maintenant que vous me le dites, je vais peut-être pouvoir revoir ça avec eux aussi oui pourquoi pas.

Interviewer : d'accord, bon parfait.

Entretien n°4 :

Interviewer : Comment vous définiriez la place de la gériatrie dans votre activité ?

MG4(+) : vous parlez en quoi ? en pourcentage ?

Interviewer : ou en ressenti. Est-ce que pour vous c'est une grande partie de la journée, est-ce que c'est beaucoup de visite ?

MG4(+) : la gériatrie, oui c'est, ça représente une grosse partie de notre activité qui est croissante, en plus, qui demande... un acte en gériatrie sera plus long qu'un acte en pédiatrie, et comme vous le soulignez c'est beaucoup de déplacements.

Interviewer : Très bien. Je voulais savoir comment vous avez connu le projet PAERPA ?

MG4(+) : comment j'ai connu le projet PAERPA...parce qu'il m'a été présenté par des...délégués, alors euh, je ne sais plus comment vous les appelez ?

Interviewer : des animatrices territoriales.

MG4(+) : voilà.

Interviewer : et elles sont venues, vous sauriez me dire à quelle période à peu près ?

MG4(+) : au tout début.

Interviewer : d'accord. Elles sont venues plusieurs fois vous voir pour présenter le projet ?

MG4(+) : une fois en présentation, et après c'est toujours la même personne que j'ai vu, je l'ai revu lors de l'élaboration de quelques dossiers.

Interviewer : d'accord, très bien. Je voulais savoir, nous c'est vraiment le ressenti du médecin sans aucun jugement, qu'est-ce qui vous a donné envie de participer à ce projet ? vos motivations initiales ?

MG4(+) : Bah...on m'a présenté le projet, bon sur le fond j'ai trouvé que c'était intéressant, et j'avais justement des cas bien précis, donc je les ai fait rentrer.

Interviewer : est-ce que parfois vous aviez des freins ou des difficultés à une prise en charge qui n'était pas optimum parfois... ?

MG4(+) : bah oui, concernant ces personnes oui, c'était en général des gens chez qui j'avais quelques difficultés euh... de prise en charge globale.

Interviewer : est-ce que parfois c'était par manque de temps de moyens ?

MG4(+) : alors manque de temps évidemment, manque de moyens, manque d'entourage familial, des personnes...les 3 ou 4 projets auxquels je pense c'était des gens quand même assez isolés. Ou là j'avais un besoin d'aide pour continuer à les suivre à leur domicile.

Interviewer : on m'a parfois rapporté le souci quand on présentait les choses à nos patients ils étaient parfois un peu réticents ou est-ce que vous vous avez rencontré des...

MG4(+) : Alors, il faut bien expliquer aux gens, sinon en effet tout de suite en effet ils se disent "mon dieu la sécurité sociale est venue à la maison, ils ont regardé ce que j'avais dans mon armoire comme médicaments". Donc si vous expliquez bien, ça passe. Sinon euh, c'est mal perçu. Carrément, et là c'est notre rôle de médecin d'expliquer.

Interviewer : initialement, quand on vous a présenté le projet et que vous avez pensé à des patients particulièrement est-ce qu'eux ont accepté ?

MG4(+) : J'ai pas eu de refus.

Interviewer : je voulais savoir également, pour prendre en charge les patients et faire le projet il fallait qu'il y ait au moins soit l'infirmier soit le pharmacien avec le médecin traitant. Qu'est-ce que vous avez pensé de la participation des autres corps de métiers ?

MG4(+) : bah elle était très bien, parce que moi sincèrement j'ai pas eu énormément de temps à consacrer, donc à la limite j'ai signé à la fin j'ai regardé les conclusions, donc le pharmacien dans le cas auquel je pense a fait une grosse partie du travail.

Interviewer : Donc parfois ils étaient l'initiateur de la prise en charge ?

MG4(+) : j'ai un cas où c'est le pharmacien qui m'a appelé qui m'a dit "qu'est-ce que tu penses si on le rentrait dans le projet ?". Moi j'ai dit ok.

Interviewer : et initialement c'était plutôt sûr de la iatrogénie sur une prescription ou sur d'autres choses ?

MG4(+) : euh...bah j'ai eu une personne qui avait chute à répétitions à domicile, hospitalisations itératives, et puis après un peu de iatrogénie.

Interviewer : Concernant justement l'aide externe donc l'animatrice territoriale, qu'est-ce que vous avez pensé de ce rôle, est-ce qu'elle était présente à chaque fois ?

MG4(+) : ah bah moi elle m'a mâché le travail, en l'occurrence, heureusement parce que sinon c'est quand même assez énergivore le dossier, ça prend du temps quand même. Donc elle-même a participé.

Interviewer : C'était quasiment systématiquement ?

MG4(+) : après je ne sais pas bien son rôle, en fait, bon mise à part qu'au départ elle m'a présenté le projet PAERPA, après elle m'appelait, elle me disait "est-ce que vos patients ça va ?" "est-ce que vous voulez que je vous aide ? etc...." moi je disais toujours oui évidemment. J'ai du mal à définir son rôle.

Interviewer : est-ce que parfois vous avez fait appel en "swichant" entre guillemets, l'aide territoriale, à la plateforme ?

MG4(+) : non.

Interviewer : donc en fait elle faisait systématiquement le lien.

MG4(+) : C'est elle qui faisait le lien. En fait c'était le lien.

Interviewer : Très bien. Est-ce qu'il y aurait des axes d'amélioration à apporter au projet est-ce que vous avez déjà pensé à des choses ?

MG4(+) : non, parce que c'est quand même assez complet. Les grandes directions, la iatrogénie, euh je ne me souviens plus des items.

Interviewer : la chute la dénutrition et la dépression.

MG4(+) : et la iatrogénie.

Interviewer : oui c'est ça.

MG4(+) : 4 grands items. Non c'était assez complet.

Interviewer : vous avez eu l'impression d'avoir une amélioration pour les patients, du moins un repérage ?

MG4(+) : alors j'ai des cas vraiment précis en tête sur lesquels il y a eu une amélioration et les gens ont eu tendance à mieux se prendre en charge aussi. Ça les a motivés.

Interviewer : est-ce qu'il y a des choses que la plateforme donc les différentes associations qui peuvent aider les patients, ou les différents corps de métier, vous avez pris connaissance de l'existence de certaines ou plus de réflexes ?

MG4(+) : alors le problème c'est qu'il y a énormément de choses, mais comme tout n'est pas centralisé, on a du mal vraiment...

Interviewer : oui c'est-ce qu'on a essayé de faire avec le projet justement de faire une porte d'entrée.

MG4(+) : C'est ça la chose essentielle dans tout ça c'est qu'il existe beaucoup beaucoup de choses, mais ça n'est pas centralisée, donc on est un peu perdu, dans les aides proposées pour les personnes âgées.

Interviewer : D'accord, très bien. Est-ce que le projet a modifié la manière dont vous avez communiqué avec les pharmaciens ou les infirmiers, comparé à avant ?

MG4(+) : on avait déjà des bonnes communications, entre nous, on se connaît bien on travaille beaucoup ensemble. Mais ça n'a fait que renforcer les liens évidemment.

Interviewer : est-ce que vous avez l'impression que le projet a modifié votre pratique médicale ?

MG4(+) : bah par la force des choses oui. Il y a des petites choses sur lesquelles je m'arrêtais pas. Maintenant je vais avoir tendance à regarder les tapis qui traînent par terre, voyez pour la chute, par exemple. La iatrogénie ça je m'en méfiais déjà pas mal, et bah j'ai tendance en renouvelant une ordonnance d'aller voir dans le tiroir ce qu'il reste, à demander qui prépare les médicaments, à solliciter l'aide d'un tiers pour la préparation du pilulier, fin donc ça ça n'a fait que renforcer évidemment.

Interviewer : et après avoir fait les premiers projets vous seriez partants, vous avez d'autres idées en tête pour continuer pour en refaire ?

MG4(+) : d'autres patients pourraient correspondre au projet bien entendu, le problème c'est le temps, et puis c'est vrai que l'animatrice territoriale je ne la vois plus...

Interviewer : donc parfois en relançant peut être ?

MG4(+) : ouais bah c'est sûr que si elle me relance ça va avoir tendance à raviver tout ça. Mais c'est toujours le problème, c'est le temps. C'est quand même un projet qui prend du temps.

Interviewer : et est-ce que parfois vous avez avec les pharmaciens ou les infirmiers quand vous vous recroisez, vous avez rediscuté de quelqu'un qui avait été pris en charge et éventuellement de l'amélioration ?

MG4(+) : oui ça a pu arriver oui oui.

Interviewer : très bien parfait. Est-ce qu'il y a d'autres choses que vous voulez rajouter ?

MG4(+) : non non

Entretien n°5 :

Interviewer : La gériatrie, est ce qu'elle a une place importante dans votre activité ?

MG5(+) : 30%

Interviewer : 30% c'est au niveau du nombre de patients ? ou est-ce que ça vous prend plus de temps que le reste des patients ? C'est aussi beaucoup de visites ?

MG5(+) : Plus de temps que d'autres patients oui, ça prend plus de temps naturellement, ils prennent plus de temps de manière globale dans la relation au cabinet. On est tous digitalisé maintenant, donc ils prennent plus de temps car il faut leur laisser une ligne téléphonique s'ils appellent, s'ils n'appellent pas ils viennent. Donc il y a toute une lourdeur de prise en charge de la personne plus âgée par rapport aux plus jeunes avec des pathologies lourdes parce que ça va très vite avec les jeunes. Ils manquent une ordonnance on fait un mail, on se fait des sms, ils passent par la page Facebook ils ont à la fois des informations en direct. Eux il faut garder l'affichage, il faut leur expliquer, il faut leur donner des petits papiers. Je vous montrerai ensuite ce que j'ai publié ce que j'ai construit moi pour les informer sur le réseau PAERPA. C'est une prise en charge plus lourde, voilà maintenant on est tous très rapide très connecté et ça c'est pour moi une lourdeur de prise en charge, en plus de la pathologie elle-même où il faut effectivement un peu plus de temps.

Interviewer : Comment vous avez connu le projet PAERPA ?

MG5(+) : Par Delphine D., que je connais très bien. Avec qui je travaille avec qui on a déjà travaillé ensemble sur le PAERPA. Moi je suis responsable de la formation médicale continue de tout le bassin de vie. Donc euh, elle souhaitait présenter son projet donc on a eu l'occasion d'en discuter puis en tant que médecin généraliste démarché par Estelle Baroux pour mettre en place les choses. Donc j'ai un regard assez critique là-dessus parce que j'étais très volontaire dans la mise en place du réseau et euh qui pour moi est en échec au niveau locale. Donc voilà j'ai plein de choses à vous dire si vous voulez.

Interviewer : très bien. Initialement, qu'est-ce qui vous a donné envie de participer au projet ?

Pour vous aider, est ce qu'il y avait des difficultés des freins initialement et vous aviez des attentes initiales ?

MG5(+) : Non. Réseau PAERPA en fait tous les médecins de l'amandinois puisque je peux parler en leur nom (vu que je suis président de leur association et on en a déjà largement parlé), n'ont pas à priori besoin du PAERPA. Nous sommes le seul bassin de vie qui sollicitons le moins le réseau PAERPA, par rapport à Denain, tous les petits bassins de vie... On nous a démarché pour ça, on a ouvert la formation médicale continue à Mme D. pour qu'elle puisse parler de tout ça justement pour dynamiser.

Euh, j'ai l'impression qu'on est très organisé et le fait d'avoir été hyper volontariste pour le PAERPA à la demande de Mme D., en fait si vous voulez on s'est tous lancé le défi, on était les derniers de la classe, on s'est dit il n'y a pas de raison. On met la patate, on met la pression et on inclut vraiment le PAERPA de manière très volontariste pour tous les patients qui pouvaient être inclus.

Interviewer : D'accord.

MG5(+) : D'accord (?) Donc on y est vraiment allé. Ça fera un an en septembre. Donc on a un petit peu de recul. Et euh, moi j'avais dit à tous les médecins, tous les médecins de l'amandinois m'ont dit "ah tu nous embêtes avec ton truc, euh c'est l'ARS qui nous a donné 5 ans de budget, après les gens vont être abandonné comme d'hab, on n'aura pas de retour, c'est toujours bien pour briller au niveau de l'ARS et que le projet fonctionne. Et finalement nous sur le terrain ça nous embête plus qu'autre chose, il y a toujours une lourdeur administrative, c'est nous qui allons nous taper les papiers, les machins, les trucs".

Donc moi je l'ai dit clairement : vous arrêtez, on pourra juger de ça à partir du moment où on l'aura testé réellement. Mon grand-père me disait toujours "euh tu pourras juger quelqu'un au niveau professionnel une fois que tu auras passé 24h dans ses mocassins". Donc le PAERPA on a fait pareil.

Interviewer : D'accord.

MG5(+) : On s'y est introduit, on s'est immergé, on a interagi. Maintenant on peut l'ouvrir un petit peu plus, parce qu'on l'a testé. Donc pourquoi je l'ai fait, parce que je pense qu'il fallait le faire parce qu'on a été dynamisé et puis je voulais voir réellement ce que ça valait. Ensuite, au niveau pratique pour les patients c'était de voir si on

pouvait les aider puis certains patients en ont besoin, euh je pense. On l'a fait aussi pour les patients derrière.

Interviewer : D'accord. Est-ce que vous aviez l'impression aussi que selon le territoire, vous avez vos collègues de l'amandinois il y avait peut-être parfois moins de raison de se servir du PAERPA. Est qu'il y avait des patients plus entourés qu'ailleurs ? Est-ce que vous aviez un ressenti initial ?

MG5(+) : Pour nous ils n'ont pas besoin du PAERPA d'emblée, sinon on aurait accédé rapidement je pense. Mis à part les freins dont je vous ai parlé tout à l'heure. Je trouve qu'on est super organisé. C'est sans prétention, et euh, mais je ne pense pas qu'on ait besoin.

Interviewer : Il y avait déjà vos réseaux à vous avec les paramédicaux avec les familles ?

MG5(+) : Oui.

Interviewer : Donc initialement, il y avait pas besoin particulièrement et en plus ça rajouté pas mal d'inconvénients finalement ?

MG5(+) : Hochement de tête pour dire oui.

Interviewer : D'accord.

MG5(+) : C'est vrai que c'est plus une contrainte de passer par le PAERPA actuellement. En plus...pff... Allez y je vous laisse continuer.

Interviewer : Est-ce que vous avez rencontré des difficultés auprès des patients pour qu'ils adhèrent à ce projet ?

MG5(+) : AH OUIII. Ils ne savent pas qui est-ce, euh en fait, j'ai eu le sentiment d'être un agent commercial, un visiteur médical pour le PAERPA. Fallait vanter le PAERPA, fallait les convaincre d'appeler le PAERPA, ils n'en veulent pas. Ça, je vais être vulgaire mais tant pis, ça les embête vraiment pour être poli de faire rentrer quelqu'un chez eux, ils sont tout le temps solliciter par les commerciaux qui leur vendent des volets des machins, ils ont envie de personnes, ils sont bien. Certes ils sont peut-être à risque, mais ils sont bien, donc ouais ça les embête. Moi je l'ai fait vraiment à fond pendant 6 mois, j'avais l'impression de vendre un projet pour l'ARS, alors que finalement je me disais que peut être je pouvais m'en sortir sans.

Interviewer : Et la personne qui était peut-être un peu plus évoluée dans la perte d'autonomie (qui avait peut-être subit des chutes ou des hospitalisations itératives etc.) Est ce que cette personne-là elle, elle voulait un peu plus que les autres qui étaient juste en risque de perte d'autonomie ? ou est-ce que cette personne était déjà prise en charge par d'autres systèmes ?

MG5(+) : plus ouvert oui, quand on leur vendait, peut être un petit peu plus quand ils avaient pris conscience du risque quotidien, mais sans plus.

Interviewer : C'était pas franc.

MG5(+) : En plus ça crée pas mal de contraintes pour eux, je me souviens d'une dame de Rumegies qui m'appelait pour que je lui fasse ses bons de transport pour

aller faire ses bilans de mémoire je sais pas où à Le Quesnoy. Aller ceci, aller cela, aller à droite à gauche. Finalement la dame m'a dit moi j'ai pas envie de sortir de chez moi. Et moi franchement ça m'embêtait réellement d'être sollicité pour faire de l'administratif pour un réseau qui normalement devrait tout prendre en charge. C'est un peu gonflant quand même pour un médecin généraliste.

Interviewer : D'accord. Par rapport au projet en lui-même, il fallait qu'il y ait au moins un infirmier ou un pharmacien, qui participe au projet avec le médecin traitant. Qu'est-ce que vous avez pensé de cette participation, dans la prise en charge des patients ?

MG5(+) : très beau sur le papier, euh, en pratique, j'ai pas de retour donc, je sais qu'ils sont présents car on partage la fameuse codification PPS de 100€. Mais j'ai pas de retour. Ça augmente pas la collaboration entre nous.

Interviewer : Qui était peut-être déjà pré existante naturellement ?

MG5(+) : ça change pas grand chose, on communique quand on a besoin de communiquer, et le fait qu'il y ait le PAERPA ça n'a pas donné d'espèce de labellisation de qualité de la prise en charge.

Interviewer : D'accord. Est-ce que parfois c'était les infirmiers ou les pharmaciens qui étaient à l'initiative de PPS ?

MG5(+) : tout au début les infirmiers les kinés. Les pharmaciens rarement motivés et motivant pour ça. Je pense que, alors il faudrait voir les chiffres, j'étais à l'issue de beaucoup de début de PAERPA.

Interviewer : D'accord. OK. Au niveau de l'implication de l'aide externe. Donc l'animatrice territoriale est ce qu'elle vous a aidé ? Qu'est-ce que vous pensez de ce rôle ?

MG5(+) : Estelle B. Géniale. C'est une fille géniale. c'est enregistré je suis content de le dire ça sera entendu. Elle est pragmatique, pertinente, euh, d'une humanité, que j'ai rarement rencontré. Elle est dans l'interrogation, l'interview des patients et des médecins tout à fait...elle est bien dans ses baskets. Elle est vraiment bien cette fille, j'aimerais vraiment encore travaillés avec elle. Elle a un regard aussi critique sur ce qui est mis en place. Euh, moi aussi je les critique, je pourrai vous en parler après. Mais euh je pense qu'elle n'est pas assez écoutée cette dame. Dans la praticité de ce qu'il se passe sur le terrain. Et encore une fois on a vraiment l'impression d'un projet technocratique, validé par l'ARS qui est inapplicable et qui manque de mesure correctrice et qui n'est absolument pas agile. On parle maintenant de management agile, c'est pondre un projet, le valider le tester et le changer rapidement pour qu'il soit beaucoup plus adaptable en fonction de la localité en fonction de la proximité. Et ça c'est verrouillé c'est bloqué. Ça bouge pas donc nous ça nous emmerde. Les médecins de l'amandinois aiment bien les choses qui évoluent dans le bon sens et qui sont fait au service du patient et du médecin et pas l'inverse. Moi j'ai eu l'impression que le médecin c'est mis au service du PAERPA et pas l'inverse. Et ça c'est extrêmement gênant.

Interviewer : Est-ce que systématiquement l'animatrice territoriale donc Estelle, vous aidez dans la prise en charge quand vous l'avez sollicité pour des PPS, et à chaque fois elle essayé de vous aider pour l'administratif ?

MG5(+) : Ouais elle est présente. Il y a aucun souci. Je l'ai rencontré plusieurs fois via soirées de formation. Ils ont fait une soirée avec des jeux de rôle ils ont super dynamique, on s'est rencontré plusieurs fois. L'aide elle est évidente. Après je pense qu'elle est bloquée aussi par votre système d'évaluation des patients, comme je le trouve moi complètement obsolète, mais c'est mon positionnement.

Interviewer : D'accord. Est-ce que parfois vous passiez vous même sans passer par l'animatrice territoriale par la plateforme téléphonique où l'on pouvait vous orienter un petit peu pour une prise en charge ?

MG5(+) : On avait pris le parti avec les médecins de l'amandinois que c'est pas nous qui appelions la plateforme. Donc on dynamisait les patients et les familles à appeler. On leur donnait tous les coordonnées on leur expliquait ce que c'était mais je ne suis pas l'assistante sociale je ne suis pas là pour appeler à la place des gens. Faut savoir aussi les autonomiser et les dynamiser. Et quand eux-mêmes passent à l'acte c'est bien mieux que lorsque c'est nous qui leur forçons la main à passer à l'acte. Donc euh, j'ai jamais appelé en direct. Peut-être une ou deux fois, mais pas la majeure partie du temps.

Interviewer : Donc c'était soit les patients soit l'animatrice territoriale qui s'en occupait ?

MG5(+) : soit les patients soit la famille.

Interviewer : D'accord.

MG5(+) : J'appelais jamais l'animatrice pour qu'elle puisse...c'est eux qui faisait.

Interviewer : D'accord. On va du coup parler des améliorations possibles. Après j'imagine que vous en avez déjà fait part comme vous me le dites. Quels axes d'amélioration, quelles modifications vous auriez aimé pour le projet ?

MG5(+) : En fait, dans l'approche que vous aviez, c'était l'évaluation d'un risque potentiel. On est d'accord. J'ai listé me semble-t-il de tête, 17 patients à risque potentiel. Sur les 17 patients, il n'y a qu'un seul patient qui a été retenu. Qui n'avait pas un risque potentiel, mais un risque avéré, parce qu'il avait déjà eu des chutes par exemple, et des erreurs thérapeutiques médicamenteuses, et un syndrome dépressif et un trouble alimentaire. Donc cette personne a été retenu. C'est cette personne qui m'a dit moi je ne prends pas d'ambulance pour aller à droite et à gauche moi ça m'embête. Et moi ça m'embêtait aussi d'aller en plus de ça me taper une charge administrative. Sur les 17 autres il n'y en a aucun qui a été retenu. Il y en a 2 qui ont refusé, ok. Donc sur ceux qui restent, il en reste donc 14. Sur les 14, tous ceux qui ont été refusés (parce qu'ils n'étaient pas dans les critères) Il y en a la moitié qui ont fait un gros souci de santé. Qui sont tombés et le jour où E. est venue me voir pour me dire que Mr untel ou Mme n'a pas été retenu, je pouvais l'emmener le jour même passer chez eux, ils avaient tous des hématomes de face parce qu'ils avaient chuté

chez eux, ils avaient des troubles thérapeutiques. Donc il y a eu un gros problème à ce niveau-là...

Interviewer : ...de sélection.

MG5(+) : Donc le PAERPA pour moi il est pas valable. Et à l'heure actuelle, je ne le stimule absolument plus. Parce qu'en fait vous n'intégrez pas (pas vous personnellement) le flair, alors il faudrait trouver un autre terme...

Interviewer : le ressenti ?

MG5(+) : c'est pas le ressenti, c'est peut-être instinctif, mais je pense qu'on pourrait ça se serait un bon sujet de thèse, comment peut-on créer un autoréférentiel de l'instinct médical lors d'une consultation. Tous les médecins vous le diront, j'étais urgentiste on voyait rentrer des gens rien qu'en voyant la couleur de peau ou leur comportement, on savait qu'il y avait une pathologie grave. On voit ces gens, moi je les connais depuis 6 ans, je suis installé depuis 6 ans, je les vois évoluer, je sais que là ils arrivent sur une brèche, ils n'y sont pas encore. Je l'ai signalé, ça n'a pas été retenu. Finalement, maintenant ils rentrent dedans parce qu'ils ont un problème. J'étais beaucoup plus dans un système de prévention, qui est absolument pas préventif. Votre score est trop à valeur prédictive positive, je trouve qu'il n'est pas adapté tout simplement.

Interviewer : Est-ce que parfois on vous a justifié un peu ces refus ?

MG5(+) : Oui bien sûr c'est justifié. Parce que les croix rentrent pas dans les cases. C'est pour ça que je vous dis que c'est technocratique. C'est technocratique, c'est bureaucratique. C'est des gens qui ne sont plus sur le terrain. C'est fait par des gens qui travaillent à l'hôpital en gériatrie, c'est fait par des médecins généralistes peut être qui n'ont plus d'activités en médecine générale. Et ça c'est une grosse problématique. Vous ne partez pas des gens qui sont au contact tous les jours et vous leur donnez pas les moyens même sur un retour ou une interview comme ça...actuellement on est tellement rincé...Je comprends les vieux médecins de l'amandinois qui refusaient d'accéder au PAERPA, c'est tout ce que je suis en train de vous dire je le fais aujourd'hui, je l'ai déjà fait. Mais je sais déjà pertinemment que ça ne portera pas ses fruits. Le système sera verrouillé, l'ARS a son enveloppe, a testé un truc, euh ça marche pas. Finalement ce sera la faute de qui ? probablement encore des médecins généralistes qui n'ont pas adhéré au PAERPA. Voilà, c'est assez amusant. Je peux vous l'écrire, c'est bien c'est enregistré on aura une preuve. Mais vous verrez dans 5 ans il y aura rien qui aura changé.

Interviewer : Est ce que les personnes initialement quand vous avez fait des PPS, il y en a quelques-uns pour qui il y a eu une amélioration ? ou sans le PAERPA vous auriez fait quasiment la même chose ? Est ce qu'il y a eu un plus à un moment donné ?

MG5(+) : j'en ai qu'une qui a fait le PAERPA. pfffff, j'ai pas l'impression que ça ait changé ma vie ni celle des patients, sincèrement.

Interviewer : D'accord.

MG5(+) : et en plus de ça on n'a pas de chiffre. Le PAERPA c'est bien mais est ce qu'on nous a montré, que le PAERPA était efficace ? Avant de savoir si moi, instinctivement parce que vous me demandez, si j'ai eu l'impression de. Est-ce que le PAERPA peut me dire dans telle région pour un certain nombre de patients, pour une totalité de signalement, nous avons retenu une partie des patients, pour ce type de patient voilà ce qu'il s'est passé, en terme, en chiffre, en qualité de vie, en espérance de vie, en diminution des facteurs de comorbidité. Qu'est-ce qu'il se passe ? que dalle on en sait rien du tout. Vous le savez-vous ?

Interviewer : Non, pas encore. Mais normalement ça doit être fait et évalué.

MG5(+) : C'est toujours le "normalement ", pfff on en a ras le bol, et c'est pour ça qu'on en a ras le bol de ce système euh quasi français gouvernemental, qui nous pond des trucs à tire lorigot qui sont fait par des gens qui sont ne comprennent rien à ce qu'il se passe. C'est un peu fatigant.

Interviewer : D'accord

MG5(+) : Je suis en colère, vous pouvez remarquer.

Interviewer : oui pas de soucis.

MG5(+) : Mais si je n'avais pas poussé la totalité de mes médecins, parce que moi je me suis pris la tête avec eux, à intégrer le PAERPA, à dynamiser le PAERPA, à se dire on est volontaire on voit ce que ça donne. Si je ne l'avais pas fait je ne l'ouvrirai pas autant, là on a fait l'effort, euh vous pouvez leur parler, je pense qu'ils avaient plusieurs appels par jour de ma part, fin en tout cas de mes patients, je pourrai pas l'ouvrir comme je l'ouvre maintenant, mais le constat il est pour moi dramatique.

Interviewer : d'accord. Donc à la limite vous le souci c'était aussi au niveau du recrutement initial ? déjà de base ça ne pouvait pas forcément bien se passer si les patients pour lesquels vous aviez entre guillemets cet instinct de risque de perte d'autonomie ? déjà de base comme il n'était pas recruté ça à fausser dès le début...

MG5(+) : ...ouais pour moi ça sert à rien, c'est pas de la prévention, c'est de l'action. Puis il y a des gens qui sortent de l'hôpital qui sont pas eux même réintégré par l'hôpital dans le PAERPA, il y en a qu'on devrait même pas nous stimuler, hein. Hospitalisation pour une chute à domicile ou une occlusion intestinale avec la perte de 10 kilos et une amyotrophie, une dénutrition protéino-énergétique et euh des difficultés à la marche, on n'a pas besoin d'appeler le PAERPA ils devraient les attendre chez eux et dynamiser les choses avant.

Interviewer : D'accord, alors j'ai une petite question annexe, on en a déjà un petit peu parlé. Est-ce qu'avec les pharmaciens les infirmiers, vous avez communiqué à ce sujet, avec parfois, celui ou celle qui a été repéré par le PAERPA et par vous, Est ce vous en avez reparlé avec les infirmiers ou les pharmaciens après ?

MG5(+) : Mais on n'a pas le temps, vous savez j'ai travaillé à l'hôpital pendant 10 ans en tant qu'assistant puis praticien hospitalier, j'avais des temps de réunion. Super, on appelait ça les réunionites on pouvait se dire les choses en 15 minutes mais on y passé 2 heures. C'était bien on était payé pour le faire. Ici on n'a pas le temps le pharmacien il n'a pas le temps, l'infirmier n'a pas le temps. On n'a pas le temps de se

réunir ensemble. C'est pas possible, on a déjà pas le temps de manger. Euh, je ne vois pas comment on va faire pour aller passer une heure avec des gens en plus de ça qui sont payés pour être en réunion. C'est fatiguant. Quand je parle des gens qui sont payés pour être en réunion, c'est des gens qui sont payé par l'ARS.

Interviewer : Oui bien sûr.

MG5(+) : Ils peuvent prendre 2 h pour venir voir un médecin pour faire le point. Moi ça me sidère. Ça me sidère.

Interviewer : oui bien sûr c'est pas les mêmes grilles.

MG5(+) : Nan, on n'est pas dans le même monde. Et les pharmaciens n'ont pas le temps non plus. Ils ont énormément de contraintes aussi, les infirmiers c'est pareil, donc euh nan on n'en discute pas, et euh quand on vraiment une grosse problématique on se passe un petit coup de fil ou un petit sms, pour dire tel tel problème on va agir comme ça maintenant. Mais on commence pas à se touiller pendant 2 h, en pensant à ce qu'on va faire quoi.

Interviewer : donc si je vois un petit peu pour résumer, initialement vous avez essayé de motiver votre entourage, les collègues, mais rapidement on n'a pas entendu vos repérages personnels en tant que médecin traitant de ces patients. Et après donc après ça s'est vite arrêté au niveau de la prise en charge de ces patients.

MG5(+) : Oui parce que c'est fatiguant pour nous, ça nous demande beaucoup d'énergies, on était volontaire, on ne connaissait pas la finalité. Finalement ça a servi à rien. Clairement, dans mon petit recrutement, et les autres médecins se sont épuisés aussi.

Interviewer : Malgré le fait que l'animatrice territoriale était volontaire, a voulu vous aider etc...

MG5(+) : Mais l'animatrice elle fait super bien son boulot, elle est d'accord avec moi, posez-lui la question. Alors je vais peut-être la mettre en porte à faux, parce qu'elle n'osera peut-être pas se positionner de ma manière parce qu'elle est salariée, donc c'est toujours pareil. Euh, mais ouais elle est au courant.

Interviewer : D'accord, très bien.

MG5(+) : Je lui ai dit, je le dirais à Mme D. quand je la verrai, et en plus de ça le 9 ou le 6 juin il y a une grande journée sur le PAERPA. Ou j'interviens, je suis dans les bureaux, donc c'est bien je vais avoir un auditoire officiel pour pouvoir dire les choses.

Entretien n°6 :

Interviewer : En premier abord, pour "briser la glace", la gériatrie est-ce qu'elle a une place importante dans votre activité ?

MG6(+) : Moi, j'ai surtout une activité à orientation pédiatrique. Donc forcément, fin en étant jeune installé, c'est vrai que généralement on a plus de patient pédiatrique, là j'ai vraiment orientation pédiatrique. Donc gériatrique, j'ai un certain nombre de patients en fait que j'ai gardé depuis le début de l'activité, de temps en temps j'en ai. Mais non ce n'est pas une activité principale.

Interviewer : D'accord. Est-ce que c'est la principale des visites par exemple dans votre activité ou... ?

MG6(+) : La gériatrie ? est-ce qu'elle se fait surtout en visite ou au cabinet ? c'est ça la question ?

Interviewer : oui

MG6(+) : euh, majoritairement, fin la gériatrie comme j'en ai peu, je vais dire c'est du 50/50, entre guillemets, euh tous les gens qui peuvent se déplacer viennent facilement au cabinet, et après quelques personnes qui sont effectivement très âgées, je les vois en visite.

Interviewer : D'accord, très bien. Comment vous avez connu le projet PAERPA ?

MG6(+) : Il m'a été présenté par les animateurs du projet.

Interviewer : est-ce qu'ils sont venus vous le présenter plusieurs fois ou dès le début vous avez plutôt adhéré ? ou l'idée vous paraissait ... ?

MG6(+) : Alors je ne sais pas comment il est organisé sur différents secteurs, mais c'est vrai qu'on a l'animatrice territoriale en fait qui au départ, quand moi je l'ai utilisé, elle prenait vraiment elle m'était vraiment la prise en charge entre guillemets, donc euh je l'ai utilisé via l'animatrice au départ de manière très ouverte pour les premiers patients que j'avais repéré. Donc les deux fois où j'ai utilisé le projet c'était notamment avec l'aide de l'animatrice, en fait effectivement.

Interviewer : D'accord. Quand on est venu vous le proposer, qu'est-ce qui vous a motivé, qu'est-ce qui vous a donné envie de participer au projet ?

MG6(+) : Je suis toujours très ouvert pour essayer de travailler en concertation donc euh effectivement dans le cadre d'une expérimentation je suis toujours ouvert pour essayer de voir les différents projets qui peuvent être proposés.

Interviewer : D'accord, est-ce que dans vos motivations vous aviez aussi initialement des difficultés ou parfois des freins à une prise en charge de vos patients âgés ? vous aviez peut-être des patients en tête, en vous disant effectivement ça pourrait permettre d'optimiser...

MG6(+) : Moi c'est un peu particulier parce que le PAERPA s'est mis en route à peu près de manière conjointe à mon installation. Donc je dirai que les deux, c'était une mise en route aussi qui a pu permettre de tester au fur et à mesure alors que moi j'avais pas encore un réseau qui était bien établi en fait, et de tester ce que ça pouvait m'apporter. Donc euh, c'est vrai qu'il y avait cette demande-là, à partir du moment où je n'avais pas encore le réseau qui était développé.

Interviewer : D'accord, donc c'était une première approche pour créer votre réseau.

MG6(+) : oui pour moi effectivement ça pouvait être une première approche.

Interviewer : Est-ce qu'avant de commencer le projet vous aviez des attentes initiales ? Donc là on dit de créer un réseau. Est-ce qu'il y avait d'autres choses, par exemple, savoir ce qui existe, des structures auxquelles... ?

MG6(+) : oui voilà ça rejoint la question précédente, en fait c'est exactement ça ça me permettait aussi de, je me replace dans le contexte quand je l'ai utilisé, euh d'avoir effectivement le contact et d'augmenter le réseau d'avoir les différentes personnes, donc ça m'a été présenté aussi dans ce cadre-là, c'est là où ça été utile aussi.

Interviewer : Est-ce que les patients auxquels vous avez proposé le projet, vous avez eu des difficultés pour qu'il l'accepte ?

MG6(+) : 2/3, donc 2, non...fin ça c'est fait progressivement encore une fois à chaque fois. Une des patientes a nécessité effectivement de présenter de bien expliquer. L'une pas du tout et il y en a une qui a refusé clairement et catégoriquement.

Interviewer : D'accord, et euh, c'était des patients que vous ne connaissiez peut-être pas encore depuis très longtemps. Est-ce que de proposer ça, ça a modifié un petit peu le rapport qu'ils avaient avec vous ou est-ce que eux vous ont reparlé après du projet ?

MG6(+) : Ça été dans la continuité de prise en charge, c'était dans la continuité. Dans la prise en charge aussi avec les infirmières, puisque à chaque fois j'étais effectivement LE nouveau médecin traitant, donc bien entendu il y a eu une rupture de fonctionnement, donc dans ce cadre de cette rupture de fonctionnement et de nouvelles mises en route ça s'est fait assez naturellement.

Interviewer : D'accord. Alors dans le projet il fallait qui est avec le médecin traitant au moins soit l'infirmier soit le pharmacien, qu'est-ce que vous avez pensé de cette prise en charge et de la participation des autres corps de métiers ?

MG6(+) : Alors je pense que je vais anticiper sur les questions suivantes, pour moi c'est naturel et c'est déjà quelque chose qui est fait naturellement. Et c'est vrai que là maintenant, je dirai que j'ai un peu mon réseau, qui est fait. Mais aussi bien au niveau paramédical. C'est à dire que quand j'ai des difficultés avec un patient c'est vrai que j'ai tendance à travailler avec un certain nombre d'équipe infirmière. On travaille vraiment en concertation de base.

Interviewer : D'accord.

MG6(+) : Et avec les pharmaciens, je suis de toute façon déjà en contact avec tous les pharmaciens du secteur. Quand je me suis installée je me suis présentée à tous les pharmaciens de manière à ce que l'on puisse communiquer. C'est vrai qu'on est déjà en communication téléphonique voire même par mail pour certains, donc c'est vrai que voilà j'ai déjà une manière de fonctionner qui était de toute façon à visé collégiale.

Interviewer : Très bien. Et est-ce que quand vous avez fait des PPS, est-ce que c'était parfois le pharmacien ou l'infirmière qui était à l'initiative ? est-ce qu'ils vous ont déjà proposé des repérages ?

MG6(+) : Non. Non. Chaque fois c'était moi qui était à l'initiative.

Interviewer : D'accord. et quand vous en avez discuté ils étaient aussi d'accord avec vous ?

MG6(+) : oui. oui. Encore une fois à l'époque c'est vrai que l'animatrice territoriale avait fait le tour de toutes les pharmacies avec la liste des personnes qui étaient opposées. Et en l'occurrence de mémoire pour les deux patientes surtout je n'avais pas de problèmes pharmacologiques.

Interviewer : D'accord.

MG6(+) : Donc c'est vrai qu'on a fait je crois des PPS infirmiers. Surtout une prise en charge à domicile. Mais j'avais peu de problème pharmacologique, pour des patients qui étaient peu polymédicamentés.

Interviewer : Concernant justement cette animatrice territoriale, qu'est-ce que vous avez pensé de ce rôle, est-ce que vous y avez fait appel à chaque PPS ? ou parfois c'était par vous-même que vous...

MG6(+) : ... il est fondamental pour des questions de temps. Fondamental pour des questions de temps. Parce que le formulaire est très chronophage, et la prise en charge déjà gériatrique est très chronophage avec vraiment une nécessité de prendre en charge la personne âgée. Et quand on en a besoin effectivement de coordination, de trouver aussi bien infirmiers ou médecins en quasiment 2 heures c'est quasi impossible. Au vu des planning actuels.

Interviewer : D'accord.

MG6(+) : Donc pour moi il est fondamental. (le rôle de l'AT)

Interviewer : et est-ce que parfois vous êtes passé vous-même par la plateforme téléphonique ?

MG6(+) : Maintenant je passe directement par la plateforme téléphonique directement.

Interviewer : D'accord. Très bien. Au niveau des améliorations qu'on pourrait apporter au projet, est-ce qu'il y a des axes auxquels vous avez déjà pensé ? des modifications ?

MG6(+) : Alors pour la petite histoire, ça fait un an que les animateurs du projet me tannent pour une formation PAERPA sur le territoire. Je viens de m'inscrire à une qui vient de se faire annuler... Donc pour une fois que j'avais les remplaçants justement, par faute de participants j'ai pas pu y participer... Le but du PAERPA c'était justement d'initier une prise en charge globale entre guillemets, et de faire. Mais elle est pour moi beaucoup trop administrative entre guillemet. Quand on voit les pavés qui a a remplir (me montre un dossier) c'est trop, ça ne correspond pas à une activité de médecine libérale, à une activité de médecine générale actuellement. Moi actuellement je suis beaucoup plus efficace sans PAERPA. Maintenant que j'ai mes référentiels, j'ai mes équipes effectivement. Où quand j'ai un patient qui est à risque ou autres, on a la plateforme téléphonique, on a les avis de consultations gériatriques si il faut. Et avec les infirmiers, les infirmières on va travailler beaucoup plus, de manière beaucoup plus rapide par SMS par des cahiers de liaison au domicile qui étaient déjà instauré et euh

par se téléphoner, avec les pharmaciens se coordonner. Que par la lourdeur administrative du PAERPA qui beaucoup trop cloisonné en fait.

Interviewer : Donc finalement le fait qu'il y est soit la plateforme qui regroupe un petit peu tout ou que vous appelez directement l'organisme auquel vous voulez faire appel c'est plus pratique... c'est beaucoup plus pratique pour vous que de faire / (dit en même temps)

MG6(+) : ...c'est beaucoup plus pragmatique que de faire ce lourd travail administratif qui est déconnecté, qui n'est pas faisable dans notre activité surchargée, et la plupart du temps, la plupart des items je les ai déjà repérés en 5 minutes en arrivant chez le patient, donc forcément nous on a la répétition effectivement des choses. Je dirai que quand on a un petit peu une formation gériatrique quand même on repère facilement les différents items, les risques de chute, les différentes choses. Et après une coordination. Parce que là c'est vrai que j'ai une patiente pour qui il y a vraiment l'ensemble des critères, qui n'était pas à risque de repérage, on était déjà en situation installée mais qui n'était passé inaperçu mais finalement on a tout mis en place sur le plan gériatrique et est rentré dans le réseau Repèr'âge et où j'ai une prise en charge à domicile avec plusieurs aides à domicile, avec des structures, avec des équipes infirmières, on n'est pas passé par le PAERPA. Si on avait voulu faire le PAERPA je pense que ça aurait été refusé par la patiente. Et/ou ça aurait pris beaucoup plus de temps pour une inefficacité qui n'aurait pas été meilleure.

Interviewer : Est-ce que, fin on en a déjà parlé un petit peu, avec les pharmaciens les infirmières ça n'a pas modifié votre manière de discuter parce qu'il y avait déjà cet esprit de réseau...

MG6(+) : ...moi j'ai déjà cet esprit, j'ai cet esprit-là, effectivement. Alors encore une fois c'est comme toujours si on n'a des interlocuteurs qui ont cet esprit-là aussi, qui est le PAERPA ou pas, bah on va le mettre en route très rapidement et très facilement. Là j'ai encore une pharmacie où le fax ne fonctionne pas je les ai appelé ils m'ont donné le mail et les ordonnances je les envoie par mail pour la patiente en question pour être sûr qu'il n'y est pas d'ordonnance égarée, même l'ordonnance je la prend en photo et je l'envoie sur le portable des deux infirmières dès qu'il y a une modification, et ça le PAERPA ne va pas le proposer, ils vont nous proposer un truc centralisé qui va être extrêmement chronophage qui va nous faire perdre du temps à tous, alors que là ça fonctionne déjà très bien comme ça.

Interviewer : D'accord, très bien. Est-ce que vous avez l'impression que ça peut être plus utile pour des patients qui ne sont pas bien entourés par exemple par leur famille ou qui ne peuvent pas eux même appeler pour accéder à un réseau, est-ce que c'était plutôt un travail d'assistante sociale ?

MG6(+) : Oui, oui. Alors encore une fois, alors c'est toujours ces patients-là qui sont les plus réfractaires à instaurer des choses, l'instauration du réseau. Mais le problème c'est souvent ces patients isolés qui veulent le moins d'intervenants possible. Or donc voilà. C'est plutôt un travail de longue haleine, Or faire intervenir le PAERPA de manière ponctuelle généralement quand on arrive à les faire accepter, effectivement il y a déjà beaucoup de choses qui sont en place, donc euh voilà. J'ai plus eu la difficulté

avec le PAERPA aussi parce que finalement le but c'était du "repérage" où j'aurai voulu j'aurai eu besoin de la mettre en place finalement chez des patients que je jugeais à risque effectivement où j'avais des premiers signaux d'alerte et...patients trop jeunes.

Interviewer : d'accord, donc on vous a parfois refusé de...

MG6(+) : J'ai eu deux dames refusées effectivement parce qu'ils étaient trop jeunes, pour faire rentrer dans le PAERPA. Donc j'ai des patients de 70 ans, et c'était trop jeune effectivement, et pourtant là on était bien dans un dispositif d'alerte avec quelques éléments qui commençaient à arriver ou finalement souvent le PAERPA en m'étant à 75 ans pour les patients à risque, alors où on a des patients 80 ans qui sont très actifs qui viennent au cabinet qui n'ont pas nécessité de déclencher le plan du PAERPA parce que pour eux ce n'est pas utile et qu'ils sont déjà capable, ou c'est déjà des patients isolés mais quand dans ce cas ils ont 75 ans ça fait déjà un certain temps qui le sont et qu'il y a eu les signaux d'alerte, qu'il aurait fallu le mettre en place bien avant.

Interviewer : D'accord. Donc vous avez l'impression que la grille ou les critères ne sont pas adaptés au terrain...

MG6(+) : ...ne sont pas toujours adaptés au terrain. Exactement ça.

Interviewer : D'accord. Très bien. Est-ce que vous avez l'impression que le projet PAERPA a modifié un petit peu votre pratique médicale ou est-ce qu'il a fait être plus en alerte sur certaines choses, ou c'était déjà le cas avant et ça n'a pas amélioré ?

MG6(+) : De prime abord j'aurai tendance à répondre non. Maintenant ça serait peut-être bien de temps en temps que je reprenne la grille pour voir si je n'oublie pas des items. De manière générale. C'est encore une fois c'est plus dans ce sens là où ça peut être bien d'avoir un référentiel auquel se référer effectivement pour voir si on n'oublie pas certains items ou si on n'a pas des scotomes sur certaines parties de prise en charge. Donc de ce point de vue là ça peut être intéressant. Maintenant encore une fois si on arrive à travailler de manière globale avec un réseau avec plusieurs intervenants je pense qu'on arrive à faire une prise en charge globale.

Interviewer : D'accord. Ou finalement ça vous a indiqué qu'il y avait des réseaux qui existaient...

MG6(+) : ... Exactement.

Interviewer : Et après c'était tout.

MG6(+) : Exactement. C'est plus ça m'a permis effectivement d'avoir la grille, les réseaux, d'avoir les correspondants d'avoir les différents intervenants les structures qui pouvaient exister, et généralement je pense que je vais plus vite en les contactant directement et en shuntant effectivement certaines passerelles.

Interviewer : Et est-ce qu'au vue de votre expérience, vous pensez que vous allez en faire de nouveau ? ou finalement vous allez passer par....

MG6(+) : ...actuellement je suis plutôt passé par le réseau alors le problème moi c'est que n'ayant pas une patientèle gériatrique, mais plutôt pédiatrique, le PAERPA me paraît pas être pour tout de suite pour c'est patient là (rires). En nouveau patient je

ne prends pas de patient non pédiatrique actuellement, donc voilà. Sur les patientèles, maintenant ma patientèle je l'ai, elle peut être à déclencher sur certaines personnes dont une situation peut évoluer. Mais avec le réseau je ne pense pas que j'aurai à déclencher le PAERPA qui serait plus sur des nouveaux patients où là je dirai on reprend tout à zéro et effectivement là oui ça peut être intéressant.

Interviewer : donc plutôt reprendre tout à zéro pour un nouveau patient et pour des patients que vous avez déjà ce sera au fur et à mesure par des petites choses.

MG6(+) : oui voilà effectivement, par des petites choses, pas re-déclencher la lourdeur du PAERPA.

Mais voilà la chose effectivement c'est que sans animateur territorial pour moi il est pas faisable parce qu'il y a ce rôle de coordinateur, de liant effectivement qui nécessite, parce que nous on peut pas se prendre 2 heures effectivement à coordonner avec l'infirmière et passer 2 heures sur ça c'était impossible, ça rentre pas dans le planning du médecin généraliste actuellement.

Interviewer : Donc l'animatrice elle vous a aidé...

MG6(+) : ...au départ sur la présentation du projet bien entendu, mais là effectivement c'est elle qui remplissait les 12 feuillets effectivement ou autres ou alors moi j'avais rempli les premières choses où j'avais repéré effectivement et après les différentes choses où il faut prendre le temps avec les personnes âgées c'est très très long de remplir les cases.

Interviewer : donc c'était vraiment au niveau administratif où elle remplissait à votre place ?

MG6(+) : Exactement.

Entretien n°7 :

Interviewer : je voulais savoir, comment vous définiriez la place de la gériatrie dans votre activité ?

MG7(+) : Alors, comment je définirais la place de la gériatrie dans mon activité...(réfléchis) Bah c'est une place prépondérante quand même dans l'activité, après je ne sais pas trop ce que vous...

Interviewer : est-ce que les consultations sont plus longues en gériatrie ? c'est plus de visites ?

MG7(+) : Alors, au niveau organisation tout dépend vraiment de l'âge et de la pathologie du patient, pour motif de consultation...voilà. Après c'est s'il y a eu hospitalisation pas eu d'hospitalisation, etc. etc. En règle générale une consultation, les patients on finit par bien les connaître, donc les consultations sont relativement bien cadrées, ça va relativement vite, après c'est sûr, les patients prenant de l'âge rapidement c'est des visites à domicile. Donc ça c'est vrai que c'est un petit peu plus

long mais globalement, voilà. Après le temps c'est variable selon le motif de consultation.

Interviewer : Je voulais savoir, comment avez-vous connu le projet PAERPA ?

MG7(+) : euh, bah c'est suite à notre formation médicale, sur Saint Amand on a une association qui regroupe l'ensemble des médecins généralistes et spécialistes, de l'amandinois. Donc on travaille avec l'hôpital et plein de confrères. Donc ça nous a été présenté à ce moment-là, par l'hôpital.

Interviewer : D'accord, très bien. Qu'est-ce qui vous a donné initialement envie de participer au projet ?

MG7(+) : bah c'est un réel besoin, nous c'est vrai, on a aussi, c'est vrai que les consultations peuvent aussi rapidement devenir chronophage, et du coup ça nous permettrait aussi d'avoir une vision globale. Tant d'un point de vue sociale, administrative, tout ça. Donc c'est vrai que c'était ça qui m'intéressait beaucoup.

Interviewer : Est-ce que, initialement, vous ressentiez des difficultés ou des freins à une prise en charge optimale pour prendre en charge vos personnes âgées ?

MG7(+) : ouais, tout le temps, même avec le PAERPA. (rires)

Interviewer : D'accord, et est-ce que vous avez déjà rencontré des difficultés pour que vos patients adhèrent à ce projet ?

MG7(+) : bah paradoxalement, quand on leur propose, nous en tant que médecin traitant, nous quand on leur propose le projet tout ça, ils adhèrent tout le temps. Et tous les patients que j'ai adressés au PAERPA, à partir du moment où il y a eu propositions de mise en place de soin, ils ont tous refusé.

Interviewer : Ils ont tous refusé ?

MG7(+) : tous refusé. Alors qu'au départ, quand je leur avais présenté le truc bah il trouvait ça bien. En disant voilà ça va être... voilà. Et à chaque fois, euh...l'infirmière coordinatrice venait me voir désespérée, en me disant voilà on a proposé ça, ça, ça. Bah je disais oui c'est exactement ce qu'il fallait, euh mais les gens ont refusé. Et du coup j'ai eu 4 cas je crois. 4 patients que j'ai adressés.

Interviewer : Parce qu'initialement quand on vous a proposé le projet, vous aviez déjà des patients que vous pensiez inclure...

MG7(+) : ah oui oui, justement. Bah ce qui répond au PAERPA, donc des patients un peu isolés, où on se retrouve vraiment démuni...

Interviewer : Très bien. Je voulais savoir aussi normalement pour faire le projet il fallait être avec l'infirmier ou le pharmacien, et le médecin traitant. Pour prendre en charge le patient. Qu'est-ce que vous avez pensé de la participation des autres corps de métier ?

MG7(+) : Bah en fait moi j'ai jamais assisté, en fait à chaque fois que j'ai demandé le passage du PAERPA, j'ai appelé l'animatrice, qui s'occupe ici à Saint Amand. A chaque fois, que je lui ai présenté le dossier, je suis jamais allée à la visite avec le patient, avec elle. Parce que ça c'est trop chronophage, c'est impossible. Donc quand

il y a une infirmière, fin dans deux cas ces patients n'avaient même pas d'infirmière parce qu'il n'avait pas vraiment de soins tout ça. Donc c'est une infirmière qui est venue avec euh...(l'animatrice), donc la patiente avait deux personnes inconnues en face d'elle.

Et dans les autres cas c'était des patients où c'était l'infirmière depuis tout le temps.

Interviewer : D'accord, est-ce que parfois c'était l'infirmière qui était à l'initiative de la mise en route ?

MG7(+) : non

Interviewer : c'est toujours vous ?

MG7(+) : ouais. Dans les cas que j'ai eu oui.

Interviewer : et est-ce que parfois le pharmacien a participé aussi ?

MG7(+) : non, jamais.

Interviewer : D'accord. Est-ce que vous pensez que les patients malgré l'acceptation initiale, comme c'était des personnes qu'elle ne connaissait pas c'est peut-être aussi pour ça qu'ils ont refusé ?

MG7(+) : Pas sûr non. Pas sûr.

Interviewer : et est-ce que souvent c'était des patients plutôt isolés ? alors que des patients plutôt entourés par leur famille en avait moins besoin ?

MG7(+) : non, souvent c'était des patients sans famille un peu isolé, et souvent elle s'en sorte parce qu'au départ elles ont des amis, voilà mais la plupart du temps c'est des gens sans...fin, quoique non un patient il y a avait son fils et tout ça. Mais son fils était un peu démuni parce que la patiente ne voulait pas de prise en charge, et en fait...Allez sur ma petite expérience, la majorité c'était des gens qui avaient quand même peu de famille et étaient quand même assez isolés, et j'ai deux cas où la famille était très proche, très demandeuse.

Interviewer : D'accord.

MG7(+) : Mais c'était la patiente qui cette fois-ci a... (refusé ?)

Interviewer : Est-ce que c'est déjà arrivé qu'on vous refuse l'inclusion d'un patient ? une fois avoir rempli le document PAERPA ?

MG7(+) : non.

Interviewer : D'accord. Concernant, l'aide externe, donc l'animatrice territoriale comme vous m'en parlez, qu'est-ce que vous avez pensé de ce rôle ?

MG7(+) : ah c'est bien. Très bien, un bon intermédiaire.

Interviewer : D'accord, est-ce que c'est déjà arrivé que vous passiez directement par la plateforme téléphonique ? et pas par l'animatrice.

MG7(+) : non, je passe par l'animatrice, beaucoup plus simple. En plus avec le temps on finit par se connaître tout ça, du coup c'est beaucoup plus facile. Et à la rigueur je lui explique le dossier déjà par téléphone. Et puis du coup la patiente arrive,

et moi je donne en plus le nom de cette dame là à ma patiente. Et du coup déjà il y a un... je dis voilà il va avoir une dame qui va venir, c'est Mme Untel, et puis voilà. c'est plus simple.

Interviewer : Est-ce que vous avez l'impression que le projet vous a permis de connaître des structures qu'initialement vous n'utilisiez pas ?

MG7(+) : oui, on est souvent mal renseigné en tant que généraliste.

Interviewer : Donc vous avez l'impression que c'était une porte d'entrée parfois pour...

MG7(+) : oui oui.

Interviewer : Est-ce que vous auriez des suggestions pour des axes d'amélioration pour ce projet ?

MG7(+) : ...comme ça non.

Interviewer : est-ce qu'il y avait d'autres choses à faire de notre part pour que les patients acceptent ?

MG7(+) : non je pense pas...je sais pas. Au départ, moi j'avais beaucoup, au départ quand le projet a été présenté j'étais vraiment très content. On était vraiment super content. Et on attendait beaucoup de ça. Et moi j'ai vraiment été très surpris du refus de prise en charge des patients. Là j'ai vraiment pas compris. Alors que c'était des gens que je connaissais bien. Et que je vois toujours et je ne comprends pas. Là vraiment il y a un truc que...

Interviewer : et en rediscutant avec ces patients ?

MG7(+) : Bah du coup-là leur réponse c'est non, "non j'ai pas besoin". Mais on leur dit, vous voyez il y a ça qui va pas, il y a ça qui va pas. Là vous pourriez être aidé pour ça. Vous pourriez avoir des aides pour ça. "Ah bah non ça va aller je vais attendre." Et c'est vraiment très surprenant.

Interviewer : Est-ce qu'il y a des patients qui ont été inclus, qui ont été acceptés, et vous avez vu une amélioration ?

MG7(+) : (rires...) Je n'en ai eu aucun.

Interviewer : d'accord, Et euh, est-ce que la manière de travailler, est-ce que ça aurait pu changer la manière de travailler avec les pharmaciens, les infirmiers ? est-ce qu'il y avait déjà un réseau existant ?

MG7(+) : bah je pense pas, je pense que la prise en charge, la façon dont les choses ont été amenées étaient bien. C'est vraiment voilà c'est vraiment le patient qui, qui a toujours l'impression qu'il va encore pouvoir se débrouiller seul. C'est ça qui est vraiment très paradoxal.

Interviewer : D'accord, est-ce que vous avez d'autres choses à compléter ?

MG7(+) : non

Interviewer : Donc pour l'instant ce projet n'a pas particulièrement amélioré la prise en charge de vos personnes âgées ?

MG7(+) : pour l'instant non, mais je, c'est vraiment une arme que je garde, et que je propose vraiment régulièrement en espérant que...après peut être qu'avec le temps, peut être que dans 6 mois ce qui a été fait pour ces patients -à, il y a déjà une première mise en place qui a été faite, ce sera peut-être plus simple, de revenir dessus et de dire au patient bah vous voyez il y avait ça qu'on vous avait proposé, est-ce que maintenant vous l'acceptez ? Et peut-être à ce moment-là ça va aller beaucoup mieux, parce qu'il y aura déjà une première approche qui a été faite. Là je pense que la deuxième cartouche ça va être bon. Je pense que voilà. Mais pour l'instant c'est encore un projet tout neuf, donc.

Interviewer : Et est-ce que vous avez l'impression, vous pour votre pratique médicale sans forcément passer par le projet PAERPA, ça a remis le doigt sur des choses auxquelles on faisait moins attention ? dans le quotidien, chez les personnes âgées, que le PAERPA vous aviez mis en tête ? ou pas forcément.

MG7(+) : chaque rappel est toujours bon à prendre, de toute façon, on s'inscrit toujours dans le temps dans des bonnes ou des mauvaises habitudes, je pense que c'est toujours bien de revoir un peu les choses.

Interviewer : Ça aurait peut-être un peu modifié vos pratiques en gériatrie ou pas nécessairement ?

MG7(+) : je ne pense pas. Non je crois pas, non je ne pense pas.

Interviewer : d'accord, et vous avez l'impression que ce projet pourrait être plus bénéfique pour des personnes qui sont du coup un peu plus isolées ? et qui n'ont pas d'aide ?

MG7(+) : bah c'est déjà le cas.

Interviewer : parce que des personnes un peu plus entourées on a peut-être d'autres béquilles pour les aider ?

MG7(+) : ouais ouais, (rires), oui oui. Fin je comprends pas bien.

Interviewer : Est-ce que par exemple, le projet peut être plus adapté à des personnes qui sont initialement isolées, et que vous ne pouvez pas être aidé par leur famille ou par leur entourage direct ? et du coup être aidé par des associations par des "gériatres", le CLIC. Où c'est valable pour tout le monde ?

MG7(+) : C'est plutôt pour des personnes qui s'isolent par eux-mêmes qui refusent les soins, une prise en charge, une aide à la préparation des médicaments. Ce genre de choses quoi. Une aide à la toilette ou souvent c'est des choses comme ça.

En fait ce qui a de bien avec le PAERPA c'est qu'il y avait vraiment le côté médical et après le côté aide social. Je pense que c'était ça aussi qui étaient très intéressants. Moi je trouve ça intéressant.

Interviewer : et au niveau de l'administratif, est-ce qu'au début vous aviez l'impression que ça allait vous prendre beaucoup de temps ? et puis finalement on vous a quand même aidé ?

MG7(+): non ça ne prend pas plus de temps, que voilà, non c'est assez efficace, c'est vraiment un système, c'est vrai qu'on a toujours un peu peur en médecine générale, on se dit ça va être chronophage. Et là pas du tout. Je pense que l'appel direct, ensuite la synthèse qui est faite par l'animatrice, je trouve que c'est bien ça prend le temps d'une consult. C'est pas mal. Puis après c'est vrai le fait que le patient peut être vu par d'un autre œil. Par un gériatre, par un psychologue, tout ça est quand même assez intéressant.

Mais bon malheureusement, pour l'instant c'est pas un franc succès. Je ne sais pas comment c'est chez les autres. C'est vraiment surprenant. J'ai vraiment le cas de personnes avec un profil complètement différent, de la petite mamie isolée sans enfant sans aucune famille tout ça, entourée par le voisinage et puis au bout d'un moment le voisinage s'essouffle. De la petite mamie avec une famille très présente, et qui voilà qui refuse que son fils continue à l'aider, qui refuse qu'on lui prépare ses médicaments, qui refuse la toilette. Et qui voilà, et quand nous en tant que médecin généraliste on lui explique elle dit "oui vous avez raison docteur, oui vous avez raison." Et puis quand on propose l'aide c'est non.

MG7(+): pour revenir sur l'histoire du temps je pense ça a vraiment été bien conçu sur ce sujet-là.

Quand les patients refusent et qu'après il arrive quelque chose moi ça me mine vraiment tout ça.

Entretien n°8 :

Interviewer : Je sais que vous avez participé au PAERPA, vous en avez fait combien à peu près ?

MG8(+): ...3-4, je dirai, il me semble, parce qu'après la personne qui était dédiée à ça elle a changé. Donc là j'ai revu le monsieur qui a pris sa suite, il y a peut-être quinze jours.

Interviewer : D'accord.

MG8(+): Donc on a plus ou moins remis ça en route, et là je vais commencer à revoir où en sont mes patients, donc je suis en train de me faire un petit listing de ce que je vais lui confier.

Interviewer : D'accord, très bien. Pour une question un petit peu plus générale, comment vous définiriez la place de la gériatrie dans votre patientèle, dans votre journée, dans votre organisation ?

MG8(+): ...Bah, je dirai importante parce que la population vieillit, parce qu'elle est polymédiquée, parce qu'elle est en attente de soin, parce qu'elle est je pense un peu trop cadrée dans notre vaste région avec les consultations mensuelles qui à mon avis infantilise beaucoup les patients, les rendent peu autonome les rendent dépendant du

médecin dépendant intellectuellement et euh voilà. Donc moi je pense que c'est important d'avoir une bonne prise en charge, surtout explicative, pour leur montrer que, voilà on peut travailler bien comme il faut en les voyant tous les 3 mois. Et que c'est pas parce qu'ils toussent qu'ils doivent avec des antibio, c'est pas parce qu'ils ont 80 ans qu'ils doivent avoir des statines, tout ça. Donc la gériatrie je pense que c'est quelque chose de très important qui à mon avis, est pas...si compliqué que ça. Contrairement à ce qu'on veut bien nous apprendre. Ça demande juste de consacrer le temps qu'il faut aux personnes qu'il faut. Si on veut voir 50 personnes par jour il ne faut pas faire de gériatrie. Je pense que voilà le généraliste à toute sa place en gériatrie, parce que je pense que si on est un bon généraliste on fait 99% de la gériatrie. Et l'utilisation des spécialistes elle est marginale. S'ils m'entendent ils vont gueuler. (rires)

Mais je ne mets à en cause leurs compétences, je pense qu'ils ont des compétences notables. (sonnerie du téléphone)

Interviewer : Je voulais savoir aussi comment vous avez connu ce projet initialement ?

MG8(+) : c'est la personne qui est venue me voir, euh la déléguée je ne sais plus comment on appelle ça.

Interviewer : L'animatrice territoriale.

MG8(+) : Voilà c'est ça.

Interviewer : Et vous avez adhéré tout de suite ?

MG8(+) : Moi j'adhère à tout ce qui est bien, qui me fait pas perdre beaucoup de temps, mais ça me gêne pas d'y consacrer du temps. Parce que j'estime que si j'y passe du temps maintenant et bah c'est mieux pour le patient. Ce qui est mieux pour le patient est mieux pour moi. Et voilà. Donc moi je suis pour tout ce qui est bon pour le patient, à partir du moment où j'adhère. Surtout dans une prise en charge qui est non médicamenteuse, qui est une prise en charge de vie etc. Donc tout ce qui est bon pour le patient moi j'adhère. O partir du moment où ça rejoint mes principes et que ça rejoint quelque chose qui pour moi à une efficacité qui semble être prouvée.

Interviewer : D'accord. Et pour continuer un petit peu là-dessus. Qu'est-ce qui vous a donné envie de participer à ce projet ? est-ce que parfois vous aviez des difficultés, des freins à la prise en charge de vos patients âgés ?

MG8(+) : Pas plus que ça. Mais je pars du principe que plus on regarde les gens plus on voit de choses, plus on est nombreux et mieux ça se passe. Donc moi j'essaie de prendre du temps j'essaie de bien analyser les choses. J'ai la chance d'avoir des internes des SASPAS et tout qui viennent compléter mon regard. Mais je me dis qu'on peut passer à côté. Et puis il y a des gens qui vont avoir, s'il y a des ergo des machins, ils vont avoir des compétences que j'ai pas. Donc voilà à partir du moment que je considère qu'eux vont apporter quelque chose dans un domaine où moi je ne suis pas compétent...

Interviewer : D'accord, est-ce que ça vous a permis de faire un réseau, de compléter votre réseau, donc avec les ergo par exemple ...(coupé) ?

MG8(+) : pas encore, parce que ça été relativement court, c'est à dire que la dame elle a vu peut-être quelques personnes, moi à l'époque, ça doit faire huit mois un an, que c'est tombé à l'eau, moi je n'avais pas une vaste patientèle parce que je suis installée depuis un peu plus de deux ans. Donc ce n'était pas carabinée comme patientèle, donc je pense que j'avais pas encore assez de patients à leur fournir et que voilà...Mais je pense que c'est amené à se développer. Clairement.

Interviewer : D'accord, est-ce que vous avez rencontré des difficultés auprès des patients pour introduire ce...

MG8(+) : non, c'est comme tout, moi je pense que les choses se passent bien à partir du moment où vous expliquez les choses calmement, que vous expliquez le bénéfice, que vous expliquez ça avec le sourire et pas comme le mandarin du CHU qui va vous pourrir parce qu'il l'a décidé. C'est tout après si le patient a l'impression que c'est dans son intérêt que vous lui expliquez bien que vous allez pas lui mettre le couteau sous la gorge et que voilà. Qu'il est acteur de son truc, s'il est d'accord c'est formidable, s'il ne veut pas il n'y a pas de problème, je ne vais pas le juger je ne vais pas le pourrir et tout ça, ça se passe bien.

Interviewer : D'accord. En fait lors de la mise en place du PAERPA, il fallait qu'il y ait au moins un infirmier ou un pharmacien, pour faire un contrat ensemble avec le médecin traitant, qu'est-ce que vous avez pensé de leur participation ?

MG8(+) : Moi j'ai trouvé que ça c'était bien passé, a priori, l'animatrice (fin je ne sais pas comment on dit) a peut-être un tout petit peu galéré vis à vis de certains infirmiers libéraux qui je crois malheureusement sont déjà à flux tendu et voilà. Donc voilà moi après je trouve que le fait de travailler tous ensemble c'est bien, ça veut pas dire qu'on est d'accord, mais ça veut dire que déjà on va voir des choses différentes et que moi je peux avoir un avis sur tel truc et que le pharmacien a un avis différent, après moi j'ai argumenté auprès du patient, et puis on va voir comment ça se passe.

Interviewer : d'accord. Est-ce que vous étiez dans les projets que vous avez eu à l'initiative ou ça été parfois le pharmacien ou l'infirmier qui parfois était à l'initiative de la mise en place du PAERPA ?

MG8(+) : ...on n'en a pas fait beaucoup, je crois que si on en a fait trois j'ai dû être à l'initiative de deux. Et peut-être un qui m'a été suggéré par une infirmière, je ne sais plus. Franchement, je ne sais plus, mais globalement comme on s'entend bien moi je suis très open à ce qu'ils me disent bah tiens on pourrait peut-être proposer tel ou tel patient et tout. Au contraire.

Interviewer : Très bien, et concernant justement l'animatrice territoriale dont on parlait, qu'est-ce que vous avez pensé de ce rôle ? Là par exemple vous me dites qu'elle va revenir dans pas très longtemps pour en rediscuter ? Est-ce que ça c'est essentiel ?

MG8(+) : oui oui, par ce qu'il faut quelqu'un pour coordonner ça. Moi je sais que les paperasseries c'est pas mon truc, si je dois commencer à gérer tout un tas de machin, c'est clairement ce qui était aussi dans les clous avec cette dame c'est que moi je voulais bien, je voulais bien consacrer un temps parce que faut aussi voir comme on est rémunéré pour ça, fin c'est quand même aussi normal que j'y passe du temps.

Mais je ne suis pas là pour signer un papier en trois minutes et me faire payer je ne sais plus combien là. Mais euh après, le but ce n'est pas non plus que je remplisse des paperasses tout le temps et que je doive recevoir quelqu'un toutes les cinq minutes, et passer une demi-heure à chaque fois. Non il y a un moment où si c'est faire des papiers pour faire des papiers etc, non on ne s'en sort pas. Après pour beaucoup, s'il y a un truc bien organisé qui est bien comme il faut que moi je peux consacrer un petit peu de temps que le temps que je consacre est proportionnel à ce qui m'est payé et que surtout ça suffise pour que le patient ait un bénéfice net c'est formidable.

Interviewer : D'accord.

MG8(+) : Après si c'est y passer du temps pour qu'on ait fait plein de papiers et que le patient il y ait aucun intérêt...mais le je trouvais que c'était bien, je trouvais que le cadre était bien fait. Il y avait les rôles de chacun, c'était bien comme il fallait, ça se passait comme ça, comme ça, comme ça.

Interviewer : D'accord. Donc là vous me disiez justement que vous alliez peut-être en refaire avec de nouveaux patients, donc c'est que votre expérience a été...

MG8(+) : ah oui pour moi c'est positif, il n'y a aucun problème là-dessus.

Interviewer : D'accord. Est-ce que ça vous arrive de passer par la plateforme téléphonique par vous-même ?

MG8(+) : Non

Interviewer : ou vous passez directement par l'animatrice ? (en même temps)

MG8(+) : Non parce qu'en plus comme c'était passé un peu à la casserole, bah après j'ai un peu laissé tomber, je ne savais plus trop où ça en était. La dame avait envoyé un mail pour expliquer qu'elle avait changé de poste je ne sais plus trop quoi. Donc après moi je m'étais dit qu'il n'y avait plus personne qui avait pris la suite, donc voilà. Donc non je ne suis pas passé par ça. Et voilà, et après avec elle je crois qu'elle avait mon portable perso, j'avais le sien. Je lui envoyais un texto en disant voilà j'ai un patient son nom c'est tac tac tac, ses coordonnées machin, je l'ai prévenu voilà, boum terminé.

Interviewer : D'accord très bien. Et est-ce que ça vous a permis de connaître des, par exemple je pense au CLIC, à la MAIA, de connaître des choses que vous n'aviez pas encore eu l'occasion de solliciter ?

MG8(+) : Pas plus que ça, parce qu'après je dirai qu'à partir du moment où on arrive, il y a des trucs qui se mettent en place des fois chez tel ou tel patient, vous connaissez pas trop, et souvent de ce côté-là les infirmiers, les patients cherchent, trouvent, et après soi-même on découvre les choses. Donc j'avoue encore, je dois être un peu à la rue pour tous ces machins-là quoi. Donc après s'il faut contacter, je connais plus ou moins les noms, donc je leur dis d'appeler tel truc tel truc, ils appellent et souvent il y a un interlocuteur en face qui après fait la transition. C'est comme tout...ça prend du temps.

Interviewer : Et est-ce que vous avez déjà pensé à des améliorations pour le projet, des choses que l'on pourrait faire évoluer ?

MG8(+) : Non moi j'ai trouvé que c'était bien, j'ai trouvé que c'était bien et que voilà, le seul petit frein, c'est un peu les 75 ans, parce que là par exemple j'ai une dame qui est malheureusement, qui a un Alzheimer carabiné, qui est à risque de chute monstrueux, enfin elle a le tableau parfait du patient qui aurait peut-être besoin d'un regard extérieur, sachant qu'elle est déjà bien entourée, mais elle a 73 ans. Donc je me dis qu'on devrait avoir peut-être une espèce de clause d'exception en disant que globalement c'est plus de 75 mais vous avez des personnes à 70 ans ils sont dans un état catastrophique, donc pour le coup est-ce qu'on pourrait pas de temps en temps peut-être je ne sais pas faire soit un papier supplémentaire, ou alors dire aux gens qu'on va être voilà dans quelques choses d'un peu exceptionnel. Mais avoir une certaine flexibilité là-dessus.

Interviewer : D'accord. et je vois par rapport à d'autres collègues sur le territoire, parfois on me parlait pas mal de Le Quesnoy, qui font pas mal de choses en gériatrie, est-ce que vous êtes rattachés par rapport à ça ?

MG8(+) : Bah moi j'utilise beaucoup Le Quesnoy pour les consultations de prise en charge des chutes du Dr S., parce que mon interne mon SASPAS a fait sa thèse là-dessus, j'ai découvert que c'était bien et je pense qu'après il y a une bonne prise en charge rééducative etc. Et je me dis pour le coup vous allez voir quelqu'un d'extérieur qui prend la personne une journée en hospit de jour, regarde mon ordonnance et va peut-être me dire bah écoutez là vous mettez des Benzo à demi vie longue c'est peut-être un peu merdique comme prescription. Donc je vais avoir besoin de quelqu'un qui me critique, et j'aime bien qu'on me critique. Et peut-être quelque chose qui va me permettre moi d'avoir un argument en plus auprès du patient pour lui dire vous voyez ça fait deux trois fois que je vous bassine avec votre Lexomil. Que je vous dis qu'il faudrait l'enlever, vous avez vu l'autre médecin il a dit que ce n'était pas bien non plus donc bon ça fait un argument en plus. Voilà, surtout pour avoir des kinés spécialisés là-dedans, des ergo, des machins, je trouve que c'est intéressant. Après je dirai que Le Quesnoy je passe par eux pour les hospit, bah je ne sais pas moi, j'ai une pyélo, une pneumopathie etc., après la gériatrie j'ai pas besoin de consultation de gériatre pour les maladies d'Alzheimer, pour les démences pour tout ça quoi.

Interviewer : Donc finalement, tout réseau supplémentaire est bon à prendre ?

MG8(+) : Pour moi, tout ce qui est bon à prendre, et qui ne va pas à l'encontre pour moi de mes données scientifiques et de tout ce qui peut apporter aux patients, est bénéfique. Après s'il faut passer par un gériatre, si je dis bah écoutez Mme Machin elle a 76 ans, une maladie d'Alzheimer tout ça, et que je l'envoie chez le gériatre et qu'il me la colle sous Exelon, là je vais gueuler. Là pour le coup c'est terminé il ne la verra plus et je ne lui enverrai plus personne jusqu'à ce que mort s'en suivent. Donc à un moment je suis un tout petit peu psychopathe de ce côté-là c'est à dire que pour moi l'intérêt c'est le patient. C'est pas...s'il y a un traitement efficace pour le patient si moi je prescris mal quelque chose et que le médecin me dit qu'il faudrait changer ça, si effectivement il a raison et que je n'ai pas d'argument contre, voilà si en gros moi je lui dis mais moi ça fait deux ans que j'essaie d'arrêter le Lexomil et qu'elle ne veut pas

et qu'on y arrive pas et que c'est le bordel, donc voilà lui il a eu raison de le proposer mais moi j'ai mes arguments. Après voilà si c'est pour me bousiller tout ce que je suis en train de faire, parce que moi je vois le patient tout le temps, avec des arguments médicaux qui n'en sont pas, là je ne suis pas d'accord.

Interviewer : D'accord.

MG8(+) : Donc c'est pour ça que j'ai une utilisation relativement restreinte des gériatres je dirai dans tous les bilans cognitifs etc. parce que je les fais et puis c'est tout.

Interviewer : D'accord. Est-ce que le projet vous avez l'impression qu'il a modifié un petit peu la manière de communiquer avec les pharmaciens ou les infirmiers ? ou avant il y avait déjà une communication ?

MG8(+) : Pour moi non, parce que j'ai de très bon contact avec les pharmaciens. Ils ont besoin il m'appelle on peut faire des avances de médicaments des trucs. Pour moi le but c'est que ce soit flexible. Pour les patients...pour les infirmières plutôt, voilà moi je suis très libre, ils ont mon portable perso, et on s'envoie des textos des machins, pour les INR et tout, on s'envoie des textos c'est moderne. Donc voilà ils m'appellent ils ont mon portable, ils me disent voilà j'ai vu telle patiente elle décaroche complètement faut la voir en urgence, hop je lui donne le rendez-vous à lui, il a la personne à côté il lui dit vous y allez à telle heure, donc terminé. Et puis j'ai les infirmières j'ai des textos trois fois par semaine. Donc on gère les trucs.

Interviewer : D'accord. Et une dernière question, par rapport à la participation à ce projet, est-ce qu'elle a un peu modifié votre pratique médicale ou plutôt parfois comme vous me le dites, avoir eu un regard nouveau sur un patient ?

MG8(+) : Bah je dirai que sur le pratique, j'ai pas beaucoup changé, parce qu'au final je...suis super fort (rires) Non je déconne. Mais non en gros, ça n'a pas changé des masses les choses, après je pense que...oui c'est plus pour compléter, des fois pour que peut être les gens voient un avis un petit peu extérieur. En gros je ne change pas mes espèces d'organigrammes, les choses comment je vais les organiser, mais des fois je me dis que voilà peut-être je vais tiens on va faire tel et tel truc, et puis ça va être une prise en charge supplémentaire pour le patient. Une prise de conscience supplémentaire donc euh... Après voilà c'est peut-être aussi parce que je n'ai plus en tête, mais ça a peut-être changé 2-3 détails, après bon peut être que je considère comme acquis une prise en charge qui ne l'était pas avant, voilà, je me suis peut-être appropriée un truc qui n'est pas de moi (rires)

Interviewer : Parfait.

MG8(+) : Mais c'est tout après, mais c'est aussi pourquoi je pense qu'il faut être plusieurs, voilà, à mon avis le médecin qui travaille tout seul, et là je ne parle même pas des associations de médecins où il faut avoir un cabinet de santé, vous pouvez être quatre médecins, si vous voyez vos patients et l'autre il voit ses patients, ça sert à rien. Moi je considère que le seul moyen de bien travailler c'est de travailler avec des stagiaires des internes, avec des gens qui vont voir dans vos conditions de consultations les mêmes patients. Ce qui n'est pas le cas pour moi de quelqu'un qui est complètement extérieur. Mais il peut donner un avis qui est totalement extérieur et

qui est tellement extérieur qu'il va être complètement détourné de ce que moi je mets dans mon ordinateur où j'influence les autres personnes. Mes internes notamment. Donc voilà je suis très influençant, je suis très modélisant. Trop.

Interviewer : Très bien parfait je vous remercie.

MG8(+) : Mais il n'y a pas de quoi.

Entretien n°9 :

Interviewer : Je voulais savoir un petit peu globalement, la place de la gériatrie dans votre activité, ou dans vos journées, comment vous le ressentez ?

MG9(+) : Alors moi la place de la gériatrie elle est très importante parce que j'ai une formation complémentaire en gériatrie, et j'ai été médecin coordinateur de deux maisons de retraite au départ puis d'une maison de retraite pendant fort longtemps, une maison de retraite attenante à l'hôpital de Le Quesnoy. Donc euh voilà, le travail en réseau et avec les collègues du service de gériatrie et voilà donc c'est quelque chose qui est important, et maintenant je n'ai plus de poste de coordinateur mais bon comme tout à chacun...j'ai déjà une fibre gériatrique et comme tout à chacun j'ai beaucoup beaucoup de patients gériatriques.

Interviewer : D'accord, parfait. Comment vous avez connu le projet PAERPA ?

MG9(+) : On m'a démarché. En fait non. J'étais au courant parce que mon épouse travaille, elle est psycho à l'hôpital du Quesnoy. Donc en gériatrie bien sûr, donc j'étais au courant très en amont, et puis après il y a la référente réseau qui m'a contacté pour me dire est-ce que vous êtes d'accord.

Interviewer : D'accord, très bien. Et, qu'est-ce qui vous a donné envie de participer à ce projet ? est-ce que c'était déjà initialement quand vous en avez entendu parler ou quand l'animatrice est venue vous voir ?

MG9(+) : Alors moi très clairement, et je l'ai dit très clairement à l'animatrice, j'ai...je trouvais qu'il n'y avait qu'une seule chose qui était intéressante dans le PAERPA, c'était justement l'animatrice réseau. Et que c'était justement le fait de nommer quelqu'un, et c'est pour ça que j'ai trouvé ça mais alors d'une idiotie totale de l'arrêter et de supprimer les animateurs réseaux, ce qui était intéressant pour moi c'était que le PAERPA c'était juste une formalisation d'un réseau qui existe déjà. Parce que moi je travaille en réseau avec les infirmières libérales, je travaille en réseau avec les kinés, avec les podologues, avec l'hôpital, avec les services de soins à domicile. Donc ça on le fait déjà. Mais le seul intérêt pour moi du PAERPA c'était qu'il y ait une personne humaine qui fasse le lien et en plus qui vienne chez les différents professionnels. Alors même si après ça peut être re-complété par du virtuel et de l'échange d'information par mail ou par téléphone ou peu importe. Mais ce qui était intéressant c'est qu'il y est quelqu'un qui fasse le lien humainement. Parce que c'est ça qui manque dans le réseau.

Interviewer : Oui, d'accord. Et donc là elle est venue vous voir (l'animatrice) et depuis est-ce qu'elle est revenue vous voir ?

MG9(+) : Bah non, parce que là apparemment il n'y a plus d'animateur PAERPA sur le secteur d'après ce que j'ai compris.

Interviewer : Là apparemment, il y aurait un nouveau, un monsieur.

MG9(+) : Bah peut-être. En tout cas...de mémoire comme ça je crois qu'il a repris rendez-vous là dans pas tellement longtemps. Mais il y a eu un trou d'un an ou six, ou huit mois je ne sais plus le temps qui est passé. Mais voilà, par contre l'animatrice qui avait c'était vraiment intéressant parce qu'elle était très dynamique, et elle venait avec des patients qui avaient déjà été repéré éventuellement pas d'autres professionnels et elle me disait "et vous ? machin", donc c'était vraiment un échange et du coup elle faisait vraiment le lien entre les différents intervenants, mais humainement. Et ça c'est bien.

Interviewer : D'accord, et donc là pour rebondir là-dessus, est-ce que quand il n'y a plus eu cette animatrice, est-ce que vous n'avez du coup plus fait de PAERPA ?

MG9(+) : Nan, j'ai plus fait de PAERPA, parce que de toute façon la problématique du médecin généraliste en ville, c'est la charge administrative. Donc de toute façon voilà. Et l'animatrice réseau ce qui était bien aussi c'est que c'était nous en fait sous forme, même s'il y avait deux trois formulaires à remplir, c'était sous forme d'un échange verbal. Parce que la prise en charge, moi je vais être claire, la prise en charge qui a été faite par le PAERPA, elle est, c'est pas pour euh... la ramener ou se mettre sur un pied d'estale, mais elle est pas différente de ce qu'on faisait avant et de ce qu'on fait maintenant. Parce que quand une infirmière voit que ça va pas elle nous appelle, ou elle envoie un texto, quand il y a une famille qui dit "alala les chaussons ça va pas" on a l'impression que...Quand nous on arrive et que les gens viennent nous ouvrir avec des chaussons pas possible, voilà. Ou la prévention chute quand le kiné...bon voilà. Donc il n'y a pas eu d'apport en termes de soins. En offre de soins il n'y a pas eu d'apport. Par contre en qualité de soin il y a dû avoir une amélioration de par la coordination, uniquement. Fin moi j'en suis totalement convaincue.

Interviewer : D'accord, donc pour vous c'était vraiment, vous aviez déjà votre réseau et c'était vraiment cette personne humaine qui coordonnait tout ?

MG9(+) : Absolument.

Interviewer : Parce que, initialement est-ce que vous rencontriez souvent des difficultés ou des freins pour la prise en charge de vos personnes âgées ? ou vous aviez déjà votre réseau qui était mis en place depuis longtemps finalement.

MG9(+) : Nous on n'a pas, fin je sais pas les collègues du Quesnoy, mais je ne pense pas que ce soit possible d'avoir des difficultés de prise en charge de la personne âgée ici au Quesnoy. On a toute la filière, bon moi en plus j'ai un peu un pied que j'avais, je garde un peu un pied... Mais mes collègues ça change pas en plus on est une petite ville on est sur un bassin de vie de 20 000 habitants, on est quand même pas mal centré nous les généralistes sur Le Quesnoy, nous on est des jeunes. L'hôpital de Le Quesnoy c'est quand même des jeunes donc on se connaît, ou on se croise...

Et on a toute la filière. Donc c'est compliqué d'avoir des problèmes de prise en charge. Et puis après les problèmes de prise en charge c'est aussi, pas toujours dû à l'offre de soin qu'on peut amener.

Interviewer : D'accord justement je voulais vous demander, est-ce que vous avez eu des difficultés auprès de vos patients quand vous avez voulu les faire entrer dans le projet PAERPA ? Est-ce que parfois ils ont refusé ?

MG9(+) : Alors de mémoire je ne saurai pas vous dire mais je pense que oui. Et puis les freins ils vont être, fin les freins ils sont surtout quand on est un début de suspicion de troubles cognitifs et qu'il y a une anosognosie. Fin comme toute le monde. Donc c'est vraiment ça le frein. Et puis après il y a aussi un petit peu le non-dit des familles, fin le déni des familles parfois. Et après le dernier écueil qui peut arriver, mais pour moi ça ne concerne pas le PAERPA, parce que quand je juge le PAERPA je juge pas le résultat final, par exemple la dame qui a besoin d'aides à domicile, c'est pas forcément (quand j'essaie de me dire qu'est-ce que ça apporte le PAERPA) c'est pas forcément que la dame est vraiment des soins à domicile si elle a refusé. C'est que dans les conditions les plus rapides et les plus optimales on est pu à un moment donné avoir quelqu'un notamment l'animatrice ou quelqu'un d'autre, ou la coordinatrice des soins à domicile, qui est venue en me disant voilà on peut vous mettre 6-8 heures par semaine d'aide à domicile. Après la dame refuse, pour plein de raisons, elle refuse. Mais c'est d'arriver à amener l'offre de soins.

Interviewer : D'accord. Donc quand vous avez fait des projets personnalisés autour de la personne âgée, il était nécessaire d'avoir soit un infirmier soit une pharmacie avec le médecin traitant pour être au moins deux. Qu'est-ce que vous avez pensé de la participation des pharmaciens ou des infirmiers ?

MG9(+) : Bah les infirmières, de toute façon, j'ai l'impression que les infirmières ont peut-être plus joué le jeu que les pharmaciens, mais je ne suis pas, fin...on a vraiment des infirmières qui sont supers, après (comme c'est anonymisé on peut le dire) comme toujours je pense qu'il y a des équipes qui sont un peu plus dans la prise en charge globale (ils fonctionnent beaucoup par équipe par duo ou trio ici) donc...il y en qui sont peut-être plus dans la prise en charge globale et dans le travail de réseau. Et les pharmaciens...je ne saurai pas trop vous dire, les pharmaciens je n'ai pas forcément de retour, mais les pharmaciens je pense qu'il y a un beau travail à faire sur l'observance et la dispensation des médicaments sans forcément que ça passe systématiquement par les infirmières. (Mais je le redis parce que c'est anonymisé) Je crois qu'il y a un moment donné une problématique économique qui faut regarder clairement, une infirmière quand elle va avoir préparation et dispensation des médicaments bah ça lui fait des actes. Donc voilà. Donc le pharmacien il va peut-être pas non plus se fâcher en ayant un service qui permet de préparer des plaquettes d'avance. Nous on est en dehors de ça.

Interviewer : Et vous travailliez déjà peut être, avant le PAERPA, avec le pharmacien, s'il y avait un souci de prescription ?

MG9(+) : Bah c'est pareil, les pharmacies, nous on a trois pharmacies au Quesnoy, la moyenne d'âge elle doit tourner aux alentours de 42 ans, même si moi quand je me

suis installée, ça fait douze ans, que je suis installé, fin ça devient l'eldorado médical ici chez nous. (rires) Bah ouais ouais, parce que les pharmaciens sont super attentifs et même les pharmaciens qui étaient installés depuis longtemps, ils appelaient systématiquement, ils se décarcassaient pour trouver un produit, fin vraiment c'est vraiment une très bonne qualité. On n'est pas du tout sûr de délivrer une ordonnance et puis basta. On est vraiment sûr autre chose. Dès qu'il y a une confusion, dès qu'il y a un problème, ils appellent tout de suite.

Interviewer : D'accord. Parfait. Et par rapport à cette animatrice territoriale, là on en a déjà parlé. Vous m'avez dit que pour vous c'était le point fort du PAERPA. Est-ce que parfois ça vous est déjà arrivé de passer par la plateforme téléphonique sans passer par l'animatrice territoriale ? ou systématiquement c'était l'animatrice ?

MG9(+) : Alors c'est l'animatrice qui me contactait plutôt, parce qu'en plus elle savait très bien et moi j'étais très claire avec elle dès le départ, donc je lui ai dit si moi je fonctionne avec le PAERPA, oui mais avec un seul interlocuteur etc. Et voilà. Le problème des réseaux et c'est comme un peu partout en France, à mon sens, c'est le problème de la multiplication des interlocuteurs. Il faudrait que voilà... On a le réseau de truc on a le réseau de machin. "Ah c'est super il y a le CLIC, ah oui mais le CLIC il ne s'occupe pas de tel machin" Puis après on a un coup de fil d'un gériatre de Valenciennes qui dit alors vous avez une patiente en accueil temporaire dans une maison de retraite etc. résultat des courses cet été j'ai eu un souci. Parce que l'information n'est pas remontée jusqu'à moi, comme quoi j'avais une de mes patientes que je suis en ville qui a été un mois dans une maison de retraite du Quesnoy et c'est un autre médecin qui l'a pris en charge. C'est un peu limite quand même. C'est franchement limite. Et donc euh...réseau réseau réseau réseau réseau réseau.

Interviewer : Et justement le fait que, je ne sais pas si l'animatrice l'avait expliqué, que la plateforme téléphonique regroupée plusieurs réseaux (le CLIC, la MAIA, etc.) et il y avait un premier interlocuteur ou un seul numéro ? Est-ce que parfois vous avez dit à des patients d'appeler tel numéro ?

MG9(+) : non, parce que nous, moi je fonctionne plus avec le CLIC ici, en plus il y a un accueil humain, parce qu'il y a une permanence du CLIC ici nous chez nous. Donc les gens connaissent l'hôpital, en général ils aiment bien les voir, c'est quelqu'un qui est assez dynamique et tout ça. Donc c'est pareil soit les gens appellent, mais moi à mon sens une plateforme téléphonique un peu anonyme etc., ça ne va pas bien. Ça va pas bien.

Interviewer : D'accord. Est-ce que vous avez déjà pensé à des améliorations sur ce projet ?

MG9(+) : Moi, je vais vous dire mais vous vous en doutez comme ça va complètement dans la droite ligne de la phrase que je viens de terminer. C'est pour moi, ce qui est évident, c'est qu'on clique un fric monstrueux dans les réseaux, il y a des dizaines et des dizaines de réunions de réseaux de machins de trucs etc., il faut absolument fédérer et il faut qu'il y ait une animatrice qui se déplace chez les infirmières, qui se déplace chez les kinés, qui ait un territoire à mon sens relativement limité pour bien connaître les gens et qui doit fédérer l'ensemble des réseaux. Et on

devrait ne pas parler de MAIA, de machins de trucs. Même si on garde et qu'il y a une spécificité et que là-dessus il n'y a pas de soucis. Mais on doit avoir un réseau personne âgée, fin "on doit avoir"...moi c'est mon point de vue. On doit avoir un réseau personne âgée, avec une animatrice qui connaît l'ensemble des réseaux qui va éventuellement re-déclencher tel réseau et tel réseau. Et on doit avoir nous UN interlocuteur. Fin c'est évident.

Interviewer : Est-ce que quand l'animateur territorial va venir vous voir, est-ce que vous serez prêt à refaire des PAERPA ?

MG9(+) : ah oui oui oui, bien sûr.

Interviewer : D'accord, très bien. Est-ce que vous pensez que la participation à ce projet à modifier un petit peu votre pratique médicale ?

MG9(+) : Alors en terme, de...

Interviewer : Ça vous a fait penser à des choses dont vous n'aviez pas pensé avant ou... ?

MG9(+) : Oui oui, un petit peu, notamment sur les consultations qui peuvent exister, spécifiques, incontinence ou chute. Parce que parfois c'est pareil on a quand même une multiplication des consultations. Sinon pas plus que ça. Il y a d'autres formes d'actions qui ont été faite par exemple récemment sur la iatrogénie, qu'on était beaucoup plus intéressante.

Il y a eu une interne en pharmacie qui a fait un très gros travail sur l'hôpital de Le Quesnoy, sur l'interface ville-hôpital, parce que c'est vraiment ça. Et euh en fait, c'était magnifique, malheureusement ce n'est pas pérennisé, parce qu'elle est plus là. Mais les patients sortaient donc avec leur ordonnance et puis une feuille avec ancien traitement / nouveau traitement. Donc vraiment une visualisation comme ça direct. Pif Paf. Et ça c'était un gros travail. Elle a fait deux fois six mois je crois. Et maintenant c'est tout, et c'est dommage, et c'était très bien pour le médecin, pour l'infirmière, pour le pharmacien de ville.

Je crois que, il y a à mon sens, on a mis trop de choses trop de sous trop d'énergie, dans le développement du réseau, fin pardon DES réseaux, avec des moments où ça se recoupe complètement. Et on n'a pas du tout, on pense jamais à l'articulation entre eux, fin si entre les réseaux je suppose qu'il réfléchisse, mais on ne réfléchit pas à l'articulation entre la ville et l'hôpital. C'est pas encore suffisant. Et encore nous ici sur l'hôpital du Quesnoy, ça va très bien parce que c'est très proche très local etc. mais, quand on travaille avec l'hôpital de Valenciennes par exemple. Même si ça s'est déjà bien amélioré, parce que maintenant ils sortent avec des courriers, on a des courriers électroniques. Fin voilà ça s'est bien amélioré.

Interviewer : très bien, est-ce qu'au niveau des améliorations aussi, il y a pas mal de vos collègues qui m'ont dit que parfois il y avait des patients en risque de perte d'autonomie qui avaient moins de 75 ans, est-ce que vous avez rencontré le problème (parce que normalement c'est au-dessus de 75 ans pour le projet) ?

MG9(+) : Ouais parce que je trouve que...oui je suis complètement d'accord avec eux parce que, moi je trouve que la définition de la perte d'autonomie elle est quand

même très très très large, et qu'à la limite le seul critère d'avoir, si on regarde vraiment stricto sensu à la loupe, je dirai qu'à la limite presque le seul critère de au-dessus de 75 ans c'est suffisant pour être en perte d'autonomie (rires) Donc oui je suis d'accord ouais.

Interviewer : Ok...

MG9(+) : Moi je reverrai les critères, vraiment pour dire perte d'autonomie, pour définir vraiment le RISQUE de perte d'autonomie. Et puis l'allonger, oh peut être jusque 70. Peut-être pas avant.

Interviewer : Très bien, est-ce que vous voulez rajouter quelque chose ?

MG9(+) : non non.

Entretien n°10 :

Interviewer : La gériatrie, dans votre patientèle, dans votre rythme de journée, vous la voyez comment ?

MG10(+) : alors j'ai pas beaucoup, j'ai fait le DU de gériatrie, j'ai même fait cours à la capacité, au DU de gériatrie, moi sur mon sujet de thèse, mais par contre c'est pas volontaire mais j'ai pas une patientèle très âgée en fait. Quand je regarde, quand je compare, vous savez sur les trucs de la sécu, j'ai beaucoup beaucoup d'enfants, de petits enfants, de bébés, et j'ai quelques personnes âgées, mais pas tant que ça en fait. C'est pas, fin voilà, c'est pas spécialement volontaire ou pas volontaire, c'est je pense que quand on s'est installée il y a 10 ans, 2 médecins jeunes, on a eu tout de suite beaucoup plus de patientèle plus jeune. Alors notre patientèle elle vieillit un peu, mais en même temps comme on. Fin je sais pas après c'est peut-être le fait d'être femme, qu'il n'y ait pas de pédiatre tout près, mais on a beaucoup, fin je fais beaucoup de pédiatrie. Sur une journée, je vais voir plus d'enfants, que de personnes âgées de plus de 80 ans ça c'est clair.

Interviewer : D'accord. Très bien. Et je voulais savoir ce projet, PAERPA vous l'avez connu comment ?

MG10(+) : Il y a quelqu'un qui était venu le présenter.

Interviewer : Ouais, est ce que vous avez adhéré tout de suite ? Est ce qu'on a dû vous relancer ?

MG10(+) : On a dû me relancer, pis c'est aussi se demander si c'est pas encore un truc qui est mis en place... On a la chance de travailler avec l'hôpital local du Quesnoy, qui est un petit centre hospitalier. Il n'y a pas de chirurgie, il n'y a pas d'urgences, y'a pas de machin. Mais par contre on a un bon pôle gériatrique et c'est vrai quand on est embêté on peut prendre le téléphone, et fin voilà on n'est pas tout seul. Je ne me sens pas toute seule face à ça. Ils ont une consultation chute, consultation mémoire. On peut faire des hospitalisations transitoires, bilan etc. On n'est pas, même si on est un

peu à la campagne, on n'est pas perdu tout seul au milieu de nul part. Voilà c'est le sentiment que j'ai par rapport à la gériatrie.

Interviewer : Donc en fait quand on vous l'a présenté ce projet là, vous avez plutôt vu ça comme...

MG10(+) : ...bah par exemple il y a le truc sur les chutes, je me suis dit bah ouais il y a déjà une consultation chute au Quesnoy, je ne vois pas trop le truc. Fin ouais pas comme...

Interviewer : Donc juste un réseau en plus ?

MG10(+) : En plus, mais pas comme quelque chose qui m'ait apparu forcément comme...fin ça ne me manquait pas, ça ne me manquait pas avant que ça apparaisse.

Interviewer : D'accord. Donc du coup comme vous n'étiez pas à l'initiative du projet est ce que les patients qui en ont bénéficié, est-ce que par exemple vous vous souvenez de patients qui en ont bénéficié ?

MG10(+) : ...Mme B. ? je ne sais plus. Vous vous avez les noms de ceux qui en ont bénéficié ?

Interviewer : Non non.

MG10(+) : Je ne sais plus, je crois qu'il y a madame B. (cherche sur son ordinateur) Bah l'infirmière d'E. elle fait pas donc c'est pas tout ceux d'E. Je me demande s'il n'y a pas eu madame S. Je ne sais plus en plus ça remonte à un moment. Je crois que j'en ai deux qui ont bénéficié.

Interviewer : Et est-ce que vous avez vu...il y a des choses qui ont été mise en place ?

MG10(+) : bah il n'y a pas eu de gros changements, pour vous dire je ne m'en souviens même pas. (rires) Alala, je crois qu'il y en a eu deux. Mais c'est pour ça quand vous m'avez dit que vous veniez m'interroger là-dessus, je ne m'en souviens même plus...

Interviewer : ...ah non non ne vous embêtez pas.

MG10(+) : Il n'y en a pas eu récemment en tout cas. Et du coup sur ce que ça a donné, fin voilà ça n'a pas été...

Interviewer : Vous n'êtes pas obligé de regarder. (sur l'ordinateur) Mais quand vous avez des soucis avec des personnes âgées, ou des prises en charge un peu plus globale à mettre en place, vous ne passez pas nécessairement par le PAERPA, vous avez déjà votre propre réseau ?

MG10(+) : Ouais bah en fait par l'hôpital du Quesnoy, directement avec les gériatres. En fait un des gériatres c'est le mari de mon associé de déjà. Déjà ça simplifie, fin voilà. Avec l'équipe gériatrique du Quesnoy, quand on a besoin, on arrive à les contacter facilement, à faire les choses facilement, fin c'est...

Interviewer : D'accord, bah c'est intéressant pour nous de voir que quand il y a déjà des choses à proximité, bah en fait le PAERPA ne sert pas forcément.

MG10(+) : Bah je ne ressentais pas forcément le besoin. Après le PAERPA, il n'y a pas aussi le truc pour l'hospitalisation ? c'est eux ou c'est pas eux ?

Interviewer : Hospitalisation non.

MG10(+) : En cas de l'hospitalisation de l'aidant etc. C'est pas le PAERPA ?

Interviewer : L'aide aux aidants ?

MG10(+) : oui

Interviewer : nan ça c'est encore autre chose oui.

MG10(+) : Parce que, alors là pour le coup j'avais été déçu, la seule fois où j'ai appelé, je me suis fait baladée de trucs en trucs et en fin de compte, j'ai dû me débrouiller toute seule pour hospitaliser le patient parce que c'était vendredi après-midi. Donc on me proposait quelque chose pour le lundi. Mais sauf que bon voilà... Pour le coup j'avais été déçu mais c'est pas le PAERPA. C'est pas le même truc.

Interviewer : Est-ce que vous avez plutôt vu ça comme un premier niveau de contacts avec un animateur territorial ? car je sais qu'il y a des collègues dans le secteur qui appelle ou qui envoie un message. Pour dire tel patient j'aimerais bien l'inclure. Et en fait après c'est l'animatrice qui fait tout le reste administratif. Est-ce que vous vous l'avez vu comme ça ?

MG10(+) : Oui c'est ça.

Interviewer : d'accord pas de soucis. Est-ce que vous savez si les infirmières ont déjà eu des réticences par les patients ?

MG10(+) : alors par les patients je ne pense pas, par contre je sais que celle (l'infirmière) d'E. je sais qu'elle ne voulait pas...fin elle trouvait qu'elle le faisait déjà et qu'elle n'avait pas besoin de PAERPA pour le faire. C'est vrai que sur le village avec les infirmières on s'entend bien, on est bien épaulée, on prend facilement le téléphone, on s'envoie des messages et c'est en dehors du PAERPA.

Interviewer : D'accord, très bien. Et en fait il pouvait aussi avoir une proposition par les pharmaciens.

MG10(+) : Alors ça je ne crois pas en avoir, je crois que j'ai eu 2 patients qui ont été inclus si je me souviens bien, et c'était par les infirmiers à chaque fois.

Interviewer : D'accord, par rapport à l'animatrice territoriale, est ce que vous vous souvenez qu'elle était venue... ?

MG10(+) : Oui je me souviens qu'elle était venue, oui.

Interviewer : Là apparemment sur le secteur...

MG10(+) : ... là j'ai un monsieur qui a pris rendez-vous cet après-midi. Je suis désolée je vous l'avais dit...

Interviewer : oui oui c'est vrai.

MG10(+) : C'est bête, il vient cet après-midi.

Interviewer : Non non pas de soucis, parce que du coup il y a eu une petite pause, un moment il n'y a pas eu d'animateur sur votre secteur.

MG10(+) : du coup forcément, c'est pour ça que je vous dis, c'est pour ça les deux patients ça remonte à, à mon avis, au moins deux ans. Fin c'était au début tout au début du truc. Du coup c'est un peu loin les souvenirs

Interviewer : du coup si l'animateur revient et vous le re-propose, est ce que vous seriez amené...

MG10(+) : ...bah faut voir si, mais la première fois qu'on me l'a proposé, j'ai pas eu l'impression que ça allait être un truc qui allait vraiment changer les choses.

Interviewer : Parce que vous avez déjà tout à disposition quasiment ?

MG10(+) : oui. Après fin voilà après peut-être qu'il va me représenter et je vais me dire "ah bah oui tiens voilà" et puis c'est vrai qu'on est aussi pris par le temps faut pas se leurrer. Fin moi j'ai fait le choix de pas travailler tous les jours. Donc il y a des semaines où je travaille 3 jours et demi, et des semaines 4 jours. Et donc du coup il faut tout caser sur la semaine, fin voilà on n'est...

Interviewer : Bien sûr. Et est ce qu'on vous avait parlé de la plateforme téléphonique ? Un numéro qui relie tous les réseaux ?

MG10(+) : probablement oui.

Interviewer : Du coup ça aussi vous aurait peut-être le rappel, ce qu'il y a de bien c'est qu'avec un rappel (venu de l'animateur) on peut le garder quelque part puis s'en resservir.

Au niveau des axes d'amélioration du coup c'est peut-être un peu difficile, de l'envisager ? Moi je suis contente d'avoir des avis de gens qui le font beaucoup, peu.

MG10(+) : bah ouais j'ai pas fait beaucoup et ça remonte à un moment. Pis c'est pas forcément, quand on me l'a présenté, je me suis pas dit c'est nul comme truc, c'est juste que je ne ressentais pas le besoin, ou de besoins particuliers. Tant pour le coup, je vous ai dit j'ai fait ma thèse sur le CLIC, le CLIC je vais orienter les patients, fin les aidants quand ils ont besoin de choses je vais les orienter parce que là ça me fait gagner du temps. Parce qu'on va leur présenter une offre de services etc. Donc pour le coup j'oriente des patients vers le CLIC. Pour le coup PAERPA, en fait, bon voilà c'était un peu plus....

Interviewer : oui vous avez déjà un réseau qui est fait, des habitudes.MG10(+) : Je me souviens dans les trucs il y avait la chute, les interactions médicamenteuses, je ne me souviens plus exactement.

Interviewer : la chute, la dépression, la iatrogénie, les troubles cognitifs...

MG10(+) : oui c'est ça. Alors troubles cognitifs et chute on a déjà des consultations spécifiques, donc c'est vrai que du coup...

Interviewer : Et est-ce que ça a modifié la manière dont vous avez discuté avec les pharmaciens ou les infirmières ? ou là pour le coup avec les infirmières y a-t-il eu des échanges supplémentaires comme elles étaient dans le PAERPA ?

MG10(+) : non c'est pareil.

Interviewer : d'accord très bien. Est-ce que vous avez l'impression que ce projet peut ou a pu modifier les prises en charge des personnes âgées ?

MG10(+) : Ouais ça fait un rappel, oui quand on vient vous parler de la iatrogénie, la fois d'après quand vous allez en visite voir une personne âgée, vous refaites le point, "est ce qu'il a besoin de tout ça ?". C'est bête on le sait, mais, c'est facile, on met en route des traitements et puis en fait de temps en temps savoir se dire, tient "qu'est-ce qu'on pourrait enlever ?" c'est bien aussi. C'est vrai que là reparler de iatrogénie bah du coup on y repense.

Interviewer : d'accord, très bien. Est-ce que vous avez d'autres choses à ajouter ?

MG10(+) : non, c'est pas une vision négative, c'est juste qu'en fait je ne suis pas rentrée dedans vraiment, alors après je pense aussi que le fait que l'infirmière du secteur elle n'ait pas adhéré au projet je pense que ça n'aide pas non plus. Parce que c'est des patients qui ont été pris en charge c'est l'infirmière d'autres villages. Donc après on va dans les autres villages, mais forcément les personnes âgées que j'ai c'est ici. Le fait d'avoir une bonne base avec le centre hospitalier, avec un recours quand même assez facile quoi. Par exemple, le délai pour les consultations mémoire est long, mais si une fois, nous on appelle la secrétaire et qu'on dit non là ça va pas du tout, ils vont s'arranger, ils vont rajouter. Aussi des fois si on a un problème ils vont nous prendre le patient en hospitalisation quelques jours pour faire un bilan. Fin c'est vrai on n'est pas démuné. Et en même temps comme je vous disais c'est compliqué, parce que je n'ai pas tant que ça de patients. Donc du coup voilà.

J'ai une de vos collègues qui fait une thèse de pédiatrie il n'y a pas longtemps, ils m'ont envoyé des questionnaires c'était pour les enfants de moins de 3 ans, j'avais une pile de questionnaire à remplir pour les parents, si je voyais les parents même si l'enfant était pas là, à faire remplir. En fait ça était rempli super vite, parce que des moins de trois ans j'en vois tous les jours.

Interviewer : Parfait.

Entretien n°11 :

Interviewer : en première question un petit peu plus globale, par rapport au PAERPA, la place de la gériatrie dans votre activité ou dans vos journées, comment vous la définiriez ?

MG11(+) : Énorme, mais bon j'ai un profil de patientèle, j'ai repris une succession donc il y a presque 23 ans maintenant, donc pis c'est la campagne donc j'ai un pourcentage sur les deux dernières tranches d'âge qui est en moyenne, je vois ça tous les ans, de 18 à 20% supérieur au référentiel région de ma caisse, donc CPAM du Hainaut. Je ne dois pas être la seule mais on est en campagne, donc plus de personnes âgées. C'est sûr.

Interviewer : D'accord, et j'imagine que c'est ça qui vous prend parfois le plus de temps ? c'est beaucoup de visites ?

MG11(+) : Oui beaucoup de visites, beaucoup de temps, beaucoup de contact avec les familles, pas toujours facile, les infirmiers au téléphone, les services de soins, voilà.

Interviewer : D'accord, comment vous avez connu le projet PAERPA ?

MG11(+) : je ne me souviens plus, je pense que j'ai reçu un courrier. Oui je me souviens j'ai été contacté par la gestionnaire de cas qui devait s'occuper de mon secteur, Mme C., que je connaissais déjà d'avant, parce qu'elle a fait une reconversion professionnelle, elle était déléguée médicale avant, voilà. Et donc...

Interviewer : ...elle était venue vous présenter le projet ?

MG11(+) : Oui, elle a été super réactive, on a démarré tambour battant, parce que c'était quand même très attendu, par moi, par les infirmières du secteur etc. Elle a travaillé avec nous 6 mois, puis je ne lui en veux pas, elle a été, on lui a proposé un poste ailleurs, là où elle habite, moins de kilomètres donc euh elle est partie. Et puis il y a eu un trou. Là depuis que S. est partie... Il y a un Mr qui m'a contacté récemment, qui reprend le secteur, donc j'ai rendez-vous avec lui la semaine prochaine.

Interviewer : D'accord.

MG11(+) : on va pouvoir redémarrer un peu les prises en charge.

Interviewer : Très bien, et donc par rapport à ça, qu'est-ce qui vous a donné envie de participer au projet ? Là vous me dites qu'il y avait beaucoup d'attentes de votre part et de celle des infirmières ?

MG11(+) : Les personnes âgées sont difficiles à bouger, j'étais encline à changer, tout ce qui est nouveau ça leur paraît compliqué. C'est pas facile de changer les habitudes, ils ont toujours peur d'avoir des choses à payer, la famille ne se rend pas toujours compte parce que la personne âgée à mon avis masque à ses enfants ses défaillances pour ne pas les embêter...Et donc tout ça c'est très compliqué, on se bat pendant des mois contre une carquette, avec des chaussures qui ne tiennent pas aux pieds, sur le sujet de la téléalarme parce que ça va coûter des sous, sur le problème des repas parce que ça coûte des sous, etc. etc. Fin tout est négocié mais âprement et parfois pendant des mois et parfois on n'aboutit à rien parce que "oh bah ça a toujours été comme ça et puis voilà".

Interviewer : D'accord, et donc vous attendiez ce...

MG11(+) : La notion de risque est, elle est, c'est tout le monde pareil, le risque tant qu'il n'est pas arrivé on ne le mesure pas.

Interviewer : C'est vrai, et donc ça quand on vous a présenté le projet vous...

MG11(+) : alors moi ce que j'ai trouvé intéressant c'est qu'il y avait quelqu'un qui allait passer, un professionnel qui allait dire, la même chose que moi en gros, que je répète depuis longtemps. Quelque fois quand c'est quelqu'un d'autres qui le dit, c'est mieux entendu ou c'est finalement accepté. Surtout quand la personne peut rassurer sur la prise en charge financière. Et ce qui m'a paru intéressant c'est qu'on pouvait

avoir un ergothérapeute, une psychologue, toutes ces choses, éventuellement je crois qu'il y a diététicienne aussi. Enfin voilà tout ça ce n'est pas accessible aux personnes âgées habituellement. D'abord c'est coûteux c'est loin, il n'y a pas de transports. Donc là ça vient à domicile, moi j'avais trouvé que c'était une très bonne idée.

Interviewer : D'accord.

MG11(+) : Puisqu'on nous demande de faire du maintien à domicile à outrance parce que ça coute moins cher à la maison et il paraît qu'ils sont mieux à la maison qu'en institution. Quand on voit certaines maisons on se dit que..., et certain fonctionnement de famille on se dit que ce n'est pas toujours le cas. Mais bon, voilà. Après la maison de retraite ça fait peur parce que c'est cher. C'est parfois insoluble. 2000 euros par mois euh...au minimum.

Interviewer : Et dans cette prise en charge, dans le PAERPA, il fallait être associé soit avec une infirmière soit avec un pharmacien, qu'est-ce que vous avez pensé de ce principe ?

MG11(+) : Le plus souvent c'est les infirmières, parce que c'est elles qui font le plus de boulot à domicile. Le pharmacien je ne vois pas trop...Il n'y a pas de pharmaciens dans votre famille ? (rires)

Interviewer : Justement est-ce que parfois c'était plutôt les infirmières qui vous proposaient d'inclure des patients dans le PAERPA ou ça était...comment ça se passait souvent ?

MG11(+) : On en a parlé et on est tombé d'accord sur un certain...après ça leur arrivé de me dire, "ah mais mamie untel ça serait bien aussi", ah bah je dis oui vous avez raison je n'y avais pas pensé. Pis vice et versa, moi j'ai pensé à des gens auxquelles elles n'avaient pas forcément pensé. Mais voilà, il y a toujours plus d'idées dans deux têtes que dans une.

Interviewer : Bien sûr, et au niveau des pharmaciens effectivement, en fait parfois il peut en avoir qui peuvent déclencher aussi des choses, par des prescriptions ou de rediscuter sur des ordonnances ?

MG11(+) : visage disant non

Interviewer : c'était pas le cas ? ça a toujours été avec des infirmières ?

MG11(+) : oui. Le pharmacien il ne sait pas toujours trop ce qu'il se passe à domicile. Alors ils peuvent être alertant quand il y a des ordonnances qui viennent de différents médecins. En général ils nous téléphonent directement en disant "vous savez que, entre-temps il y a tel médecin qui est intervenu, tel médecin, il y a eu telle prescription.

Interviewer : D'accord, très bien. Concernant donc cette aide externe, l'animatrice territoriale, qu'est-ce que vous avez pensé de son rôle quand elle était encore là ?

MG11(+) : Indispensable. C'est elle qui, quand ils sont dynamiques et entreprenant, ça avance. Ceci dit, malgré tout son bon vouloir, et son dynamisme, parce qu'elle m'a vu une dizaine de cas en un temps record. Le résultat final il n'est pas terrible. Parce que bon il y a eu des cas où elle m'a dit à "ça y est mamie machin elle a accepté les chaussures il n'y a plus qu'à faire la prescription, la téléalarme c'est en cours, elle est

d'accord pour ci pour ça, il n'y a plus que les prises en charge mais ça va se mettre en route" pis moi quand je suis repassée 15 jours plus tard chez la mamie elle me dit je ne signerai rien mon fils il m'a dit de surtout ne rien signer. Le fils interpellé il me dit "je ne suis même pas au courant, de toute façon elle n'en fait qu'à sa tête, et j'ai rien à dire".

Interviewer : et donc pour vous est-ce que c'était une des forces du projet initialement d'avoir cette animatrice territoriale, est-ce que sans animateur, quand elle n'était pas là, est-ce que vous avez fait des...

MG11(+) : non il n'y a rien eu de fait.

Interviewer : ce n'était pas pratique de faire sans animatrice ?

MG11(+) : oui voilà.

Interviewer : D'accord, est-ce que vous vous êtes déjà passés directement par la plateforme téléphonique, sans passer par l'animatrice territoriale ?

MG11(+) : non.

Interviewer : Au niveau des axes d'amélioration du projet. Si je veux résumer un petit peu, vous vous étiez motivés car c'était une attente, il y avait l'animatrice qui était un point fort, par contre est-ce dans les axes d'amélioration, est-ce que vous avez eu l'impression que ça a aidé les patients ? est-ce qu'il y a eu des choses qui ont été mises en place ? est-ce que ça a porté ses fruits ?

MG11(+) : oui, il y a beaucoup de déception, évidemment, mais en même temps je ne suis pas très surprise puisque c'est des choses qu'on essaie de mettre en place et on rame. L'idée c'est si quelqu'un d'autre qui intervient "peut-être que". En gros c'est peut-être que oui, un sur dix. C'est mieux que rien.

Interviewer : d'accord, pour vous c'était un outil supplémentaire, mais...

MG11(+) : Moi je pense que la chose indispensable qui pourrait peut-être faire changer les choses c'est que l'animatrice quand elle vient, elle demande absolument qui est le parent, l'aidant principal, présent. C'est le fils qui fait les courses ou voilà. Qu'il y est un membre de la famille qui prenne enfin conscience de. Et qui suive et encourage, parce que la mamie elle va pas oser dire. Et puis après la famille n'étant pas présente au courant etc. C'est des méfiants en campagne, on sait jamais ça pourrait coûter des sous, on va peut-être me demander de l'argent. Et c'est plus vite fait de dire "laisse tomber tout ça". "ou non moi je ne m'en occupe pas". Ils ont toujours peur de payer.

Interviewer : et concernant le travail en réseau. Est-ce que c'était une attente avec le PAERPA, ou est-ce que vous avez déjà à disposition autour de vous les réseaux nécessaires ?

MG11(+) : Bah il y a le service de soins à domicile, oui il y a des réseaux. Moi je trouve dans un réseau ce qui est important c'est pour nous sur le terrain, mon emploi du temps est quand même assez chargé. Je suis dans une situation précise au domicile d'une patiente, il y a tel ou tel problème si je peux avoir mon intervenant au téléphone, nous on gère les problèmes là maintenant tout de suite. J'ai contacté la

personne elle a pris les coordonnées, ça suit. Si je note sur un petit bout de papier, quand j'aurai le temps j'appellerai le service machin, truc muche, j'ai jamais le temps. (rires) Après oui je vais avoir le temps à 20 heures à 22 heures, j'ai personne. Donc euh. Service de soins à domicile, l'état est bien gentil mais il découpe donc moi maroilles j'ai des secteurs différents en SSIAD, selon que je suis dans tel ou tel village. Je travaille avec trois services de soin à domicile. Il y a des services de soin à domicile ça marche super bien, parce que j'ai le portable de la coordinatrice je suis en situation "allo Michelle, tatata" Elle note tout, elle me dit je passerai, pas demain pas après demain, telle date, voir la personne. Moi si je note sur mes tablettes quand j'aurai le temps je contacterai la plateforme machin je vais leur envoyer un mail à dix heures du soir, quinze jours après parce que tout d'un coup (j'y pense). Voilà quoi c'est compliqué, pour nous ce qui est, nous on gère, c'est-ce qu'attendent de nous nos patients. Ils arrivent à la consultation ils ont ce problème-là, ils attendent la résolution du problème là maintenant tout de suite. On est dans l'instant présent on n'est pas dans... Alors ça ça était un côté décevant, avec cette institution là, mais avec toutes les institutions. C'est on va prendre le cas, il va passer en réunion. Dans 15 jours, dans 3 mois.

Interviewer : ça dont le PAERPA vous dites ?

MG11(+) : pas forcément, avec S. ça travaillait au coup par coup, elle listait, je savais qu'une fois qu'elle avait les coordonnées de la personne, elle s'organisait elle passait un coup de fil elle disait je vais voir Mme machin demain à telle heure. Une paire de fois j'ai réussi à me débrouiller pour être en même temps qu'elle. Mais sinon... voilà.

Interviewer : D'accord. Est-ce que vous avez, la communication avec les pharmaciens, avec les infirmières ça a modifié quelque chose le PAERPA dans cette communication ?

MG11(+) : Non.

Interviewer : D'accord. Est-ce que vous avez l'impression que ce projet a modifié un peu, c'est un grand mot, votre pratique médicale ? C'est à dire que ça vous a, parfois quand on rafraichit la mémoire sur quelque chose, on se dit la prochaine fois j'y penserai un peu plus. Est-ce que ça a modifié quelque chose ? ou pas nécessairement ?

MG11(+) : Non.

Interviewer : Est-ce que vous pensez qu'avec un nouvel animateur vous allez refaire des dossiers ?

MG11(+) : Oui.

Interviewer : Oui ? d'accord. Très bien. Une petite question en plus, est-ce que par rapport au PAERPA vous aviez l'impression que ça pouvait faire une prise en charge plus globale pour un patient qui est en risque d'autonomie ?

MG11(+) : de toute façon la perte d'autonomie elle finit par arriver. Bah soyons logique. Ils continuent à vieillir.

Interviewer : et est-ce que le PAERPA pouvez être une prise en charge plus globale, quand il venait à la maison il voyait plusieurs choses ?

MG11(+) : oui.

Interviewer : Parfois il y a des collègues qui me disent qu'ils avaient l'impression que ça prenait trop la main par rapport à eux, ou est-ce que vous c'était votre sentiment ? Il y en a qui m'ont dit je n'ai pas besoin de ça pour savoir ce que je dois faire.

MG11(+) : ah bah on sait ce qu'on doit faire. Mais on n'y arrive pas. C'est là le blocage il est là. Je me souviens d'une histoire de carpette à la sortie du lit. Le monsieur était à risque de chute, sa fille habitait loin, il y avait une belle carpette grecque, et pas moyen, avec du carrelage bien lissé. Bon donc un jour je suis arrivée avec du scotch double face, parce que j'ai compris que la carpette c'était un souvenir de sa femme, leur dernier voyage après elle était tombée malade, elle était morte. Ah bah on ne pouvait pas toucher à la carpette. Alors j'ai mis du scotch double face. Et puis le mois suivant quand je suis repassée, il avait disparu, je dis bah pourquoi il a disparu ? Bah c'est la femme de ménage elle n'arrive pas à laver dessous. Je dis qu'est-ce qui est le plus important ? qu'il n'y ait pas de tâche sur le carrelage mais que vous finissiez à l'hôpital avec un col du fémur ? Donc j'ai remis du scotch. Mais l'aide-ménagère...Donc voilà et ça c'est terminé comme ça malheureusement, il a fait une chute il a été hospitalisé, c'était pas cette carpette là c'était une autre bon. Il y a les escaliers de la cave, toute sorte de chose. Maintenant je pense aussi qu'on n'imagine pas, c'est bien que c'est gens-là, les gens du PAERPA aille à domicile, pour voir un petit peu. Les hospitaliers des fois ils devraient y mettre le nez aussi, parce que des fois on entend des jugements d'hospitaliers, bah allez-y dans la maison de la mamie, c'est 19ème siècle, ça n'a pas bougé.

Interviewer : donc pour vous c'était une aide supplémentaire un autre regard qui pouvait appuyer aussi auprès du patient...

MG11(+) : ...ce qu'on dit voilà oui.

Entretien n°12 :

Interviewer : Je voulais savoir un petit peu, la place de la gériatrie dans votre pratique ?

MG12(+) : Alors moi j'en fais beaucoup, parce que j'ai fait le DU de gériatrie, donc j'ai beaucoup beaucoup de patients gériatriques, et voilà.

Interviewer : Est-ce que c'est beaucoup de déplacements ? de visites ?

MG12(+) : Il y a beaucoup de visites, j'en ai beaucoup au cabinet aussi.

Interviewer : Comment vous avez connu ce projet du PAERPA ?

MG12(+) : Je l'ai connu déjà quand j'ai fait mon stage en gériatrie. Parce que j'ai fait un stage d'une semaine donc là on m'en avait parlé qu'il y avait le PAERPA qui commençait à se mettre en place. J'y étais passé dans le cadre du DU, pas en tant qu'interne. Et du coup après c'est l'infirmière coordinatrice du PAERPA (sous-entendu l'animatrice*) qui est venu nous faire un petit cours entre guillemets, fin un petit rappel de leur existence, à quoi ça servait tout ça...

Interviewer : D'accord, très bien. Et initialement, est-ce que vous aviez des attentes, et c'était quoi vos attentes de ce projet ?

MG12(+) : Alors les attentes que j'avais, c'était 1, d'avoir un regard différent sur le patient. 2, d'avoir plus de temps pour le patient. Quand ils viennent faire l'évaluation ils prennent plus de temps, que moi en tout cas, pour cibler les problèmes. 3, ça me facilite énormément les choses parce que tu coups ça coule un peu tout seul je trouve. Fin ça ne me demande pas beaucoup d'énergie, hormis moi je vois les familles, fin les patients qui peuvent avoir des problèmes potentiels. J'ai juste envoyé un mail en disant "bah voilà..." Je pense qu'une fois que vous avez ciblé tel ou tel patient, faire une évaluation gériatrique globale standardisée, pour voir justement, authentifier les problèmes qu'il y a. Et après on met en place les choses qu'il faut.

Interviewer : D'accord, et quand vous me dites avoir un regard différent c'est avoir... ?

MG12(+) : Une autre personne qui regarde, je trouve que c'est mieux de travailler en complémentarité et d'avoir un regard multidisciplinaire aussi.

Interviewer : D'accord. Et est-ce qu'initialement vous aviez des freins à une bonne prise en charge avant le PAERPA ?

MG12(+) : Avant le PAERPA ? Les freins c'était le temps, c'est à dire que ça demande énormément de temps de faire une évaluation gériatrique standardisée. D'autant plus à domicile, c'est là où c'est le plus intéressant. Mais c'est là où ça demande le plus de temps parce qu'il faut se déplacer. J'ai déjà pas mal de visites de manière générale, donc ce n'était pas du temps que je pouvais prendre. Ou alors si si je peux le prendre, mais finir à 22h c'était pas mon mode de vie.

Interviewer : D'accord. Et quelles difficultés vous avez eu auprès de vos patients pour les faire adhérer à ce projet ?

MG12(+) : Alors c'était faire rentrer, il y a quelques patients, je pense il doit y en avoir 2, sur la totalité. Ce qui ne voulait pas de personnes étrangères, de personnes intrusives, qui rentrent en plus que le médecin chez eux. Notamment une infirmière (sous-entendu l'animatrice) qu'il ne connaissait pas. Et voyait pas forcément l'intérêt. Alors soit c'est parce que je ne l'ai pas bien expliqué, soit c'est parce qu'ils n'ont pas bien compris. Ça ça arrive aussi. Et il y en a 2 principalement qui ont été réfractaires à ça. Sinon ça se passe bien.

Interviewer : D'accord, très bien. Lors de la prise en charge avec les patients, il y avait besoin qui est avec le médecin traitant, soit l'infirmière, soit le pharmacien. Qu'est-ce que vous avez pensé de cette participation ?

MG12(+) : des différents acteurs ? Alors je pense que le pharmacien devrait toujours être intégré dans le sens où, moi ce qui me pose le plus de soucis c'est plus les génériques. Mais c'est pas souvent le cas. Parce que c'est pas ce qui est ciblé. C'est que les génériques, je ne sais pas s'ils ont une charte officielle ou pas, mais je pense que pour les personnes âgées il ne faut pas changer de marques de génériques en tout cas. Parce que j'ai déjà vu le cas, ça se retrouve assez fréquemment qu'ils ont 2 boîtes différentes et qu'ils ne savent pas en fait ce qu'ils doivent faire. Et ça ça peut-être problématique pour le patient. Qu'ils aient des génériques moi ça ne me choque pas particulièrement, mais il ne faut pas changer de marques. Il y a des pharmaciens qui changent tous les 3 mois d'appels d'offres. Et ça c'est le meilleur moyen pour les rendre confus pour les patients.

Interviewer : D'accord, et les pharmaciens ?

MG12(+) : Alors j'ai pas de retour.

Interviewer : C'était toujours avec une infirmière à chaque fois ?

MG12(+) : Bah c'est toujours l'infirmière j'ai jamais rencontré le pharmacien, alors est-ce que l'infirmière elle le fait venir ça je sais pas. Mais je n'ai jamais rencontré de pharmaciens dans le cadre du PAERPA.

Interviewer : Et lors du projet, quand vous avez voulu inclure des patients, c'était à votre initiative, à l'initiative de l'infirmière du secteur ?

MG12(+) : Non c'est quasiment toujours à mon initiative, bien souvent, ce que je fais, je me fais des rappels. C'est principalement des patients en visite. Donc quand je les vois je les cible, j'ai une liste qu'après j'envoie par mail à l'infirmière coordinatrice (sous-entendu l'animatrice), en notant les adresses, les numéros de téléphones, en mettant un petit mot sur le pourquoi de la demande. Et après c'est elle qui y va et on se revoit bien souvent c'est un ou deux mois après, une fois qu'elle a eu le temps de les voir. On se revoit on fait le point sur les patients, en disant elle ce qu'elle a ciblé, ce qu'elle a remarqué, et ce qui serait bien de faire. Et on va dire à 95% des cas je suis en accord avec ce qu'elle a vu et on va dans le même sens.

Interviewer : D'accord, et donc vous me parlez de l'infirmière coordinatrice, nous on parle de l'animatrice territoriale...

MG12(+) : C'est ça voilà, on parle de l'animatrice territoriale pardon.

Interviewer : Et donc qu'est-ce que vous avez pensé de ce rôle dans le PAERPA ?

MG12(+) : Pour moi très intéressant, parce qu'elle me fait gagner du temps, puis elle permet de bien, elle fait une vraie évaluation standardisée déjà, elle me cible des points que je n'ai pas forcément vu, alors je vois qu'il peut y avoir des points mais par aussi précis aussi pointu. Notamment sur les troubles de l'équilibre, sur l'alimentation / dénutrition. Et de toute façon je suis assez complémentaire parce que j'aime bien aussi les envoyer faire des évaluations standardisées en hôpital. Mais l'hôpital n'est pas le même que le domicile non plus, c'est pour ça que c'est intéressant de les voir à domicile. Et des fois, le réseau Repère'âge, c'est pareil je travaille beaucoup avec eux, du coup ils n'ont pas toujours le temps c'est pas non plus, ça ne relève pas non plus de leur ressort de certains problèmes spécifiques.

Interviewer : est-ce que vous avez fait effectivement la différence entre Repèr'âge qui est peut-être plus pour les personnes qui ont déjà une perte d'autonomie avérée...

MG12(+) : oui oui c'est ça

Interviewer : et le PAERPA ?

MG12(+) : des fois après de toute façon c'est le PAERPA qui me rebascule, quand ils font une évaluation ils disent "là c'est peut-être un peu trop important". Il bascule soit sur Repèr'âge soit sur le réseau de psychogériatrie. Qui se déplace aussi à domicile, donc c'est pas trop mal.

Interviewer : Donc c'était aussi une importance le domicile, ce projet, qu'ils viennent au domicile et qui voient le domicile ?

MG12(+) : Pour moi c'est très bien qu'il se déplace, parce que déjà les patients on ne les envoie pas à l'hôpital, ça limite les freins, ils acceptent plus facilement de faire une consultation, et surtout c'est qu'on les évalue à domicile. Parce qu'au final ce qui est important c'est dans leur milieu. C'est là où les problèmes apparaissent, si on les voit à l'hôpital qu'on leur demande "est-ce qu'il y a un tapis au sol ? est-ce que vous avez des barres ?" Bon. C'est toujours moins parlant que quand on le voit et quand on peut plus envisager comment organiser leur maison après.

Interviewer : D'accord, est-ce que vous avez déjà pensé à des axes d'améliorations pour ce projet ? Des modifications à apporter ?

MG12(+) : Bah je sais qu'il était question éventuellement de faire des réunions multidisciplinaires, avec plusieurs médecins. Pour justement pour faire des axes de réflexion voir ce que l'on peut faire. Concrètement à l'heure actuelle des choses j'ai pas forcément de pistes d'améliorations à apporter, je pense que si on m'en propose c'est sûr que je vais y réfléchir, et puis c'est peut-être là ça me fera prendre conscience de "ça peut être un bon point". Mais non moi je ne vois pas d'axes principalement, en tant que tel ça me semble déjà pas trop mal.

Interviewer : D'accord et j'ai des collègues qui me parlent aussi de la grille pour inclure les patients, qu'est-ce que vous pensez de cette grille ?

MG12(+) : C'est quoi ça ?

Interviewer : les grilles à cocher...ou est-ce que c'est l'animatrice territoriale ?

MG12(+) : elle me remplit tout.

Interviewer : d'accord donc vous n'aviez pas de papiers ?

MG12(+) : si faut juste remplir les feuilles de soins (rires) non non elle fait vraiment...fin c'est pour ça je ne vois pas quelles sont les freins. Elle fait tout. Faut le dire moi elle me remplit tout, on revoit juste après point par point, on voit ensemble ce qui était ciblé. Mais tout est rempli fin j'ai pas de papiers en plus, j'ai pas de charge administrative en plus, fin c'est pareil quand il y a des troubles de l'équilibre voilà c'est elle qui se met en réseau avec l'estrade qui leur demande après de passer à domicile, j'ai juste à remplir une ordonnance, c'est un gain de temps.

Interviewer : Après, sur des secteurs où il y a déjà beaucoup de choses qui sont faites pour les patients gériatriques, comme Valenciennes ou le Quesnoy par exemple, on me dit souvent que c'était pas une attente ce projet car il y avait beaucoup de choses, vous finalement, j'ai quand même l'impression qu'il y a eu un plus ?

MG12(+) : c'est un plus parce que c'est beaucoup plus pratique, car elle centralise plus de choses, et surtout pour la contacter c'est hyper simple. Je la contacte par mail, et puis après je lui envoie tout par mail, donc ça me prend, un fois que j'ai ciblé mes patients, ça me prend 5 minutes à rédiger le mail avec les coordonnées tout ça. Je lui envoie la liste de patients et après on se revoit une fois qu'elle a le temps de tous les voir. Donc je trouve que c'est plus didactique, et puis surtout elle centralise les choses. C'est comme ça que je le vois et après on distribue sur les intervenants différents.

Interviewer : Parfait, est-ce que ce projet a modifié la communication que vous aviez avec les infirmières ou les pharmaciens du secteur qui s'occupent du même patient que vous ?

MG12(+) : non, pas tellement. Non parce que c'est vrai que c'est un peu compartimenté, c'est peut-être ça qui manque. C'est les réunions multidisciplinaires, peut-être...

Interviewer : Pour avoir des retours des collègues ?

MG12(+) : ou c'est à dire qu'une fois ou deux fois par an, de se faire une réunion avec plusieurs pharmaciens, qui participent au projet, plusieurs médecins qui participent au projet, et plusieurs infirmières aussi. Donc tous les acteurs de soin, peut-être se réunir, une à deux fois par an pour discuter un petit peu de l'évolution des choses, ce qu'on peut changer ce qu'on peut modifier. Et ça ça pourrait être intéressant, éventuellement.

Interviewer : Parfait, une dernière question, est-ce que ce projet a modifié votre pratique médicale ?

MG12(+) : Je pense que ça l'a amélioré. Dans mon sens, parce que le patient est mieux pris en charge. Parce qu'on ne prend pas le temps de faire bien les choses même on sait ce qu'il faut faire. On prend pas le temps parce qu'on est bouffé par le temps, mais là au moins le patient est pris en charge de manière correcte. Surtout le patient gériatrique. Et on anticipe un peu les problèmes surtout ça. Plutôt que de réagir on agit. Je trouve.

Entretien 13

Interviewer : Quelle est la place de la gériatrie dans votre activité ?

MG13(-) : Heu... En termes de gériatrie euh... On a des statistiques là-dessus, on a des statistiques... euhhh on a des statistiques là-dessus, attends où est-ce que j'ai

ça (cherche dans ses papiers), je ne saurai pas te dire par cœur, entre 20 et 30 % j'imagine ?

Interviewer : D'accord.

MG13(-) : Ben de toute façon en médecine générale la gériatrie c'est une part importante. J'aurai dit 20 à 30 % de pédiatrie, 20 à 30 % de gériatrie, et 40 à 60 % d'au-milieu quoi. Grosso modo peut-être 30 % en ce qui me concerne. Les plus de 60 ans ?

Interviewer : Pour le projet PAERPA c'est même les plus de 75 ans.

MG13(-) : Moi je dirai 30 % environ de personnes de plus de 60 ans.

Interviewer : D'accord. Avec des gens... en majorité au domicile ? Est-ce que vous intervenez aussi dans des institutions, des EHPAD ?

MG13(-) : J'interviens comme médecin traitant chez des patients qui sont en EHPAD, ici au village et dans le village d'à-côté, donc dans 2 EHPAD, j'ai 4 patients, 2 et 2. Et sinon j'interviens à domicile chez des gens âgés, qui n'ont pas de moyen de locomotion ou dont l'état de santé ne permet pas de sortir. Alors je fais des visites à domicile chez des personnes âgées dépendantes, et non autonomes.

Interviewer : D'accord. Est-ce que vous pouvez me dire comment vous avez entendu parler du projet PAERPA ?

MG13(-) : Le projet PAERPA j'en ai entendu parler la première fois avec un agent de la Sécurité Sociale, ceux qui viennent nous donner les fameuses statistiques, euh, qui viennent nous parler de la convention, qui viennent euh, qu'on rencontre 3-4 fois/an, ici, et qui au cours de ces entretiens, et bien nous informent de différents sujets, dont le PAERPA.

Interviewer : Donc ça venait vraiment de la Sécu, et après est-ce que vous avez revu quelqu'un qui vous en a reparlé ?

MG13(-) : J'ai revu le même agent de Sécu qui m'en a reparlé une deuxième fois.

Interviewer : D'accord. Et il n'y a pas eu d'animatrice, qui s'occupe spécifiquement de ça, qui sont venue vous parler des différentes branches du projet ?

MG13(-) : Non.

Interviewer : D'accord. Et du coup pour quelles raisons est-ce que vous aviez refusé d'y participer ?

MG13(-) : Ben... Moi pour moi la première raison, c'est que ça apparaît... Déjà je sais même pas ce que ça veut dire PAERPA...

Interviewer : Rires. Ça veut dire Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie.

MG13(-) : Voilà. Ensuite deuxièmement ça m'a paru... Enfin si mes souvenirs sont bons, c'était... comment dire... ça ressemblait à un rassemblement de tout ce qui peut se faire autour de la gériatrie, entre les différentes aides, les différents organismes, les différents... euh euh... associations... Tout ça était réuni sur une même page, et le PAERPA c'est le plan qui permettait de coordonner tout ça. D'une certaine manière

moi j'ai compris ça de loin. Donc, ça m'a déjà paru comme quelque chose de lourd, compliqué et de supplémentaire. Et si tu regardes un petit peu autour de toi, tu te rends compte qu'il y a des tas de papiers, il y a des tas de dossiers en attente, et de toute sorte. Là ce matin j'avais encore, j'ai appris des mots encore ce matin... Bon ben, on n'a pas le temps, on peut pas, franchement, j'ai découvert des trucs qui se faisaient, des trucs très bien hein, mais, heu... à quel moment je peux m'intéresser à ça pour mettre en place des choses ? Je le vois pas. Voilà ça m'a paru relativement lourd comme processus, ça m'a paru... Alors, l'argument c'est de dire oui, mais, qui m'avait été exposé, c'est de dire « ça va simplifier les différentes prises en charge qui peuvent exister, ça va les rassembler, ça va les unifier. » D'accord...(ton ironique/dubitatif) Le problème c'est qu'unifier, ça prend du temps. Et c'est notre ennemi, en pratique libérale.

Interviewer : OK

MG13(-) : Tout est minuté, tout est secondé, et j'ai fini tous les jours à 21h cette semaine, sauf le mercredi où je ne travaille pas, je n'ai fini qu'à 17h, alors que je ne travaille pas l'après-midi, donc si ensuite on rajoute des coordinations... Voilà, deux fois on me l'a présenté, deux fois ça m'a paru...un truc en plus, et pas, tu vois, une simplification. Tu vois, le dossier, il est là, il me l'a donné (sort le dossier PAERPA) Je l'ai pas sorti, quand tu m'a appelé, j'ai pas sorti le truc, hein, c'est là maintenant que je, hein, il me l'a donné, il m'a donné les avantages et les inconvénients, et il m'a expliqué, il m'a expliqué, on a passé 1/2h, 3/4d'h, et puis de là je l'ai mis sur un côté, et je t'avouerais que depuis ce temps-là, c'est toujours sur le côté.

Interviewer : Ça n'a pas été ouvert, d'accord. Et ça c'était il y a combien de temps ?

MG13(-) : C'était en juin 2015. Voilà... Donc, c'est à ce moment-là que j'ai entendu parler du PAERPA, ensuite à 2 - 3 reprises j'ai entendu parler aux infos ou sur des documents, sur des magazines médicaux que ça allait être mis en place dans la région...

Mais on m'a parlé d'un truc... tu vois si je te dis « GRIPS, voilà on a mis le GRIPS en place, ça va s'installer », ben ça me dit pas ce que c'est ni comment ni pourquoi, ni quand, et surtout ça me dit que ça va me prendre du temps et que je n'en ai déjà pas. Donc voilà un peu comment j'ai découvert le PAERPA.

Interviewer : Donc dans le détail à aucun moment quelqu'un qui s'occupait spécifiquement du projet qui est venu vous le présenter en pratique comment ça se passait?

MG13(-) : [Sort un graphique*] Voilà je me souvenais de ce graphique, c'est à dire en fait un graphique qui rassemble tous le nom ... alors tu vois j'ai lu ça, déjà il y a les 3/4 je ne sais même pas ce que c'est. Heu... la MAIA, alors bien sûr si on regarde de près on va retrouver, mais... (lit le graphique) les unités multidisciplinaires de fragilité, les acteurs sociaux ... 06:51

Voilà... pris un par un, machin, donc, à un moment donné, moi je suis confronté, on va parler plus sérieusement, je suis confronté quand je vais chez les personnes âgées, c'est à dire, et des problèmes concrets et chroniques, c'est à dire que j'y vais tous les mois ou tous les 2 mois chez les gens, petit à petit ils perdent un petit peu tous les

mois, de l'autonomie. C'est pas genre, j'y vais pour la première fois, et je me rends compte qu'ils ont un oeil en moins, qu'ils ont des escaliers partout et qu'ils ont pas de lit... Non, c'est pas comme ça. Ça fait 5 ans que je vais chez quelqu'un tous les mois ou tous les 2 mois, et là cette semaine elle me dit qu'elle a mal à son dos et qu'elle aimerait bien un fauteuil. Ou un déambulateur. Et peut-être que dans un an elle me dira qu'elle a du mal à faire son ménage. Et que ... Et donc à chaque fois on peut faire intervenir un intervenant. Donc, euh, et tous les gens, tous les organismes qui sont là on les appelle à l'unité une fois de temps en temps.

Interviewer : D'accord.

MG13(-) : C'est quand même pas tous les jours. Je sais pas moi par exemple, une consultation gériatrique mémoire, en 2016 j'ai dû en demander 4 ou 5. Par exemple. Donc t'imagines sur 12 mois ça fait 1 tous les 3 mois. Avec un délai de 3 mois à chaque fois. L'EHPAD, donc j'y vais une fois tous les mois, donc j'ai 2 patients qui vont bien, qui sont suivis, qui sont réguliers, donc voilà... Heu... Les plates-formes de répit... En 2016, j'ai dû y faire appel... J'ai une patiente Alzheimer, qui est traitée, dont sa fille s'occupe d'elle, et qui demande du répit. Donc une en 2016. Moi je travaille aussi régulièrement, enfin régulièrement, quand j'en ai besoin, avec le réseau Repèr'Age, à Valenciennes, tu vois ? Donc quand j'ai une perte d'autonomie relativement brutale, par exemple, un malade atteint d'Alzheimer ou équivalent, et qui sur quelques semaines, perd de l'autonomie au point de ne plus faire ses courses, de plus faire le ménage, et que l'on sent que l'hygiène est défectueuse etc... Dans l'urgence par exemple sur l'hygiène on appelle l'infirmière, pour faire les toilettes, on appelle la famille pour faire quelques courses, et puis j'appelle le réseau Repèr'Age pour refaire un bilan avec la patiente, la famille, moi, et puis par exemple l'infirmière... Mais ça, sur les 10 dernières années, j'ai dû le faire 4-5 fois par exemple.

Interviewer : D'accord. Et du coup vous avez d'autres interlocuteurs au rapport aux problèmes reliés spécifiquement à la gériatrie ? Vous m'avez dit Repèr'Age, l'infirmière ?

MG13(-) : Oui il y a Repèr'Age. Souvent il y a les associations d'aide à domicile, on a souvent affaire à eux, parce que chez les personnes qui en ont besoin, ils viennent tous les jours apporter les repas, ou ils ont des auxiliaires de vie qui interviennent 2-3 fois par semaine pour faire le ménage, etc... Ensuite c'est les infirmières à domicile... Voilà... Donc les associations comme ça, ici c'est genre, il y a les abeilles, je crois, il y a Ecaudun je crois aussi...

Interviewer : OK. Donc vous avez quelques adresses, enfin quelques contacts comme ça, et en fait comme c'est vraiment très ponctuel...

MG13(-) : Oui c'est très ponctuel. Alors, voilà. Alors après il y a des choses que nous on n'utilise jamais. Psychogériatrie, éducation thérapeutique... pfff...

Interviewer : D'accord. Par rapport au projet, spécifiquement, vous êtes dans le secteur de Denain, vous avez des patients qui sont hospitalisés à Denain ?

MG13(-) : Oui

Interviewer : Et par rapport à la branche du projet PAERPA qui concerne principalement la conciliation médicamenteuse ?

MG13(-) : Tu peux me redire ce que ça veut dire PAERPA ?

Interviewer : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie.

MG13(-) : D'accord. Et donc le projet PAERPA ça veut dire quoi ?

Interviewer : Alors justement, il y a 2 branches du projet, et moi je venais surtout vous voir par rapport à la partie qui concerne les personnes âgées de plus de 75 ans, jugées à risque, qui sont hospitalisées à Denain et pour lesquelles ils font une conciliation médicamenteuse qui intègre du coup les pharmaciens et les infirmiers de ville avec un rôle central du médecin traitant pour coordonner tout ça. Donc vous, vous n'avez jamais entendu parler du rôle du pharmacien dans ce cadre-là ? Le projet PAERPA en fait vous n'avez jamais entendu parler dans les détails de ce que ça voulait dire ? A part ce gros graphique ?

MG13(-) : Voilà j'ai pas été plus loin.

Interviewer : Il y a peut-être des infos dans tout ça, mais vous n'avez pas...

MG13(-) : Et puis tu comprends que quand tu vois un dossier de... il y a combien de pages, il y a 30 40 pages ? Je me suis arrêtée à la page 2. Parce qu'après le téléphone... Ça m'étonne d'ailleurs qu'il n'ait pas sonné. Je pense que ça va sonner dans pas longtemps. Et donc du fait je suis interrompu, donc du fait faut que je passe à autre chose, et donc du fait...

Interviewer : OK. Mais donc, pour les patients hospitalisés à Denain, pour les médecins qui étaient d'accord pour participer, et si les patients sont d'accord, ils font une évaluation thérapeutique. A la sortie, le patient a une ordonnance de sortie de 7 jours, qui a été "épurée", pour laquelle il y a eu une conciliation médicamenteuse, avec une coordination entre le gériatre et le pharmacien de l'hôpital, et quand le patient sort, il va directement voir son pharmacien de ville, qui refait une explication thérapeutique sur les médicaments, qui réexplique le rôle de chaque médicament pour que les gens aient une meilleure observance et compréhension du traitement. Ca, qu'est ce que vous en pensez ?

MG13(-) : Ah ben moi je trouve ça très bien ! Le problème c'est que les personnes âgées, surtout dépendantes, au niveau compréhension, elles sont souvent limitées, donc c'est quelque chose à mon avis qu'il faut répéter.

Interviewer : Oui

MG13(-) : Mais bon, dans la démarche, c'est un bon début. De toute façon, on n'est pas pour donner 40 médicaments à une personne âgée, donc, plus on simplifiera mieux ce sera pour eux, pour l'observance, pour la tolérance, pour tous les risques qu'on sait... C'est bien !

Interviewer : Et du coup est ce que vous connaissez le rôle de l'animatrice territoriale, dans le cadre du projet ?

MG13(-) : Inconnue au bataillon.

Interviewer : Rien du tout ? En fait c'est des personnes qui étaient censées à la base surtout présenter le projet aux médecins traitants, pour lancer le projet, mais qui restent actives maintenant que le projet est bien lancé, car les médecins continuent à faire appel à elles, eparce qu'elles font initialement l'initiation de ce qu'ils appellent les plans de personnalisation de soins, en ville, et elles continuent de faire la coordination, pour les gens qui sortent de l'hôpital, pour éventuellement rappeler tous les gens qui sont sur le fameux graphiques, pour essayer de faire toutes les tâches administratives, justement, chronophages, la coordination entre les gens qui interviennent dans le projet... Ca , est ce que ça vous semble aberrant, qu'il y ait quelqu'un d'extérieur, qui ni soit ni médecin ni pharmacien, mais qui essaie de faire de la coordination de tout ça?

MG13(-) : Aujourd'hui, les personnes qui font ça, c'est ou les assistantes sociales, ou la famille.

Interviewer : D'accord

MG13(-) : Tu comprends ? Quand il y a quelqu'un qui sort de l'hôpital avec un traitement, ou des besoins en quelque chose, on le disait, toilette, aménagement du domicile, besoin de personnel pour le ménage, ou quelqu'un pour la cuisine, c'est ou l'assistante sociale à l'hôpital avant de sortir, ou la famille, pas avant de sortir bien sur, mais à domicile, quand elle est rentrée. Donc que ce soit quelqu'un encore d'autre, pourquoi pas, s'il n'y a pas de famille il y a plus d'assistante sociale. Mais bon, ce travail, il y a déjà quelqu'un qui le faisait déjà, et donc, quand on est à la maison, qu'on arrive pour les prescriptions, le suivi, etc...à la sortie de l'hôpital, ou 15 jours, ou 1 semaine, ou le mois d'après, ce travail il a déjà été fait, donc pour moi...pff

Interviewer : Et du coup, elles font aussi le suivi, quand il y a un plan personnalisé de soins, elles voient un petit peu l'évolution des choses et si ça s'améliore, si on continue, si on arrête...

MG13(-) : Mais c'est le même principe que les femmes qui ont accouché, et puis elles sont vues par les sage-femmes à domicile pendant plusieurs semaines... C'est le même principe. Tant mieux pour les patients, pour la famille qui aide etc, mais en ce qui me concerne, je ne le vois pas. Moi je ne le vois pas. C'est à dire, il y a des gens, oui pourquoi pas, moi ça ne me dérange pas.

Interviewer : Pour vous, ce n'est pas ça qui va soulager votre activité ?

MG13(-) : Non ça va rien changer, c'est le même problème. Si elle dit, ben on a besoin d'une aide à domicile avec auxiliaire de vie, aide-soignante par exemple, pour les toilettes, j'aurai le même dossier à remplir de la même manière. Parce qu'à un moment donné il va falloir que je signe le papier. Le papier il va falloir l'avoir, le remplir etc, comme tous les autres. Donc, c'est plus une aide de la famille, mais pas du médecin traitant ça. Et puis c'est des gens s'ils existent, ils existent?...

Interviewer : Oui

MG13(-) : ...passeront pas en même temps que le médecin quoi, donc à chaque fois ça sera ou la famille, ou un mot, ou quelqu'un qui dira au patient, qui me dira: "ah ben

on a vu ça, il va falloir faire ceci ou cela, il va falloir prescrire ça", donc ça change rien, moi pour moi ça change rien.

Interviewer : OK

MG13(-) : Mais ça peut aider l'aidant, donc c'est bien.

Interviewer : Est-ce que vous avez autre chose à ajouter par rapport à tout ça?

MG13(-) : Non, hormis que moi pour moi c'est un truc qui rassemble tous les trucs, et donc ça fait un truc en plus.

Interviewer : Un truc en plus pour des choses qui existent déjà et qui tournent déjà bien avec tout ce qui est déjà en place ?

MG13(-) : Après si ça peut aider à savoir tout ce qui existe, moi je veux bien, par exemple l'animatrice territoriale, c'est la première fois que j'en entends parler.

Interviewer : Parce que à priori, parce que c'est peut-être elle, quand vous parlez... c'est la même personne de la sécu qui vous avait déposé tout ça ?

MG13(-) : Ben exactement, c'est pas elle? Animatrice territoriale ?

Interviewer : Oui voilà, c'est ça

MG13(-) : Quand je dis agent de sécu, moi... c'est pareil

Interviewer : Donc en fait ce n'est pas la même personne que vous voyez tout le temps pour la sécu ?

MG13(-) : Non c'est vrai, c'est vrai. La personne de la sécu m'en avait parlé, la deuxième personne à m'en avoir parlé...

Interviewer : Ça c'est la deuxième personne qui est venue vous présenter le truc

MG13(-) : Voilà. Et qui m'a donné 2 fois le même dossier.

Interviewer : C'est vrai que ça fait beaucoup de pages quand on regarde...

MG13(-) : Ben oui Règlement... Faut faire une charte, faut lire, il y a des consentements, il y a des accords...

Interviewer : Toutes les formalités comme ça, de choses à lire

MG13(-) : Regarde... les contacts, médecin traitant, pharmacien... mettre ça en place et tout, mais non... Mais bon... Voilà ton médicament pour la tension, pour ton diabète et puis...

Interviewer : Oui... Remplir des pages de dossier, des consentements supplémentaires...

MG13(-) : Ça sert à rien ! Ça, ça sert à rien. Par contre, aider les gens dans les démarches, ça sert à quelque chose. Mais si aider, c'est refaire un dossier de 15 pages, avec... t'as vu les questions hein ? Je sais pas, tu regardes juste, voilà, par rapport ... je le dis, pour que ça se sache, (lit le papier) plan personnalisé de santé, conciliation médicamenteuse, CH Denain, voilà, et puis t'a des tableaux complets,

contacts, personnes et contacts utiles... Tu crois que je peux mettre tout ça moi ? Après, voilà, entretiens pharmaceutiques...

Interviewer : Mais justement je pense qu'ils ne demandent pas aux médecins de tout remplir

MG13(-) : Mais si je le remplis pas, après ça va rester dans un dossier, t'aura un dossier rempli au coin de ta table, chez le patient, je vois pas où ça... Pour qui ? Tu vois: les médicaments sont dans le bac à légume, au niveau de la porte, le réfrigérateur est-il à température adéquate... A un moment donné tu remplis ça ça sert à quoi ?

Interviewer : Ça c'est quoi? C'est le plan personnalisé de soins?

MG13(-) : Ça c'est le pharmacien, visiblement c'est lui qui doit faire ça. Ensuite t'a... alors tu vois j'en ai 2... Ben oui, un par patient en fait. T'imagines ? un par patient, un dossier machin... c'est pas possible ! Je sais pas si t'a vu les yeux des gens qui sont en salle d'attente en ce moment, quand tu vas sortir, ça va être "rah, il y a passé 1/2h!!!"

Interviewer : OK, bon ben je ne vais pas vous embêter plus longtemps

MG13(-) : Non mais t'inquiète pas, j'ai pris le temps, j'ai pris le temps de te recevoir, mais heu, voilà, c'est comme ça tous les jours. Et là t'arrive à un moment donné où c'est très calme, il n'y avait que 11 personnes, t'a pas dû passer au-dessus des corps, pour pouvoir entrer dans le bureau, tu serais venue il y a 2h, c'était un peu comme ça, et c'est comme ça tous les... trois fois par semaine. Parce que les autres jours on s'arrange.

Interviewer : Et vous fonctionnez sur RDV ?

MG13(-) : Alors moi je fonctionne sur RDV mais mon collègue ... enfin, il y a des heures où il y a des RDV, il y a des heures où il n'y a pas de RDV, on est 2 médecins donc on essaye de pas se marcher dessus, pour les gens. Donc lui il travaille sans RDV, donc il y a une quinzaine de personnes, moi je travaille avec RDV donc ils viennent un par un, donc ça fait 16-17 personnes en même temps, il y a 11 chaises. Et puis même quand il y a 10 personnes, les gens ils attendent 1h, 2h, donc si tu leur dis : "bougez pas, j'en ai pour 1/2h je remplis un dossier PAERPA"... le mec ils me regardent il me font "attendez heu; docteur, on est malade...!" Je fais "oui, mais la personne âgée, elle a besoin de son aide. ""Ben oui mais c'est un papier." Ben je le fais quand le papier ? Le papier vous le ferez quand vous aurez vu tous les malades. Bon. Hier par exemple, j'ai fini à 21h. Donc à 21h, je commence mon dossier PAERPA. D'accord. Ben, donc, j'en ai 3 - 4 - 5 - 10 en cours. Plus la MDPH, plus les certificats d'invalidité, plus les certificats d'assurance ... je parle parce que c'est enregistré...

Interviewer : Oui, et moi de toute façon ça m'intéresse, je vais m'installer

MG13(-) : Ben voilà, une fois que t'a fait ça, les assurances, les demandes d'ALD, les demandes d'ALD j'en ai fait 2 hier, magnifique, réponse: diabétique, non là c'était sarcoïdose, la personne elle est reconnue à 100%, déjà j'ai dû faire deux fois la demande parce que la première fois ça a été refusé, parce qu'il paraît que la sarcoïdose il faut que ce soit associé à un traitement lourd, prolongé, et à un handicap certain. Pour être reconnu. J'ai donc dû argumenter ma demande, avec moult courriers de spécialistes, etc, parce que c'est le spécialiste qui demandait le 100%, et deuxième

dossier de 100% qui est donc accepté, pour une durée de 2 ans à compter du 1er février. Donc, jusqu'au 1er février 2020. Donc ça veut dire que la personne elle est, non seulement reconnue à 100% pour la sarcoïdose, à mon avis il y en a pour une bonne vingtaine d'années minimum à souffrir, mais ça veut dire que dans 18 mois environ, je vais devoir refaire le même genre de dossier. J'ai environ 120 personnes à 100%, qui sont au maximum tous reconnus pour 5 ans. Tu fais le calcul, ça fait 2, 3, 4 par mois, rien que pour les renouvellements, rien que pour dire, oui ben le diabétique, depuis 5 ans il est toujours diabétique. Le cancer du sein, depuis 5 ans, il est toujours en cancer du sein. Le cancer du côlon, toujours cancer du côlon, malade de Parkinson il est toujours Parkinson etc etc. Voilà. Et donc à un moment il y a un agent, c'est une animatrice territoriale qui arrive avec un dossier PAERPA de 40 pages, et qui nous dit, ben ce serait bien que pour chaque patient PAERPA, personne âgée en risque de perte d'autonomie, donc ça veut dire encore quelqu'un qui va bien, puisqu'il n'est pas encore en perte, il a encore son autonomie, de faire un bilan ergothérapeute, psychologique, bientôt on va faire orthophoniste, je suis sûr que c'est dedans, diététicienne, etc, etc... J'ai fait non, c'est pas possible. Là par exemple sur ta droite, il y a les bilans sanguins que je dois ranger entre guillemets, donc certains datent de 2015, et il y a un deuxième tas, qui fait donc à peu près 70 cm de haut, qui est de l'autre côté, c'est ceux de 2016. Et donc le petit frère de 2017 est en cours de construction. Et donc ma secrétaire m'a encore dit " ce serait bien de les ranger" alors il faudrait, pour que je puisse les ranger, il faudrait... Normalement, ça arrive tous les jours. Mais tous les jours... tous les jours on en a... Donc ceux d'hier on les verra plus tard, parce qu'il y a ceux d'aujourd'hui ? Ben moi je fais le contraire. Ceux d'hier, d'avant-hier... J'ai plus d'un an. On est submergés par les papiers, les dossiers, voilà pourquoi PAERPA, c'est un truc en plus, de plein d'autres trucs. Ça devient lourd.

Interviewer : OK.

Entretien 14

Interviewer : Voilà, j'ai ma liste de questions, mais on peut évidemment sortir du cadre de ma liste. Je vais commencer par vous demander quelle est la place de la gériatrie dans votre activité ?

MG14(-) : Oh assez importante, il y a bien 30% facilement, il faudrait que je regarde les âges sur le papier de la sécu

Interviewer : Sur une patientèle de combien de personnes à peu près? A peu près...

MG14(-) : Eh bien, moi j'ai facilement 1000 patients

Interviewer : Oui, donc ça fait quand même pas mal de monde. Et des gens qui sont au domicile, en EHPAD?

MG14(-) : Pas mal de domicile, en EHPAD j'en ai une dizaine, 10 en maisons de retraite, et le reste c'est du domicile.

Interviewer : Des gens que vous voyez ici, ou?

MG14(-) : Il y en a qui viennent. Il y en a qui savent venir, ou qu'on conduit. Parce que je fais tout pour. Quand j'ai commencé je faisais 15 visites par jour. C'était un minimum. Maintenant, je suis arrivé à une moyenne de 6 à 7 visites par jour, qui sont quasiment que des personnes âgées.

Interviewer : Qui ont des difficultés pour se déplacer. Comment est-ce que vous avez entendu parler du projet PAERPA?

MG14(-) : Une dame est venue, une représentante est venue me proposer, insister pour que je participe.

Interviewer : D'accord

MG14(-) : Quand elle m'a présenté ce que c'était, j'ai trouvé ça complètement aberrant, euh, bon je sais bien qu'on est dans le système de prévention, mais on nous prend pour un enfant, on veut nous faire remplir un dossier qui prend 1h par personne quand un lundi comme aujourd'hui je vais voir 45 personnes, c'est pas possible. Tout le procédé, ce gros dossier... Vous l'avez vu déjà ce gros dossier?

Interviewer : Oui, je l'ai vu, avec pleins de pochettes?

MG14(-) : Ben, on n'est pas des administratifs ou des fonctionnaires dans un bureau à faire des papiers, on est là dans, généralement, dans l'urgence, dans le moment tout de suite, on n'est pas là pour... Enfin la prévention, j'ai rien contre, je dis pas qu'il faut pas faire de prévention, mais il y avait une lourdeur administrative, une redondance qui m'a semblé complètement farfelue et inutile.

Interviewer : D'accord.

MG14(-) : Et de toute façon inadaptée. De toute façon c'est en train de crouler le PAERPA, c'est en train de disparaître, c'est ce que j'ai lu.

Interviewer : OK. Moi je ne suis pas... Je ne suis pas dans le projet

MG14(-) : Dans le Quotidien du Médecin la semaine dernière, ça m'a vraiment rassuré de voir ça, de me dire, ben heureusement je ne suis pas tout seul, c'était 80% des médecins refusaient devant l'aberration du principe, et que le projet PAERPA était en train quelque part de faire faillite et de disparaître à cause de ça. Et qu'ils n'arrivaient même plus à le soutenir. Ce qui était logique. De toute façon ils expliquaient dans l'article que c'était logique parce que devant la lourdeur de ce qu'ils demandaient, il y a une aberration, on peut pas demander ça, nous on passe dix minutes un quart d'heure chez la même personne on peut pas y passer une heure à chaque fois, c'est pas possible.

Interviewer : OK

MG14(-) : Et ce qu'ils nous demandaient, ben la prévention on le fait. C'est comme si on était nous, un enfant de collège, où on venait nous dire, n'oubliez pas, hein, faut bien dire à la personne âgée qu'il n'y a pas de tapis chez elle, de mettre des pantoufles comme ça etc... C'était un petit peu nous prendre par la main, et puis... Il y avait... Quelque part c'était presque insultant, j'ai trouvé. Bon c'était pas la dame qui

était en cause, elle faisait son travail. Plus tout le fric qui a été dépensé derrière, quand vous voyez le coût que ça a dû avoir, je pense qu'il y a eu un coût assez faramineux, on est en France dans un pays, de toute façon moi je n'ai pas peur de le dire devant tout le monde quoi, c'est honteux ce genre de truc. On paye des gens, on paye des gens qui sont là à faire des démarches qui ne vont aboutir à rien, on crée une structure en France c'est comme ça que ça marche, pour quoi au final, ben pour rien quoi, pour amener à rien, parce que ça n'amène à rien. Marisol Touraine, elle est à la masse ! Moi je l'appelle MST, je l'appelle maladie sexuellement transmissible, non mais, c'est du n'importe quoi les prises de décision, il faudrait que les gens qui prennent les décisions aient fait le métier pendant un certain temps, ils se rendraient compte de l'utilité. C'est ça le projet PAERPA, l'erreur elle est là, ça a été fait par un administratif dans un bureau, un intellectuel qui sort de l'ENA ou de je sais trop où, il sait pas comment on travaille. Ils n'en ont pas conscience...

Interviewer : ... de la réalité du terrain

MG14(-) : Ça peut pas marcher. Ça peut marcher pour quelques médecins qui voient 10 personnes par jour et qui s'emmerdent, peut-être, mais c'est tout.

Interviewer : Je pense qu'effectivement, ça c'est pas la majorité des gens. Et par rapport, en fait il y a plus ou moins 2 parties dans le projet, en tout cas ici sur le secteur, parce que vous n'êtes pas très loin de Denain, il y a donc la partie où vous avez cet énorme dossier à remplir au domicile pour l'évaluation, et il y a aussi une partie avec la conciliation médicamenteuse pour les gens qui sortent de l'hôpital

MG14(-) : Oui

Interviewer : Et ça, vous avez eu des patients concernés par ça, on ne vous l'a pas du tout proposé ?

MG14(-) : Non... Moi j'ai eu le gros dossier

Interviewer : Et on ne vous a pas du tout parlé de la conciliation médicamenteuse avec les gens hospitalisés à Denain ?

MG14(-) : Peut-être vaguement, mais j'en ai pas eu en sortant. J'ai pas eu de personne qui m'ont apporté de trucs comme ça, alors que c'est vrai beaucoup vont à Denain.

Interviewer : Oui ? Et parce que du coup si vous avez refusé la première partie, peut-être qu'ils ne vous ont pas proposé la deuxième partie, mais du coup dans ce projet-là, le pharmacien fait une information au patient sur les médicaments, ils essaient d'alléger le plus possible les ordonnances, parce que c'est vrai aussi qu'au domicile c'est parfois compliqué de faire des choix ou de reprendre l'ordonnance depuis le début, et ils essaient d'expliquer aux gens ce qui est sur leurs ordonnances et l'utilité de chaque médicament, et le pharmacien de ville est censé refaire une explication en délivrant les traitements. Ca qu'est-ce que vous en pensez ?

MG14(-) : Oui, non mais ça c'est utile. C'est vrai que les gens, nous on a notre langage que les gens comprennent pas, on s'imagine parfois en simplifiant qu'ils comprennent, et puis on se rend compte, tous, encore maintenant, ça fait 30 ans que je travaille, qu'ils ont rien compris quoi.

Interviewer : Et que parfois, plusieurs explications sont pas superflues?

MG14(-) : Et que parfois, quelqu'un qui va expliquer différemment, pour eux ce sera mieux, oui, tout à fait.

Interviewer : Et dans ce cadre-là, le rôle de l'animatrice justement ?

MG14(-) : Mais là, on en revient au même problème. Moi j'ai pas besoin qu'il y ait un fonctionnaire qui vienne me dire ce que j'ai à faire, moi je fais, alors je fais avec tout ce que je peux, bon si les gens ne comprennent pas ils ne comprennent pas, mais expliquer, essayer d'être le plus clair possible, essayer de faire de la prévention en faisant des beaux discours, je crois qu'on est médecin, on n'est pas là pour recevoir... C'est dangereux, ce genre de système, hein. Moi, je suis pour être, rester indépendant. Ou bien je suis fonctionnaire, payé par l'état, avec les congés maladie, et les congés payés et tout ce qu'on veut, bon on va fonctionner différemment, quelque part ça ne me dérangerait pas... Ou, je suis indépendant, faut pas qu'on vienne m'emmerder avec des fonctionnaires, comme là actuellement, nous on a des contrôles sécu tous les 2 mois, avec un mec de la sécu, qui n'y connaît rien, et qui vient nous dire : " ah ben là vous avez prescrit trop d'amoxicilline, là vous avez prescrit trop de statines", enfin, c'est honteux quoi comme système... C'est comme les génériques actuellement, c'est pas de la faute du pharmacien, il est obligé de le faire, qui nous change sans arrêt les médicaments, les gens sont perdus, etc

Interviewer : Parce que, oui, en fonction des prix et pas en fonction...

MG14(-) : Moi j'estime que si je prescris tel produit, c'est tel produit qui doit être donné. Après moi ma responsabilité est dérogée, hein, si quelqu'un d'autre met autre chose... On est en train de tomber dans un système, sous prétexte de prévention, faut pas se leurrer, on essaie de nous contrôler. Ca, pour moi, c'est aussi encore une façon de nous contrôler nous-même. Je suis pas convaincu que ce soit de si bonne fois que ça de vouloir faire avancer les choses. Moi je pense que c'est des organismes, on essaie un petit peu de nous encercler, de nous enfermer. Mon prédécesseur, qui habite à côté, qui a 88 ans, à son époque, il faisait tout : il opérait l'appendicite dans la cuisine, les amygdales, il avait une liberté totale. Je dis pas qu'il faudrait en revenir là, du tout, c'est dangereux, mais depuis que je suis installé, je vois que notre liberté elle est grignotée de plus en plus, regardez, vous les internes, ma fille est en 4ème année de médecine, donc je sais comment ça se passe, les études de médecine... Vous êtes en train...vous êtes un peu écoeurés par ce système, parce que ça vous fait peur la médecine générale, il y a tout un contexte, et c'est vrai qu'on a une mauvaise protection sociale, mais moi je ne regrette pas une seconde ce que je fais. Moi j'adore ce que je fais. Ça fait 30 ans que je suis là, tous les matins je suis content d'aller travailler. Je serai à l'hôpital, je le serai pas. Les 2 années que j'étais interne, j'en étais malade. Donc moi ça me convient très bien, mais je ne veux pas qu'on commence à venir me prendre ma liberté et commencer à venir nous donner des petits ordres comme ça... Ca passe pour un conseil, ça passe pour de la prévention, puis on rentre dans une structure, puis on va nous dire" ah ben nous, là il ne fallait pas faire ça..." Vous comprenez ?

Interviewer : Oui, oui, je comprends très bien

MG14(-) : Alors il faut de la formation continue, d'accord. Moi j'en fais, j'en fais par Internet, j'en fais par des associations, je suis abonné à Prescrire, Prescrire je fais les gros dossiers Prescrire, je sais pas si vous connaissez Prescrire.

Interviewer : Si la revue, oui

MG14(-) : Je crois que les profs ils aiment pas forcément, mais...

Interviewer : Oh, les profs de médecine générale si, ils sont quand même pas...

MG14(-) : Moi je fais la formation Prescrire, elle est quand même vachement lourde. Formation continue, ben on fait ce qu'on peut. Mais je veux pas être canalisé par des groupes comme ça, des organismes même d'Etat qui viennent nous dire ce qu'on a à faire, c'est dangereux. Après on va devenir des supers infirmières, on sera plus médecin.

Interviewer : Malheureusement... Et donc

MG14(-) : Je vois pas ce que ça pourrait apporter sincèrement. Si ça pouvait apporter un plus aux gens, je dis pas, mais c'est un peu nous reprocher quelque chose, nous reprocher, ou venir nous dire "ben si, faudrait faire ça comme ça et pas comme ça", ça c'est de la formation continue. PAERPA on n'en a rien à foutre. Qu'on nous fasse une bonne formation continue, qu'on nous dise "ben, oui, on peut aborder les choses comme ça", faite par des médecins pour des médecins d'accord.

Interviewer : Mais rajouter des intervenants, ni médecins ni même paramédicaux qui viennent faire du lien, ca, non...?

MG14(-) : Pas du tout

Interviewer : Et donc, je suppose qu'il n'y a rien qui aurait pu vous être proposé pour vous convaincre de participer au projet ? Vu que c'est la démarche elle-même qui vous semble...

MG14(-) : Non. Moi je suis très indépendant de nature. De toute façon la dame je lui ai bien expliqué, elle a bien compris. Elle m'a dit vous êtes pas le seul à me dire la même chose, donc...

Interviewer : Ben, je pense effectivement... Enfin, vous n'êtes que le deuxième médecin que je rencontre, mais ça revient un petit peu... Et du coup, vos interlocuteurs pour prendre en charge des problèmes gériatriques, médicaux ou non, dans votre pratique quotidienne, vous avez...?

MG14(-) : Oui, et bien c'est des gériatres, des spécialistes. Je peux envoyer facilement au Dr Simon au Quesnoy, il y a Mme Leurs à Denain, Mme Leurs, son mari travaille avec ma femme d'ailleurs. Donc, moi je m'adresse à un médecin. J'ai un problème moi, je prends mon téléphone, j'appelle un médecin que je connais ou que je...

Interviewer : D'accord. Et au quotidien, je suppose que pour chaque patient, il y a aussi, des infirmières libérales...?

MG14(-) : Oui, ici les infirmières libérales je les connais tous, elles sont très bien, pareil au téléphone, tout à l'heure il y en a une qui a envoyé un SMS pour un problème, bon c'est

Interviewer : Et d'un point de vue social, ou associatif, vous faites les démarches...?

MG14(-) : Alors moi personnellement, le plus possible, quand je peux c'est prescription pour l'infirmière sur une feuille d'ALD, à 100%, c'est ce qu'il y a de mieux, parce que les infirmières du coin elles connaissent les gens, elles sont regroupées et il y a toujours quelqu'un qui est là, et en plus c'est la même infirmière. Si les gens le souhaitent, ou s'il y a vraiment un problème, qu'on ne trouve pas d'infirmière, on passe par l'HAD, non pas l'HAD, qu'est-ce que je dis, par les maisons de retraite, là, par l'aide à domicile.

Interviewer : Et donc là c'est pareil, c'est vous qui organisez ou c'est plutôt les gens...?

MG14(-) : Ben là c'est eux qui gèrent, nous on remplit un dossier.

Interviewer : Vous remplissez un dossier. Oui, il y a toujours des dossiers.

MG14(-) : Il y a toujours des dossiers...

Interviewer : Bon, et bien on a fait à peu près le tour. Est-ce que vous avez autre chose à ajouter ?

MG14(-) : Non, du tout, non. Je vous dis, vous en tant que...

Interviewer : ...future médecin libéral, probablement,

MG14(-) : future médecin libérale, moi je trouve que c'est vraiment un métier super, c'est beaucoup plus intéressant que d'être spécialiste, je suis désolé, mais voir je sais pas des boutons toute la journée, des maux de dos toute la journée ou des yeux enfermés dans un cabinet, personnellement ça m'aurait gonflé. Nous on participe à la vie de la famille. On sait tout ce qui se passe dans la famille, on suit les gens, on voit de tout, c'est super varié, moi je passe pas une journée à voir 2 fois la même chose, mais je pense qu'il faut surtout qu'on préserve sa liberté, il faut se méfier de ce genre de chose. Parce que c'est vicieux, ce genre de chose, je vous dis c'est un peu comme la sécu, on commence comme ça, par être gentil avec nous, on va vous aider, et puis après on va vous prendre par la main...

Interviewer : Et on va tirer dans le sens...

MG14(-) : Oui, on va tirer dans le sens qu'on veut... C'est politique...

Entretien 15

Interviewer : PAERPA... Donc vous ne vous souvenez pas d'avoir un jour entendu parler de ce truc-là ? Euh... Est-ce que je peux commencer par vous demander quelle est la place de la gériatrie dans votre activité ?

MG15(-) : Ah ben, heu, quand même relativement importante, j'ai beaucoup de patients âgés. Comme je suis un vieux médecin...

Interviewer : Peut-être que ça joue un petit peu. En proportion, ou en nombre de personnes, est ce que vous sauriez me dire un petit peu ?

MG15(-) : Non

Interviewer : Non, pas du tout. Donc le projet PAERPA, vous n'en avez jamais entendu parler ? Même par d'autres médecins ou...?

MG15(-) : Non

Interviewer : Non ? Vous ne vous souvenez pas d'avoir vu quelqu'un qui était venu vous voir pour vous donner éventuellement un gros dossier à remplir, avec des feuilles sur les personnes âgées ?

MG15(-) : Ah, peut-être...

Interviewer : Il y a peut-être un an et demi de ça...?

MG15(-) : C'est possible...

Interviewer : Et depuis on ne vous a jamais ressollicité par rapport à ça ? Ok... Et donc du coup vous ne pouvez pas m'expliquer pourquoi vous avez refusé d'y participer éventuellement ?

MG15(-) : Ben c'est à cause de la taille du gros dossier sûrement...

Interviewer : Probablement... D'accord... Et donc, par rapport à vous, votre organisation, dans votre pratique quotidienne, comment est-ce que vous prenez en charge les problèmes gériatriques, médicaux ou non ? Quels sont vos interlocuteurs, à qui est ce que vous vous adressez ?

MG15(-) : Je m'adresse au service de gériatrie, qui me renvoie les gens en me disant ce qu'il faut faire et en organisant plus ou moins la prise en charge quoi.

Interviewer : D'accord, donc le plus souvent, ils passent par l'hôpital, et c'est l'hôpital qui organise derrière

MG15(-) : Le court séjour gériatrique, c'est comme ça que je fais.

Interviewer : D'accord. Et donc, au domicile, il n'y a pas de situations... avec des gens dans des situations qui ne nécessitent pas forcément d'hospitalisation, mais où vous avez quand même besoin d'un autre intervenant, ou...

MG15(-) : Ben... Ce dont on a besoin c'est la famille, qu'on n'a pas toujours... Voilà....

Interviewer : D'accord... Les infirmières ?

MG15(-) : Les infirmières on les a, ça c'est pas un souci.

Interviewer : D'accord. Et est ce qu'il y a des réseaux, que vous utilisez, autre que l'hôpital, ou après l'hôpital ?

MG15(-) : Oui, des réseaux d'aide à domicile, quand même.

Interviewer : D'accord. OK. Et du coup, est-ce que vous avez l'impression d'être surchargé par le travail, pour une personne âgée, d'avoir plus de travail, des démarches supplémentaires à faire ? Des choses qui vous paraissent lourdes administrativement ?

MG15(-) : Pas trop non.

Interviewer : Dans l'ensemble vous avez un bon contact avec les services de gériatrie ? Dans quel hôpital ?

MG15(-) : Ben ici c'est beaucoup Denain.

Interviewer : Et est-ce qu'on vous a déjà proposé, pour des patients qui sortaient de l'hôpital de Denain, ce qu'ils appellent une conciliation médicamenteuse ? C'est à dire qu'on vous aurait contacté, après une réévaluation de l'ordonnance du patient à l'hôpital, et qu'ils proposaient un suivi coordonné, par le médecin généraliste et le pharmacien de ville ?

MG15(-) : Non, pas à ma connaissance. Mais ça se passe par lettre quoi ? Quand je reçois la lettre avec un traitement de sortie, je respecte toujours...

Interviewer : D'accord. Et donc il n'y avait pas de signalétique particulière qui vous avertissait qu'il y avait un contact aussi avec le pharmacien, pour qu'il soit aussi informé des changements, ou des choses comme ça ? Ça ne vous parle pas ? Bon. C'est pas grave. Ok. Bon du coup c'est vrai que c'est un petit peu difficile de vous poser toutes mes questions si vous n'avez jamais entendu parler du projet, et si en plus vous n'avez dans l'ensemble, pas de problème pour prendre en charge les personnes âgées...

MG15(-) : Ben, si, j'ai les mêmes problèmes que tout le monde quoi...

Interviewer : D'accord. Et vous n'avez pas l'impression d'avoir besoin d'aide dans la prise en charge de ces patients-là spécifiquement ?

MG15(-) : Ben.... Ah là.... J'ai pas besoin d'aide quand il ne se passe rien, si vous voulez... Mais le problème, c'est vrai que c'est quand ils tombent, ou que... c'est là que... quand il se passe quelque chose ... Mais bon souvent c'est l'hôpital.

Interviewer : Le plus souvent c'est l'hôpital.

MG15(-) : Enfin je sais pas...

Interviewer : Non, mais d'accord. Et avant...

MG15(-) : J'essaye de faire de mon mieux pour ne pas les envoyer à l'hôpital.

Interviewer : Et donc ça c'est vous qui faites ce qu'il faut pour essayer de prévenir les risques

MG15(-) : Ben oui, j'essaie...

Interviewer : les chutes...

MG15(-) : En tenant compte aussi du désir des patients, qui n'est pas non plus d'aller à l'hôpital, le plus souvent.

Interviewer : D'accord. Et ce sont des gens qui sont le plus souvent à domicile ? Est-ce que vous avez beaucoup de patients qui sont en maison de retraite aussi ?

MG15(-) : Ah oui, j'en ai aussi qui sont en maison de retraite. Alors là, bon, c'est vrai qu'on est un peu court-circuité, parce qu'ils ont des réseaux de gériatres qui viennent et donc... Il y a des choses qui se font comme ça.

Interviewer : Et il n'y a pas une bonne coordination ?

MG15(-) : Si si, mais bon, mon rôle est diminué, à ce moment-là. Dans les maisons de retraite, mon rôle est diminué par rapport aux gens que je suis à domicile.

Interviewer : Et puis c'est vrai aussi que dans une maison de retraite il y a toute la structure qui aide, dès qu'il se passe quelque chose, qui facilite les choses.

Entretien 16

Interviewer : Quelle est la place de la gériatrie dans votre activité en général ?

MG16(-) : Je ne comprends pas bien la question.

Interviewer : En proportion de patients, ou en nombre de patients ? A peu près, en consultation, combien de patients par jour ? Est-ce que vous faites beaucoup de visites à domicile chez des patients âgés ?

MG16(-) : Ben j'en fais de plus en plus, parce qu'ils vieillissent avec moi.

Interviewer : Et du coup, chaque jour, ça représente... ?

MG16(-) : Je ne sais pas, je n'en ai aucune idée.

Interviewer : Aucune idée ? Il n'y a pas de jour type, c'est toujours un peu au fur et à mesure ? D'accord. Comment est-ce que vous avez entendu parler du projet PAERPA ?

MG16(-) : J'ai dû avoir un coup de fil un jour.

Interviewer : D'accord. Et est-ce que vous vous souvenez un peu de ce qu'on vous en avait dit ?

MG16(-) : Non, pas vraiment.

Interviewer : D'accord. Est-ce que vous savez (coup de tel...) Pour quelle raison est-ce que vous avez refusé de participer au projet ?

MG16(-) : Parce que j'aime pas les usines à gaz.

Interviewer : Les usines à gaz ? D'accord. Qu'est-ce que vous entendez par là ? Pourquoi est-ce que ça représentait une usine à gaz pour vous ?

MG16(-) : Parce que je n'en ai pas compris l'intérêt. Parce qu'on a l'impression que du coup on a mis un beau nom administratif, avec des sigles, on ne sait même pas ce que ça veut dire. On se retrouve... On a réinventé l'eau tiède quoi. Donc, ben, mes

patients, j'ai pas attendu PAERPA pour m'en occuper... Ces systèmes qui viennent tout bousculer, ce qu'on fait au quotidien, ce qu'on fait avec les professionnels au quotidien, hein, du jour où il y a une instance administrative qui arrive, on dégage tout le monde, merci bien de vous en être occupé avant et de vous être décarcassés, maintenant, c'est nous qu'on est là, vous partez.

Interviewer : D'accord. Vous, vous avez vraiment l'impression que ça reprend tout ce qui se fait déjà et qui fonctionne déjà ?

MG16(-) : Et surtout ça dégage l'existant. Donc je l'ai vécu comme l'HAD, hein, où l'infirmière se décarcasse pour s'occuper du patient, du jour où il est en HAD, terminé, on n'a plus besoin de toi, t'es plus belle, c'est tout, va-t'en. Et maintenant même c'est encore mieux, on vient mais nous c'est dans les créneaux horaires qui sont intéressants, faciles, tu viendras quand nous ça nous embête.

Interviewer : Vous avez l'impression d'être sorti de..

MG16(-) : Oh complètement. Complètement. Donc je refuse la signature pour les HAD, à partir du moment où le patient est en HAD je n'ai plus le droit de facturer une feuille de soins donc je l'envoie à je ne sais qui qui va trouver qu'il manque un papier etc, et moi je ne serai pas payé, donc je refuse, et moi je continue d'envoyer mes feuilles de soins à la Sécu, normalement, point final. Donc tous ces machins administratifs qui ne sont pour nous que des contraintes, hein, je peux pas les voir.

Interviewer : D'accord. Le fait que ça vienne de l'ARS, ça c'est pour vous un frein supplémentaire ?

MG16(-) : C'est pas un frein supplémentaire, c'est énorme.

Interviewer : C'est le frein principal pour vous ?

MG16(-) : Ha ben oui !

Interviewer : On n'aurait pas pu vous proposer quelque chose qui aurait pu vous convaincre de participer au projet ? Ils proposent un financement de l'ordre d'une centaine d'euros, est ce qu'un financement plus important...?

MG16(-) : Mais ces histoires de financement où on va nous demander 18 000 pages pour avoir 3 euros, et ben... Je vais faire mon jardin. Je m'assois sur les euros qu'ils nous proposent et j'ai la paix.

Interviewer : D'accord. Et donc vous, actuellement, quels sont vos interlocuteurs pour prendre en charge les patients gériatriques, à qui est ce que vous vous adressez ? Vous parlez de ce qui est existant...?

MG16(-) : Ils se débrouillent avec les services de soins à domicile, éventuellement les , enfin ceux qui sont gérés dans les CCAS et ça fonctionne correctement. Après, en plus, on a des coups de fils de l'un ou de l'autre, on ne sait pas qui c'était, on rappelle, et de toute façon c'était pas dans les heures donc on n'a plus personne...hein... Bon, ben c'est bien, c'est bien...

Interviewer : Et donc vous, quand vous avez un patient âgé, et que vous êtes confronté à une situation particulière, est ce que vous faites appel à l'hôpital, éventuellement en gériatrie, non ? à des... Vous c'est l'infirmière à domicile...?

MG16(-) : C'est l'infirmière à domicile qui s'est occupée du patient jusque maintenant, qui continue de s'en occuper, hein. S'il y a besoin de toilettes, s'il y a besoin d'autres soins, et bien il y a des services à domicile qui existent et qui fonctionnent. Donc les familles s'en rapprochent, et c'est géré à la demande et correctement.

Interviewer : Et avec ce qui existe actuellement, vous n'avez pas justement l'impression d'avoir trop de paperasses et de dossiers.

MG16(-) : Je n'ai pas de paperasse.

Interviewer : Non ? Remplir un dossier PAERPA, pour vous c'est une charge supplémentaire administrative...

MG16(-) : Tout ça pour quoi ? Tout ça pour quoi ?

Interviewer : D'accord... Vous ne voyez pas l'intérêt, vous n'avez pas regardé les papiers ? vous n'avez pas...

MG16(-) : Non, j'ai pas cherché à aller plus loin. Simplement des papiers, bon ben OK, voilà, c'est bien. Amuse-toi avec tes papiers, pendant ce temps-là moi je bosse.

Interviewer : D'accord. Et vous n'avez pas eu d'échos non plus d'autres confrères qui éventuellement ont participé au projet

MG16(-) : Non, non pas du tout.

Interviewer : Il n'y a pas de retour particulier ? D'accord. Et si vous étiez secondé pour les tâches administratives, pour remplir les papiers, ce genre de choses ?

MG16(-) : Des papiers pour quoi faire ? Des papiers pour faire quoi ? Des papiers pour passer un coup de fil pour avoir quelqu'un qui vienne soigner ? Mais j'ai pas besoin de papier ! Ils font leur demande d'APA, hein, ils auront quelques dollars, mais ils n'auront que de l'argent ils n'auront pas quelqu'un. Bon après de toute façon il faudra bien qu'ils contactent un service de soins à domicile, c'est pas compliqué d'aller sur internet et de les taper, on les trouve, et ils sont connus de toute façon, et après on s'arrange directement avec eux. Ils ont besoins de repas à domicile, il y a des services de repas à domicile, enfin quand ils en ont besoin, ils se gèrent comme ça, alors enfin, à quoi ça sert de rajouter une couche administrative, un machin qui de toute façon, géré au quotidien ce sera "ah ben, c'est plus l'heure" bon, ben ok, ça va, c'est bien. Donc je vois, le summum, c'était avec la fameuse HAD, quand je vois qu'il fallait demander les médicaments avant le jeudi midi pour que le patient puisse avoir ses anti-douleurs le week-end...

Interviewer : Oui, ça ne vous semble pas cohérent avec la pratique quotidienne ?

MG16(-) : C'est honteux. Ce n'est pas pas cohérent, c'est honteux.

Interviewer : D'accord. L'HAD ça fait combien de temps que c'est mis en place ici ?

MG16(-) : Oh ça fait longtemps, ça fait longtemps.

Interviewer : Et depuis le début, enfin vous avez vu au début comment ça fonctionnait, et vous avez vu que ça ne correspondait pas...

MG16(-) : Mais, quand j'ai les échos du pauvre patient, ah ben oui, l'HAD elle vient, bon c'est bien, ça va. Donc on se partage le boulot, donc l'HAD fait ce qui lui plaît, prend les beaux morceaux et laisse les miettes aux autres, déjà. Et dans les morceaux qu'elle a pris, elle a dit, ben moi je fais les toilettes, oui c'est bien, donc je viens à 8h du matin, oui c'est bien, mais des fois elle vient à midi, ben le repas il est à 11h30, et moi je viens faire la toilette à midi, on le gère comment le patient ? C'est pas de l'inventé, hein.

Interviewer : Donc au quotidien vous avez constaté que ce qu'ils essayaient de coordonner ça ne fonctionnait pas toujours très...

MG16(-) : Ben ça foire. Ça foire. Donc je les laisse coordonner si ça les amuse.

Interviewer : Mais finalement sans coordination vous avez l'impression que ça tourne mieux, sans couche supplémentaire.

MG16(-) : Ben évidemment, ben évidemment.

Interviewer : Ok, d'accord. Est-ce que vous avez autre chose à ajouter ? Le PAERPA en lui-même, on vous a proposé quelque chose qui pour vous ressemblait à l'HAD...

MG16(-) : Ben, j'ai pas compris, j'ai pas compris l'intérêt. J'ai dit ben ouais, on enfonce des portes ouvertes. J'ai pas vu l'intérêt.

Interviewer : D'accord. Et dans la prise en charge des personnes âgées justement, au quotidien, comment est vous n'avez pas l'impression d'être confronté à des difficultés dans leur prise en charge ? Comment est-ce que vous gérez les risques de dénutrition, de chute ?

MG16(-) : Ben, le patient qui me dit qu'il ne mange pas, ben ça me suffit pour le croire. J'ai pas besoin de le mettre en case. J'ai pas besoin d'un score. Il me dit je mange pas parce que c'est pas bon, parce que j'ai pas faim, parce que ci parce que ça, on voit ce qu'on peut faire, j'ai pas besoin de cocher les cases pour dire Mr effectivement vous ne mangez pas. On est vraiment dans une médecine actuelle où on coche tout, l'apothéose c'est ma patiente qui avait une crise de colique néphrétique, elle va aux urgences, ben elle avait mal mais très mal, on lui dit ben il faut remplir le formulaire d'EVA, évaluation de la douleur, elle me dit "j'ai mis 7, j'étais conne, si j'avais mis 8 j'aurais eu droit à de la morphine et j'aurais été soulagée, je le saurai la prochaine fois je mettrai 8 !"

Interviewer : C'est vrai que c'est...

MG16(-) : C'est une sacrée connerie. C'est des cases. Alors c'est sûr que moi quand j'étais interne à l'hôpital on n'était pas des surhommes, on était 3 pour gérer une centaine d'urgences, maintenant ils sont une douzaine, pour faire le même boulot, pour gérer autant de patients, ben oui, on leur fait remplir tellement de cases, qu'ils n'ont plus le temps de s'occuper du malade. Si on s'est pas logué 18 fois, si on n'a pas... on

n'a pas le droit de toucher. Et ben je sais pas moi, pendant ce temps-là j'en ai vu 3. Bon, c'est tout, qu'est-ce que vous voulez c'est comme ça.

Interviewer : Oui, donc remplir des papiers c'est une perte de temps sans avantage ?

MG16(-) : Ça n'est qu'une perte de temps. Et quand je vois quand on a créé le réseau diabéto ici sur Valenciennes, quand je vois qu'au bout de 2 ans ou 3 ans qu'on existait, il y a le directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie qui a contacté l'endocrino qui gérait le réseau en disant : « - j'ai envie de créer une maison du diabète qu'est-ce que vous en pensez. ». « - Attendez, on est en train de faire un machin là ». « - ah c'est quoi votre truc ? ». Que maintenant, ils s'amuse à créer leur réseau Sophia, le réseau diabéto ils sont en train de l'asphyxier, on a payé des gens pour comptabiliser les cases qui étaient cochées par tout le monde, et puis maintenant on est en train de virer ces gens-là et on les remplace par Sophia qui font des entretiens téléphoniques pour dire aux diabétiques ce qu'ils savent déjà et qu'ils n'ont pas envie de faire. Ils veulent nous pousser maintenant à faire du dépistage de la BPCO, c'est très gentil mais le patient sait lire, il achète ses paquets de cigarette, il sait lire ce qui est écrit en bas, et il fume quand même. Quand en plus, on dit, oui, il faudrait arrêter de fumer, il n'y a pas de raison, oui c'est bien, le patient répond non non vous inquiétez pas moi je vais en Belgique ça ne coûte pas cher. Ils sont même pas foutu d'harmoniser le prix du tabac, et après on me fait du cinéma avec du dépistage de BPCO. On se moque de moi. Commençons par harmoniser les prix, au moins ça résoudra une partie du problème tout le long de la frontière, c'est pas la majorité du pays mais ça fera du monde, on pourra avancer. On nous amuse... Donc cocher des cases et tout ça, ouais, c'est bien.

Interviewer : Et du coup vous parliez de réseau pour le diabète, pour la BPCO, est-ce que pour la gériatrie spécifiquement vous avez un réseau ici qui existe ?

MG16(-) : Il y en a 2 qui sont plus ou moins concurrents, il y a Le Quesnoy et il y a Valenciennes.

Interviewer : D'accord. Et vous vous travaillez avec ?

MG16(-) : Avec Le Quesnoy. Enfin c'est pas un réseau formel mais là j'ai des interlocuteurs qui existent.

Interviewer : Oui, plus qu'un réseau ce sont des gens que vous connaissez.

MG16(-) : Qui sont stables. Donc je sais qui sait, je peux les envoyer, Valenciennes ça n'arrête pas de bouger. A partir du moment où je n'ai pas un numéro de téléphone facile, et je ne l'aurai pas, je saurai pas le donner, à partir du moment où j'ai des structures qui existent, l'hôpital, il est dans sa tour d'ivoire, hein, il est bien gentil, mais, il fait sa cuisine, on est assez beau quand il a besoin de nous, quand il a besoin d'activité... Le reste du temps, on est inexistant. Moi si j'existe pas, j'existe pas, c'est tout. Ils font leurs trucs, bien, c'est bien...

Interviewer : Et avec le Quesnoy du coup c'est...

MG16(-) : C'est le service de gériatrie, et ils sont très accessibles.

Interviewer : Plus facilement que

MG16(-) : Oui, voilà. Mais on les avait menacés d'asphyxie aussi... On les avait..., les crédits avaient... Mais ils ont réussi à survivre.

Interviewer : D'accord. Et donc vous faites appel à eux dans le cadre de consultations ou d'hospitalisations ?

MG16(-) : Consultations ou hospitalisation, ils font ce qu'il faut, j'ai besoin d'un dépistage d'Alzheimer etc, ils ont la consultation, ils ont ce qu'il faut, et ... ils répondent bien.

Interviewer : D'accord. Et peut-être plus à taille humaine

MG16(-) : A taille humaine et puis plus polyvalent je vais dire. Bon quand on voit, bon ça n'a rien à voir avec ça mais on est dans le même système, c'est tellement cloisonné en fait que, ça devient de l'hyperspécialité. J'ai une patiente qui a une sclérose en plaques qui voit le neuro spécialiste de la sclérose en plaques, elle lui dit : " j'ai mal à la tête." "Ah ben ça il faut voir ma consœur migrainologue" Ouais, c'est bien...

Interviewer : C'est vrai que maintenant toutes les spécialités sont de plus en plus spécialisées, on a des spécialistes de maladies et même plus des spécialistes d'organes.

MG16(-) : Oui. Ça devient horrible, et impossible à gérer pour nous, parce qu'on a déjà du mal à savoir si c'est de telle ou telle spécialité, parce que, t'as mal à la tête ben ok c'est bien mais c'est peut-être les cervicales mais c'est peut-être une tumeur au cerveau, alors... Moi déjà j'ai du mal à trier alors...

Interviewer : Si en plus le neuro c'est pas le référent pour toute la neuro ça devient...

MG16(-) : Ça devient impossible.

Interviewer : Et en gériatrie vous avez l'impression que c'est la même chose qui cloisonne ?

MG16(-) : Ben oui, on crée des structures qui sont bien sur papier mais qui en pratique... ben, correspondent à rien... parce que le malade il est 70% Alzheimer, 30% prothèse de hanche qui ne sait plus marcher... donc on a ... un petit peu de mal avec ces structures saucissonnées.

Interviewer : Trop... pas indépendante, mais un peu trop focalisés sur...

MG16(-) : Oui ils ont leurs trucs mais c'est pour remplir des colonnes. Ils ont une existence colonnaire mais nous on a un malade horizontal.

Interviewer : D'accord. Est-ce que vous avez autre chose à ajouter ?

MG16(-) : Je suis médecin de famille et ça a son sens dans les histoires de gériatrie parce qu'il y a la famille qui est là.

Interviewer : Donc vous voyez qu'il y a un soutien ?

MG16(-) : Il y a de la structure. Il y a la famille qui est là et ils ont des solutions différentes. C'est pas de la ville. Ça change énormément de choses. Ici vous avez les

voisins et la famille, et s'il y a une personne âgée qui ouvre tous les matins ses volets à 9h, et qu'un jour à 10h les volets sont encore fermés, et bien le voisin va s'inquiéter et va aller voir. Les gens se connaissent ici.

Entretien 17

Interviewer : Quelle est la place de la gériatrie dans votre activité ?

MG17(-) : Relativement faible. Vous avez vu ma salle d'attente ?

Interviewer : D'accord. Plutôt des patients plus jeunes...?

MG17(-) : Je sais pas, il faudrait que je retrouve le pourcentage, je m'en fous complètement de ça, surtout qu'on l'a dans la sécu, là, ils nous le disent combien on a de personnes âgées, mais où est ce que j'ai bien pu mettre ça ?

Interviewer : Mais pour vous ça ne représente pas une part importante de votre activité ?

MG17(-) : Ah c'est pas majeur. Ça fait 20% quoi. A peu près. J'ai pas de maison de retraite, j'ai viré toutes les maisons de retraite parce qu'ils me font chier, comme le PAERPA. Je vous le dis, parce que dès qu'on commence à faire de l'administration et à faire travailler un tas de gens qui ne servent à rien pour faire des coordinations des machins, euh, la branlette intellectuelle je supporte pas. Je commence à rajeunir, il n'y a qu'une seule chose qui coûte cher quand on vieillit c'est le temps. Bon voilà, le reste ça n'a pas de valeur. Allez, suivant.

Interviewer : Comment est-ce que vous avez entendu parler du projet PAERPA ?

MG17(-) : On me l'a foutu d'office, hein, c'est comme toujours, c'est comme les trucs avec les sages-femmes qui viennent voir les mamans qui viennent d'accoucher parce qu'on les lâche à 2 jours, elles sont pas plus malades à 2 jours avant que maintenant, donc je vois pas pourquoi bon... C'est tous des trucs qui font qu'on fait des trous dans la sécurité sociale sans améliorer. J'ai Sophia aussi dans la série.

Interviewer : Sophia c'est le...diabète ?

MG17(-) : Tout pareil. Aussi nul. Les seuls qui marchent dans ces trucs-là, c'est les obsessionnels qui n'en ont aucun besoin. Parce que déjà, quand ils pêtent de travers, ils ont déjà appelé 3x le médecin, un spécialiste et l'hôpital. Mais les gens qui doivent vraiment servir, ils passent toujours à côté de ces dispositifs.

Interviewer : D'accord. Ça ne cible pas les bonnes personnes en fait ?

MG17(-) : Non.

Interviewer : Donc, pour quelles raisons vous avez refusé de participer ? Vous avez déjà commencé à m'expliquer...

MG17(-) : Parce qu'on m'a sorti un dossier comme ça, 35 pages, ils se le sont pris à travers la figure, j'ai autre chose à faire dans la vie hein.

Interviewer : D'accord. Vraiment, c'est la taille du dossier...

MG17(-) : C'est monstrueux ! C'est débile. On pose des questions débiles. Ca a été pondu par des fonctionnaires, ça a été rendu par des gens qui n'ont aucun sens du pratique, rien à voir.

Interviewer : De la réalité du terrain...

MG17(-) : Moi ce que je veux du système social, enfin du système de santé français, avoir un numéro quand j'ai une grand-mère, qui est chez elle, qui est foutue, qui a un problème, qu'on est dans la merde, qu'on a besoin d'une assistance, je peux téléphoner. Il n'y en a pas. C'est pas vrai. Ca n'existe pas. Quand on téléphone à l'hôpital, oh là là, faut d'abord dire, non non non c'est rien on va te la reprendre demain, tu me la mets c'est que pour me dépanner hein. Déjà. Si vous je vous envoie à l'hosto, il vous garde 3 semaines. Si une grand-mère de 85 ans qui est grabataire, qui est hémiplegique, qui me pose un problème quelconque à la maison, c'est pas grave... J'ai toutes les chances de la voir revenir le soir avant 20h.

Interviewer : Et vous envoyez vers quel hôpital en général ?

MG17(-) : Denain ou Valenciennes. Et je suis certain que Lille c'est pareil. Moi je suis un exotique, hein, je suis ici. Mais Lille c'est le même truc.

Interviewer : Donc est qu'on aurait pu vous proposer quelque chose pour participer au projet ?

MG17(-) : Non, rien du tout. Dès qu'on commence à faire des structures comme ça, des machins, comme disait je sais plus, le grand Charles, des machins, on sait pas très bien, alors ils sont tous contents, ils ont tous l'impression de faire quelque chose mais c'est que dalle, c'est nul !

Interviewer : D'accord. Parce que par exemple, ils se posaient la question du financement, mais ça n'a rien à voir ?

MG17(-) : Non. J'ai refusé de me faire payer. Je veux pas me faire payer pour faire des conneries comme ça.

Interviewer : Je comprends très bien.

MG17(-) : Ça m'énerve !!

Interviewer : Du coup, dans votre pratique quotidienne, quels sont vos interlocuteurs pour prendre en charge les problèmes gériatriques ? Vous parlez de l'hôpital ?

MG17(-) : Alors, l'hôpital, c'est à faire que quand on peut plus faire autrement. Alors on a des infirmières, on a des kinés libéraux, on a des systèmes d'association d'aide à la personne, ça on les a très facilement, il n'y a pas de problème. Moi ce que je regrette, c'est qu'on n'ait pas d'aide-soignante libérale.

Interviewer : Oui, c'est forcément dans la structure d'aide à domicile...

MG17(-) : Je veux du libéral. Parce qu'avec le libéral, vous n'avez jamais de problème. Quand vous avez... Il y a quelques dames qui font des toilettes à domicile à leur compte, en libéral, donc déclarées, payées, machin, et ça marche super bien. Quand vous dites "ben il faudrait que vous veniez à telle heure, faire ceci en plus" ben c'est bon. On fait, on facture, et c'est réglé. Mais on facture son travail. Pas de la paperasserie inutile et de de la stratification. D'accord ? Je crois que LA solution de la personne âgée, c'est la ville. Tout ce qui est institutionnalisé, tout ce qui est machin c'est foutu, parce que ça coûte trop cher. Parce que pour faire fonctionner un service 24/24 avec des infirmières salariées, il en faut 7 sur un poste, en continu 24/24. En libéral, il en faut 2. Cherchez pas à comprendre, le truc est là. C'est tout. Et quand vous avez 7 infirmières il faut un chef, parce que 7 c'est trop pour prendre des décisions toutes seules. Donc il faut obligatoirement un chef. Mais un chef il ne sera pas là 24/24 donc il en faut 2. C'est ça l'hôpital.

Interviewer : C'est pas complètement faux...

MG17(-) : C'est comme ça que ça marche. Ici c'est individuel. On travaille, c'est son travail, on fait, quand on accepte de faire, si on peut pas le prendre en compte, on refuse, et point, c'est final, on va voir quelqu'un d'autre. La solution, c'est que comme ça. Tout le reste, ça coûtera trop cher. Et comme les retraites seront basses, on n'aura pas les moyens de financement. Et c'est pas avec l'Etat qu'on financera, parce qu'on est ruiné, il faut le savoir, on n'a plus les moyens de jouer à ce jeu-là.

Interviewer : Oui, on tire un peu sur la corde. Et du coup, vous n'avez pas de contact avec des réseaux ? Avec le Clic, la Maia ?

MG17(-) : J'ai pas de contact avec des réseaux. Le réseau, quand on traduit en italien, ça se dit mafia. J'aime pas. J'ai des relations avec des gens. Le réseau, c'est mon réseau.

Interviewer : C'est votre réseau de libéral.

MG17(-) : C'est notre réseau de libéral. Il peut y avoir des trucs salariés, parce que quand je travaille avec des associations, c'est des salariés, d'ailleurs ça je trouve ça scandaleux, parce que les filles elles sont payées au Smic, et les heures sont facturées 22€ de l'heure. Ça ça me rend argh !!

Interviewer : Quelles associations comme ça ?

MG17(-) : Ben toutes les associations, quand vous avez des filles qui viennent faire des toilettes, etc., les filles sont payées au Smic. Alors que ça coûte... Parce que c'est une association. On revient au même problème. Pour une qui travaille, vous en avez 3 qui glandent, c'est le principe de la France. Ben oui, vous payez la secrétaire, vous payez les machins, tous ces salaires-là s'accumulent, mais le seul salaire qui compte c'est celui de la fille qui fait les toilettes ! Moi je suis simple. La femme de ménage on la paie cash. On la paie bien. On la paie 11€ net de l'heure. D'abord c'est décent pour son travail, et puis ça coûte moins cher parce qu'au lieu de coûter 25 ça coûte 11.

Interviewer : Oui, je comprends. Et du coup, en pratique, votre organisation, par rapport à toutes ces histoires de réseau de PAERPA, il y a des médecins traitants qui

sont en demande de ce genre de choses, parce qu'ils sont confrontés à des difficultés au quotidien, vous au quotidien, comment vous faites pour gérer

MG17(-) : Ben on gère, on prend son téléphone. On appelle les bonnes personnes. D'abord en urgence on appelle les infirmières, les infirmières sont toujours disponibles, ça c'est pratique, c'est comme les médecins généralistes. Ensuite si, on voit, on a des aides-soignantes, on a des trucs d'aide-ménagère, en gros, c'est du problème technique, c'est du pratique. Il n'y a rien de grave, on n'a pas besoin d'intellectualiser, mais vous avez les grands-mères, elles sont coincées elles sont malades, elles ne nécessitent pas une hospitalisation donc c'est des soins provisoires mais elles ne bougent plus de leur lit, qu'est-ce qu'il leur faut, il faut leur assurer à manger, il faut leur assurer leur toilette et puis c'est tout. On demande pas... La nounou c'est la télé hein ! Je peux pas vous emmener mais moi j'ai des patientes qui sont grabataires, chez elles, et on n'a pas de paperasseur qui viennent derrière, qui font des études statistiques sur la hauteur potentielle des marches d'escalier, alors que la grand-mère elle est grabataire dans son lit, elle en a rien à foutre qu'il y ait des marches dans sa maison elle ne bougera plus. Vous voyez d'où je viens ?

Interviewer : Oui, d'accord. Et par rapport à des gens qui ne sont pas encore au stade grabataire justement, par rapport à des facteurs de risques d'hospitalisation comme les chutes, la dénutrition, la surmédication, la dépression, est-ce que pour tout ça vous avez des techniques ?

MG17(-) : Oui, la meilleure technique c'est de les faire bouger, et de les garder normaux, et d'arrêter de dire "Mon Dieu, vous allez tomber !" Grand Dieu !

Interviewer : Donc de les inciter à garder...

MG17(-) : J'en ai un qui a 86ans, il était là tout à l'heure, il est venu en voiture.

Interviewer : Et donc il conserve une activité

MG17(-) : Ah ben oui, il continue, il continue. Vous cédez pas, vous... Je vais vous dire un truc, avec les personnes âgées, vous avez, admettons que vous ayez votre grand-mère qui habite à côté de chez vous, et puis vous êtes gentille le dimanche vous lui apportez son petit déjeuner avec ses croissants. Vous devrez tous les jours lui amener son petit déjeuner.

Interviewer : Oui, donc il ne faut pas installer...

MG17(-) : La dépendance s'installe comme ça. C'est à dire généralement on fait quelque chose pour aider, parce qu'on se dit "oh, il y a besoin d'une aide" , et à partir de.., et ça, ça devient un automatisme. C'est plus quelque chose, c'est plus de la gentillesse, quelque chose d'exceptionnel, c'est devenu quelque chose qui doit être quotidien, répété, et on peut plus l'enlever. Donc pour pas l'enlever, il ne faut pas le mettre. Donc il faut vraiment être très rigoureux, et c'est ce qu'on fait quand on a des gens dans les maisons de retraite, on dit "on les oblige à aller au restaurant". Oui, on les oblige à aller au restaurant. C'est pas parce que ça facilite la vie du personnel, c'est pas vrai, c'est pas plus long d'aller mettre un plateau au restaurant que de mettre un plateau dans la chambre, mais ça les mobilise. Et c'est pour ça que, au plus on fait du, des trucs, des machins autour, au plus on démobilise les gens. Les gens ne font plus

rien. Alors en plus après on leur fait des angoisses terribles. Vous avez déjà essayé de demander une scintigraphie myocardique à une grand-mère quand vous lui avez donné la fiche de précautions ? Je rigole, parce que ça vous ne l'avez jamais fait. Quand on vous dit que c'est des trucs radioactifs, eux ils en sont encore à ...

Interviewer : à Tchernobyl ?

MG17(-) : Non, à Hiroshima ! Donc, non, mais c'est comme ça. Donc après, ben ils disent non, et puis c'est bloqué à vie. J'ai le cas. Alors c'est pour ça que je deviens allergique avec les trucs... Bon allez, suite.

Interviewer : Donc, j'ai une question par rapport à l'organisation du PAERPA, mais je suppose que c'est redondant, pas besoin de quelqu'un qui vous seconde sur le plan administratif ? Justement le fait de tout faire vous-même, ça tourne ?

MG17(-) : On fait tout nous-même, et puis c'est ça. On ne va qu'à l'essentiel. Parce que, toujours pareil, le temps est compté. Si vous voulez, si vous allez à l'essentiel, alors, bon, c'est vrai, il y a des moments on ne peut plus faire autrement, il faut passer par l'hospitalisation, mais, moi ce que je demande c'est d'avoir des créneaux qui me permettent de répondre immédiatement, donc si j'ai un numéro de téléphone, je sais que j'aurai une réponse, mais c'est comme la HAD, quand vous avez... (téléphone sonne) Tous ces trucs là ça complique la vie inutilement. Pour nous c'est pire. Ce qu'on demande c'est des trucs pratiques et immédiats, et ça je l'aurai jamais. J'aurai jamais un téléphone où j'appelle, j'aurai une réponse. A l'hôpital... Non mais parce que là, j'en ai eu un. Pour les urgences sociales... alors attendez, on nous a donné ça. Ça c'est les urgences sociales. Le mec il arrive, il est clodo, il a plus à bouffer rien... Je vous mets au défi d'avoir une réponse.

Interviewer : Ah... Il y a quelqu'un qui décroche mais après ?

MG17(-) : Il n'y a jamais personne qui décroche.

Interviewer : Même pas ?

MG17(-) : C'est jamais... Ou ça ne sonne pas... Ils savent pas faire. On demande rien, il ne faut pas des dispositifs compliqués ! Il nous faut une liste de numéros de téléphone, si j'ai un problème, si j'ai une urgence psy, il me faut un nom, et je sais que j'aurai une On peut me les détailler, mais je veux pas de structure. Parce que dès qu'il y a structure, c'est bordel. C'est obligatoire. On segmente la responsabilité, et quand vous segmentez la responsabilité, vous compliquez les choses, parce qu'il n'y a plus personne qui sait quel est son niveau de compétence. Alors vous prenez quelqu'un de super compétent, vous le mettez dans une structure comme ça, au bout de 2 ans c'est un fonctionnaire. Ca ne répond qu'aux heures de bureau et au protocole. Et moi je ne veux pas de protocole, parce qu'il n'y a pas de protocole, c'est pas vrai... il y a ...

Interviewer : C'est des prises en charge individuelles ?

MG17(-) : Individuelles. Et ici c'est de la médecine générale. C'est quoi ça ?

Interviewer : Ben justement, c'est le numéro, je ne sais pas si vous avez déjà tenté d'appeler, moi on m'a donné ça quand on m'a présenté le projet PAERPA, c'est la plate-forme téléphonique

MG17(-) : Mais c'est diabolique ça. Vous allez devoir répondre à 50 dossiers.

Interviewer : D'accord, donc ce numéro-là vous n'avez pas...

MG17(-) : Non, mais, moi ça m'énerve ça, parce qu'avant, à l'hôpital, j'avais une liste avec des gens, un cardio j'avais un numéro, quand je l'appelais, c'était lui, pas un autre. Maintenant j'ai des mails. C'est vachement cool quand on est au lit du malade... C'est vrai j'ai un ordinateur, il est là, il est tout petit, il ne prend pas de place, il est loin d'ailleurs, pour ne pas intervenir sur la conversation.

Interviewer : Oui, mais ça ne remplace pas une conversation téléphonique un mail.

MG17(-) : Oui, et puis je demande un RDV, attendez, moi j'ai 62 ans, donc je me suis installé en 1985, en 1983, j'étais à l'hôpital de Valenciennes, j'étais interne, je prenais mon téléphone et j'avais un médecin, j'avais un cardio un pneumo immédiatement. La population n'a pas changé, le nombre de médecins a augmenté, et on n'y arrive plus. Cherchez la cause.

Entretien 18

Interviewer : Quelle est la place de la gériatrie dans votre activité ?

MG18(-) : Assez importante.

Interviewer : Oui ? Beaucoup de patients âgés ?

MG18(-) : Alors maintenant je pense que ça commence à changer mais c'était 60 à 75%.

Interviewer : Ah oui, donc vraiment très importante. Et des gens qui sont au domicile ou ...?

MG18(-) : Oui, en grande partie, parce que je travaillais pour la CARMI avant, et après je me suis installée, j'ai gardé quand même une partie, mais la condition c'était que je vais au domicile, donc je faisais 20 visites par jour au début.

Interviewer : Ah oui ! Donc la gériatrie vous connaissez bien, parce que vous en faites beaucoup ? Comment est-ce que vous avez entendu parler du projet PAERPA ?

MG18(-) : J'ai reçu des papiers, et puis j'ai été contactée je crois par un représentant ?

Interviewer : Quelqu'un qui est venu en personne vous présenter les choses ? D'accord. Et après en dehors de ça vous n'en avez pas entendu parler par des confrères, vous n'en avez pas discuté ?

MG18(-) : Non.

Interviewer : Et pour quelle raison est-ce que vous avez refusé de participer au projet ?

MG18(-) : Parce que c'était un suivi quand le patient sortait d'une structure il fallait qu'on mette en place quelque chose, non ? C'était ça le projet ?

Interviewer : Alors, il n'y avait pas que ça, c'était aussi essayer de repérer les facteurs de risque qui pouvaient entraîner une hospitalisation avant que ça se produise, et essayer de mettre en place des choses pour essayer d'éviter d'éventuelles hospitalisations justement éventuellement, il y avait un dossier d'évaluation à remplir ?

MG18(-) : Parce que ça me semble un petit peu comme HAD, donc c'est vraiment la galère avec la HAD, tout le monde passe, personne ne sait donc, je l'ai vu comme quelque chose qui va encombrer mon activité et pas vraiment utile pour les patients.

Interviewer : D'accord. Parce que vous avez un mauvais retour de l'HAD, comme ça se passe actuellement ?

MG18(-) : Oui

Interviewer : Vous n'êtes pas la première personne à me dire ça... Qu'est ce qui aurait pu vous être proposé qui vous aurait convaincu de participer au projet ? En fait c'est le fonctionnement global, ce que vous en aviez compris, c'est vraiment la façon de faire qui ne vous plaisait pas ? Si on vous avait proposé un financement plus important ? Ou une aide technique ?

MG18(-) : Non, mais je l'ai perçu comme quelque chose en plus, dépenser de l'argent et qu'on avait pas besoin, qu'on aidait pas vraiment le patient. Comme je travaille beaucoup avec la CARMI, qui sont habitués avec la structure, c'était avant, les dispensaires avec l'infirmière, le médecin, ils sont assez bien accompagnés.

Interviewer : D'accord, il y a déjà des structures en place. Et à part l'infirmière et le dispensaire de la CARMI, est ce qu'il y a d'autres interlocuteurs à qui vous vous adressez dans votre pratique, par rapport à la gériatrie ?

MG18(-) : Les kinés, les aides-soignantes ou aides au domicile pour la toilette, des fois ils ont déjà le portage des repas au domicile.

Interviewer : Et est-ce que vous faites appel à des réseaux qui existent autour de Valenciennes, comme la MAIA, ou des choses comme le CLIC pour les aides sociales ?

MG18(-) : Non. Assistante sociale, ça oui, la CARMI elle a assistante sociale, ils ont ergothérapeute, donc c'est une structure assez bien...

Interviewer : D'accord. Et donc même si vous n'êtes plus médecin de la CARMI, comme vos patients dépendent de la CARMI, vous avez encore accès à tout ce qu'ils vous proposent.

MG18(-) : Ah oui, bien sûr, oui, parce qu'ils ont le droit maintenant, je crois que depuis 5 ans, ils n'ont plus de médecin à la CARMI, et ils sont déjà rattachés à la

caisse, à la CPAM, mais ils ont gardé quand même toutes les aides qu'ils avaient avant, mais ils ont des médecins libéraux.

Interviewer : Et alors, par rapport à des gens qui ont accepté de participer au projet PAERPA parce qu'ils se sentaient en difficulté justement pour gérer des patients âgés, vous, est ce que vous avez des choses à conseiller, des techniques, pour gérer les risques comme la dénutrition, le risque de chutes, la surmédication...

MG18(-) : Pour la surmédication, j'ai beaucoup de patients âgés pour lesquels l'infirmière fait le pilulier, donc elle donne les médicaments une fois par semaine, parce qu'ils sont les pauvres, perdus. Donc ça... Je fais donc donner les médicaments par les infirmières, après, bon, ils ont aide aux toilettes, et on peut faire appel à l'assistante sociale si vraiment ils sont seuls et qu'ils ne sont pas accompagnés, et puis l'ergothérapeute.

Interviewer : Vous faites aussi appel à l'ergothérapeute de temps en temps ?

MG18(-) : Oui.

Interviewer : Ok. Et d'un point de vue administratif, est ce que vous avez l'impression d'être surchargée de paperasse d'un point de vue administratif pour les patients âgés ? Est-ce que vous avez l'impression que parfois il serait utile qu'il y ait quelqu'un qui vous aide pour la partie administrative ? Parce que justement parfois il y a des dossiers, des demandes d'ALD, on a l'impression qu'il y a beaucoup de papiers à remplir, ou est-ce que pour vous, ça va, ça ne vous surcharge pas de travail ?

MG18(-) : Oui, ça me surcharge, mais c'est mon devoir.

Interviewer : Vous considérez que ça fait partie de votre travail, et qu'il n'y a pas besoin de quelqu'un d'autre pour venir remplir ces papiers à votre place ?

MG18(-) : Non, parce que je dois expliquer pourquoi et... Mieux je fais les papiers, je connais les patients.

Interviewer : Donc ça ne sert à rien de disperser les tâches et d'avoir plusieurs intervenants ?

MG18(-) : Non, je gère bien, donc maintenant, on a des messages quand l'ALD se finit, donc on sait, on fait sur internet, c'est super bien, ils ont même majoré la..., parce que c'était 5 ans maintenant c'est 10 ans, pour certaines pathologies.

Interviewer : Effectivement, ça permet d'alléger la charge administrative. OK. Est-ce que vous avez autre chose à ajouter par rapport à tout ça ?

MG18(-) : Non

Entretien 19

MG19(-) : J'ai regardé sur Internet le PAERPA, j'avais déjà entendu parler mais, j'ai regardé j'ai vu c'est truc mais...

Interviewer : Mais qu'est-ce que c'est déjà ? OK. J'ai une liste de questions, mais n'hésitez pas à ajouter quoi que ce soit. Est-ce que vous pouvez me dire la place de la gériatrie dans votre activité ?

MG19(-) : Elle est faible. Elle était très importante elle est devenue faible.

Interviewer : Ah, et comment ?

MG19(-) : Comment j'ai fait ? J'étais au régime minier. Et, bah, ils meurent.

Interviewer : D'accord.

MG19(-) : En fait pour le renouvellement je prends très peu de visites. Comme je prends pas de visites, les nouveaux patients je ne les prends que en consultation. Donc du coup c'est des jeunes. Et je préfère.

Interviewer : La gériatrie ça ne vous intéresse pas plus que ça ?

MG19(-) : J'en ai eu, jusqu'à la nausée.

Interviewer : C'est plutôt qu'il y en a eu tellement que...?

MG19(-) : Ben oui oui. Parce qu'en fait, j'avais un moyen séjour, j'étais à mi-temps dans un moyen séjour, et j'avais ma clientèle qui était qu'âgée. Je n'avais pas de personnes qui avaient moins de 65 ans dans ma clientèle.

Interviewer : D'accord. Et donc vous avez changé à quel moment d'activité ?

MG19(-) : Il y a 15 ans à peu près. Donc j'ai abandonné le moyen séjour, mais j'ai conservé la clientèle que j'avais, et donc après comme je suis parti en libéral et après totalement en libéral, ben voilà quoi.

Interviewer : D'accord. Donc, vous ne vous souveniez plus du tout du projet PAERPA, est ce que le fait d'avoir lu des choses...

MG19(-) : En fait j'ai lu en vitesse, PAERPA, je me souviens même plus vraiment de ce que j'avais lu, donc je me suis dit "bof, voilà, c'est pas vraiment intéressant" donc voilà.

Interviewer : D'accord, mais donc vous ne vous souvenez plus d'avoir vu quelqu'un qui soit venu vous présenter ça, en relisant un petit peu ?

MG19(-) : J'ai cru voir quelque chose je ne sais plus... En fait, habituellement je travaille énormément, je suis assez... C'est très cool en ce moment, je sais pas pourquoi, c'est très cool. Mais habituellement je travaille entre 10 et 14h par jour quoi. Ça c'est ma moyenne, tous les jours sauf le samedi où je m'arrête vers midi-13h. Par conséquent, faut pas venir m'emmerder pour rien. Donc... Tous les à côté, je bazarde.

Interviewer : Le peu que vous avez vu, ça ne vous rappelle rien? Et de toute façon, c'est quelque chose pour lequel vous n'aviez pas voulu prendre de temps?

MG19(-) : Voilà, je veux pas prendre de temps. Parce qu'en fait, comme il y a des jours où je travaille au maximum du maximum que je sais faire, il faut pas me demander 5 minutes en plus à passer sur autre chose quoi.

Interviewer : Donc c'est vraiment le problème du temps qui vous a...

MG19(-) : Ah il n'y a que le temps.

Interviewer : Donc vous ne vous êtes même pas posé la question, pour vous c'était quelque chose qui allait vous prendre du temps, et du coup vous n'avez pas cherché à comprendre plus loin et vous avez dit non.

MG19(-) : Voilà c'est ça. Tout ce qui me prend du temps c'est pas la peine.

Interviewer : D'accord. Est ce qu'on aurait pu vous proposer quelque chose qui aurait pu vous convaincre de participer au projet ? Par exemple un financement plus important ?

MG19(-) : Ah non, c'est pas le problème des sous, je m'en fous des sous.

Interviewer : C'est vraiment pas ça, c'est vraiment le temps à passer ? Et qu'est ce qui vous semblait, si vous vous souvenez, qu'est-ce qui vous semblait chronophage ?

MG19(-) : Rappelez-moi le projet PAERPA déjà ?

Interviewer : Alors initialement ça a été présenté comme un dossier à remplir, pour les personnes âgées, avec pour objectif de mettre en relation tous les différents acteurs possibles...

MG19(-) : Ah oui c'est ça. Oh mon dieu.

Interviewer : Avec ce graphique, avec tous les intervenants présentés ?

MG19(-) : Ah oui si si, il y a quelqu'un qui est venu. Oui oui...

Interviewer : Et donc ça vous a semblé être chronophage ?

MG19(-) : Ben oui j'ai pas le temps...

Interviewer : D'accord. Et parmi tous ces intervenants, est ce qu'il y a des choses auxquelles vous avez déjà recours, sans ce projet-là ? 04:23 Les réseaux comme la MAIA, ou RepèrAge

MG19(-) : J'ai pas mal de gens qui sont à Repèrage.

Interviewer : D'accord. Est ce qu'il y en a d'autres ? D'autres réseaux, d'autres intervenants, qui est ce que vous sollicitez dans votre pratique quotidienne en gériatrie, si vous êtes confronté à un problème aigu, ou pour une prise en charge globale spécifique en gériatrie, qui sont vos interlocuteurs ?

MG19(-) : J'ai pas de... Non, j'en ai pas.

Interviewer : Par exemple des consultations mémoire ?

MG19(-) : Ah si, je les envoie en consultation mémoire éventuellement, mais j'avoue que moi la consultation mémoire ça m'horripile. Parce que, il n'y aura rien qui va suivre quoi. Le traitement qu'on a actuellement et zéro, c'est la même chose. Donc, pourquoi faire une consultation ? Là je vous pose un peu la question...

Interviewer : Alors, les gériatres qui nous font des cours nous disent, qu'effectivement les médicaments ont une efficacité limitée, mais à côté de ça, et c'est aussi pour ça qu'ils essaient de mettre ça en place, des moyens par exemple d'orthophonie, enfin plutôt des choses qui sont plutôt dans l'accompagnement, avec

des moyens humains et pas seulement des moyens médicamenteux, débloquent les demandes d'ALD à partir du moment où un diagnostic a été posé, c'est plus en fait sur l'accompagnement global que sur la prescription médicamenteuse à priori...

MG19(-) : Ah, d'accord...

Interviewer : Vous au quotidien, les situations qui augmentent le risque d'hospitalisation, comme les chutes ou la surmédication, est ce que vous avez des moyens, est ce qu'il y a des choses que vous faites ?

MG19(-) : C'est au cas par cas de toute façon, il faut un entourage aussi, on fait en fonction de l'évolution de la personne. Et puis, en fonction des intervenants qui peuvent nous aider, etc...

Interviewer : Et donc s'il vous reste un peu de patients âgés, à qui est ce que vous faites appel ? Quand vous dites l'entourage, je suppose qu'il y a la famille, mais après, en dehors ?

MG19(-) : Les infirmières libérales

Interviewer : Oui, c'est toujours la première réponse qu'on me donne. C'est vraiment la base. Je vois qu'en plus ici vous êtes un cabinet où vous avez pas mal de collègues dont des infirmières ?

MG19(-) : Oui, moi je travaille avec 2 infirmières libérales à priori, même 3, sur lesquelles je peux compter. Donc oui, j'ai les 2 infirmières qui font des toilettes à domicile 2 fois par jour, donc... Là aussi, qui peuvent me faire aussi délivrance de médicaments en même temps, donc 3 fois par jour donc elles passent, donc ça fait un support.

Interviewer : D'accord. Et est-ce que des kinés, des réseaux d'aide à domicile ?

MG19(-) : Ben, kiné ça sert pas à grand-chose, on va dire la kiné, parce que la kiné, ils vont y passer combien de temps avec le patient ? Pas grand-chose hein ? Ils ont, je connais leurs tarifs, je sais qu'ils ne peuvent pas faire de miracle, au tarif où ils sont payés...

Interviewer : Oui... Et, l'hôpital, est ce que vous avez souvent recours à l'hôpital pour les patients âgés ?

MG19(-) : Oui, oui ça m'arrive souvent, quand je vois qu'on est sur le versant négatif, oui j'hospitalise facilement.

Interviewer : En plus ici vous n'êtes pas loin de Valenciennes. Ok

MG19(-) : Et, est ce que, vu que vous n'avez pas beaucoup de patients âgés, ce n'est peut-être pas facile, vous avez l'impression qu'il y a plus de travail administratif pour ces patients là que pour les patients en général ?

MG19(-) : Non, le problème il est pas administratif, le problème c'est le temps passé.

Interviewer : D'accord, le temps, parce que...

MG19(-) : Parce que c'est en visite.

Interviewer : Il n'y a pas de patients âgés qui viennent ici au cabinet ?

MG19(-) : Si, j'en ai quelques-uns, j'en ai pas mal qui viennent. Mais quand c'est en visite, ça met beaucoup de temps. Même en consultation ça met plus de temps aussi. La consultation à domicile chez les personnes âgées, oui, en général, c'est très prenant au niveau temps. Si on fait 2 1/2 actes à l'heure c'est le maximum.

Interviewer : Oui. Et vous êtes sur un gros secteur géographique ?

MG19(-) : Non.

Interviewer : Non, même pas, c'est pas pour la distance, c'est vraiment pour le temps passé sur place ?

MG19(-) : Oui.

Interviewer : Et ce sont des gens qui vivent seuls ?

MG19(-) : Ben, ça peut être seuls, ça peut être accompagné, mais les accompagnants ne sont pas forcément là, c'est à dire le fils qui passe régulièrement, des choses comme ça.

Interviewer : D'accord. Et du coup, après les infirmières qui passent au quotidien ?

MG19(-) : Oui. J'en ai même une, dont le fils ne passe pas, il n'y a que l'infirmière qui est là, comme base, avec, en même temps, un service d'aide à domicile, euh... Il y a le service d'aide à domicile, l'infirmière, qui vient lui donner les médicaments, faire les pansements, et elle est enfermée à double tour, donc vous voyez un peu, ça c'est... ça me gêne beaucoup.

Interviewer : Ah oui, c'est l'infirmière qui ouvre, qui entre, qui fait ce qu'elle a à faire et qui referme et... Et les enfants ne sont pas du tout... ?

MG19(-) : Ben, il doit venir une fois par semaine.

Interviewer : Oui. Mais les gens veulent rester chez eux.

MG19(-) : Ben, elle est plus en état de savoir si elle veut rester chez elle.

Interviewer : Et entre 2 passages de l'infirmière ?

MG19(-) : Le fils ne veut pas payer, et donc elle est chez elle parce que c'est le moyen le moins cher.

Interviewer : C'est triste...

MG19(-) : C'est la réalité, de ce à quoi on est confronté au quotidien.

Interviewer : Donc pour vous le problème avec la gériatrie c'est ça? S'il y a un bon entourage qui est présent...

MG19(-) : Il faut vraiment un entourage compétent, qui s'investit.

Interviewer : Et s'il n'y a pas d'entourage, du coup, on s'appuie sur les infirmières et sur les réseaux d'aide à domicile, mais ça reste fragile ?

MG19(-) : On fait ce qu'on peut.

Interviewer : Est-ce que vous avez autre chose à ajouter ?

MG19(-) : Non. Ça en fait, ça me... C'est un truc très administratif ça...

Interviewer : C'est un peu le retour que j'ai, j'ai déjà fait plusieurs entretiens, et à chaque fois on me pose la question, mais à quoi ça sert ?

MG19(-) : En fait, j'ai l'impression que c'est pour faire vivre les gens qui sont dedans, quoi, pas pour faire vivre les patients mais pour faire vivre les gens qui sont dedans. Ce sont des services redondants, et, bon, franchement je crois pas que ça serve à grand-chose. C'est l'administration à la française la plus pure. On peut tourner en rond, tourner en rond, tourner en rond, et il y a plein de gens qui sont accrochés, qui gagnent leur pain là-dessus, mais ça sert à rien, en définitive. Nous, notre système, il marche, et on coûte rien, voilà la différence.

Interviewer : Et, en dehors de PAERPA, est-ce que pour vous il y aurait des choses à changer pour la prise en charge des personnes âgées en France ?

MG19(-) : Ben, oui, il y a des choses d'aide au quotidien, mais pas ça, quoi. Des trucs basiques.

Interviewer : Un des médecins que j'ai rencontrés me parlait d'aides-soignantes libérales, qui manquaient ?

MG19(-) : Pas des trucs redondants quoi. Ça c'est de l'administratif pur, qui sert à rien, quoi. C'est trop lourd.

Interviewer : C'est trop lourd et ça représente trop de temps pour vous ?

MG19(-) : Oui, surtout que les médecins libéraux vont être de moins en moins nombreux dans les années à venir, donc il faudra faire sans eux...

Interviewer : Alors je ne sais pas si c'est ça l'objectif, de réussir à faire sans les médecins, mais je ne vois pas trop..., c'est plutôt le contraire, PAERPA, le principe c'était de laisser le médecin au centre du dispositif mais de lui donner de l'aide pour accéder à tout ce qui pouvait être possible. Mais à partir du moment où on ne comprend pas vraiment ce qu'ils proposent, c'est pas forcément simple...

MG19(-) : Non mais j'ai du mal à envoyer mes patients à des structures quand on veut des consultations spécialisées, alors après...

Interviewer : Des consultations... ?

MG19(-) : Ben oui, en fait, tout le tissu libéral fout le camp, donc... des spécialistes, il y en a de moins en moins. On n'a plus que recours à l'hôpital, maintenant, quand on a un souci, quoi.

Interviewer : Et l'hôpital ça passe même facilement par les urgences

MG19(-) : Et puis, à l'hôpital, les gens, ils travaillent 35h, donc voilà quoi... Donc vous avez des délais de consultations qui sont importants et tout à l'avenant... Et si vous avez des problèmes chez les petits, ben, ça alors là c'est la croix et la bannière...

Interviewer : Chez les petits ?

MG19(-) : Oui. Tout ce qui est psycho-social chez les petits c'est l'horreur. Si vous avez des petits qui ont des problèmes mentaux, qui ont des problèmes d'évolution

scolaire... Les CMP sont débordés donc, il faut, je crois qu'ici il faut 8 mois pour avoir un RDV en CMP. Et pour avoir un RDV de neuropsychologie au CHV, alors là...

Interviewer : Oui... C'est un gros secteur ?

MG19(-) : 380000 habitants. Et on est vraiment au ras des pâquerettes, nous ici, à niveau... Moi je travaille avec... Je fais 80% de gens qui ne payent pas.

Interviewer : D'accord. Donc un niveau social... en difficulté

MG19(-) : Très bas. Le plus bas possible. Il y a Denain qui doit être un peu plus bas que nous. On n'a que du social ici. Juste à côté, ça vient d'être construit, donc c'est un centre d'action social révolutionnaire où on a tout, tout le social est là à côté.

Interviewer : Donc vraiment vous avez des patients qui ont besoin d'être accompagnés ?

MG19(-) : Des patients qui ont vraiment besoin d'être accompagnés, on a beaucoup de détresse socio-économique, en fait, les enfants ne sont pas suivis comme un enfant pourrait être suivi normalement, et donc on aurait beaucoup besoin de suivi, et on n'a pas, on n'a rien qui suit derrière, ici, on est un secteur très défavorisé.

Interviewer : Ok

MG19(-) : Alors ça... pfff....

Interviewer : Ça pour vous, ça passe après, il y a d'autres priorités ?

MG19(-) : J'ai toutes les priorités avant.

Entretien 20

Interviewer : Quelle est la place de la gériatrie dans votre activité ?

MG20(-) : Je vais pas vous donner des réponses précises, parce que j'en sais rien du tout... Pourcentage de patients de plus de 70 ans, 10 % de ma patientèle et entre 60 et 69 ans, 9.81% (consulte les données fournies par la CPAM). Donc au-dessus de 60 ans, 10% + 9%

Interviewer : D'accord. C'est principalement des gens que vous voyez ici au cabinet, ou vous faites des visites à domicile ?

MG20(-) : Je fais des visites à domicile, mais pas beaucoup, et effectivement quand je vois des personnes à domicile, ce ne sont que des personnes âgées, sauf traumatisme ou...

Interviewer : Des gens vraiment incapables de se déplacer ?

MG20(-) : Oui, c'est ça, mais sinon, les âgés, même jusque 80 quasiment 90 ans qui viennent ici encore.

Interviewer : D'accord. Vous insistez, enfin vous les incitez

MG20(-) : J'insiste pas. S'ils peuvent venir, je leur dis qu'ils peuvent venir, s'ils ne peuvent pas venir, je leur dis que j'irai chez eux.

Interviewer : D'accord. Comment est-ce que vous avez entendu parler du projet PAERPA ?

MG20(-) : J'ai reçu des trucs... je sais plus si c'est par mail ou si c'est par SMS... Et il y a un de mes confrères qui m'en avait parlé parce que sa femme y participe un peu je pense. Mais je ne sais pas si elle s'en occupe encore.

Interviewer : D'accord. Et du coup, les échos que vous en aviez eu ?

MG20(-) : J'en ai pas eu d'échos particuliers... Allez y continuez.

Interviewer : Et est-ce que vous aviez reçu quelqu'un qui vous avait présenté le projet, ici au cabinet ?

MG20(-) : Je n'en ai pas souvenir... Mais il peut m'arriver d'avoir des trous de mémoire...

Interviewer : Est-ce que vous pouvez me dire pourquoi est-ce que vous avez refusé d'y participer ?

MG20(-) : Ah oui, complètement. C'est juste un, un..., c'est pas un surbooking c'est un hyperbooking de mon emploi du temps, et que c'était encore des réunions, des trucs comme ça, sur le peu que j'ai lu en diagonale, je me suis dit "c'est pas la peine, j'aurai pas le temps de m'investir, j'aurai le temps de rien faire du tout" donc j'ai dit non, je ne fais pas, c'est pas la peine, de toute façon, un coup je vais y aller, un coup je vais pas y aller, ou alors je vais l'oublier... Voilà, c'est uniquement faute de temps, j'ai rien contre, et d'ailleurs, quand j'ai vu qu'on était invité à des réunions, des trucs comme ça, j'ai dit non tout de suite, et je vous avouerai que je ne sais même pas ce que c'est. Je sais que c'est un truc pour les personnes âgées.

Interviewer : Euh, oui, par contre il n'y a pas vraiment de réunion en général, à part, souvent il y a quelqu'un qui s'occupe de la coordination du projet qui vient le présenter au cabinet, mais après, à priori il n'y a pas de réunion d'organisée...

MG20(-) : J'ai peut-être mal lu...

Interviewer : Alors ils en ont peut-être fait, à certains moments, pour essayer de présenter à plus de monde, mais... Donc à priori vous n'êtes pas contre le projet en lui-même, pour vous c'est vraiment le manque de temps ?

MG20(-) : Le manque de temps, et peut-être, si j'ai lu un truc, j'ai cru voir qu'il y avait un peu d'administratif à faire ou je sais pas quoi, alors ça c'est un truc, j'y suis, alors c'est pas allergique, c'est œdème de Quincke...

Interviewer : Donc, est ce qu'on aurait pu vous proposer quelque chose pour vous inciter à participer ? c'est surtout le manque de temps pour vous ? Est-ce qu'un financement plus important par exemple vous aurait amené à participer ?

MG20(-) : Pfff...

Interviewer : Non... Et, alors, effectivement il y a de l'administratif à remplir, des dossiers, etc...

MG20(-) : Alors ça c'est mort. Dès qu'il y a la moitié d'un papier à faire... Et même si vous me dites que maintenant c'est plus sur papier, c'est sur internet ou je sais pas quoi, c'est encore pire.

Interviewer : Non, c'est en fait, les personnes qui coordonnent tout ça, maintenant se sont rendues compte de la partie administrative qui était très lourde à gérer pour les médecins, et donc remplissent en grande partie les papiers, et demandent en fait au médecin de signer une fois que les papiers sont déjà remplis.

MG20(-) : C'est déjà plus négociable.

Interviewer : Ça pour vous ce serait un argument ? Si quelqu'un s'occupait de toute la partie administrative ?

MG20(-) : Ah bah oui. Déjà, ça, c'était rédhibitoire ; à partir du moment où il y a une partie administrative, la moitié d'une lettre à écrire, et ça me saoulait. Déjà. Et après, à partir du moment où cette étape-là est enlevée, faut voir ce qu'il y a comme autres étapes.

Interviewer : D'accord. Bon, alors c'est vrai que moi je ne suis pas dans le projet, je ne le connais pas très bien, et je vais voir des médecins qui ne connaissent pas trop puisqu'ils n'y participent pas, mais dans ce que j'en ai compris, ils essaient de faire en sorte que le médecin traitant ait le moins de choses possible à faire, parce que justement au niveau emploi du temps, ils savent bien que c'est compliqué. Du coup, pour vous qui ne participez pas du tout au projet, votre organisation pour gérer les personnes âgées, pour gérer les risques comme la dénutrition, le risque de chute, est ce que vous avez des choses en particulier que vous mettez en place tout seul ?

MG20(-) : Oui, que je mets en place tout seul ou avec, on écoute un petit peu ce que nous disent les infirmières à domicile, ce que nous disent les services de soins à domicile. Quand ils nous disent " ben là il faudrait faire ça, ou faire ça, ou ne pas faire ça" ou les familles, et puis voilà. Donc moi tout seul, ou aidé par les personnes qui s'occupent de la personne âgée au domicile.

Interviewer : Donc vous m'avez parlé des infirmières, de la famille. Est-ce que vous avez d'autres interlocuteurs ? Est-ce que vous faites appel à des réseaux ?

MG20(-) : Oui, il y a des réseaux, il y a RepèrAge qui passe. J'en ai pas beaucoup, parce que j'ai des personnes âgées, mais qui vont pas forcément si mal que ça, ou qui sont dans des familles d'accueil, donc il y a quelqu'un qui s'en occupe, donc sinon, j'en ai une qui est suivie actuellement par un réseau, je pense que c'est RepèrAge d'ailleurs, qui est actuellement hospitalisée à St Amand et qui va rentrer chez elle après-demain.

Interviewer : D'accord. Des choses comme le CLIC, la MAIA, ça vous parle ou pas du tout ?

MG20(-) : Oui, le nom me dit quelque chose mais je serai incapable de les contacter...

Interviewer : Vous n'y avez pas recours. D'accord. Les consultations de gériatrie, est ce que vous envoyez vos patients parfois en consultation de gériatrie, en consultation mémoire ?

MG20(-) : Oui, en consultation mémoire, ça peut arriver, mais je les envoie presque plus au neurologue qu'au gériatre, parce que je sais pas trop quel gériatre fait ça.

Interviewer : Ok, et vous c'est plutôt Valenciennes, Denain ?

MG20(-) : Valenciennes.

Interviewer : Très bien, on a à peu près fait le tour, ma dernière question vous y avez déjà à peu près répondu, pour vous, si quelqu'un se chargeait de la partie administrative, pour vous, ça ferait une grosse différence ?

MG20(-) : Oui, après, moi c'est déjà une note éliminatoire à partir du moment où il y a de l'administratif, je vais même pas plus loin, c'est nient. Après, je ne dis pas que pour autant s'il n'y a plus la partie administrative... faut que je voie ce qu'il y a derrière. Si derrière il y a encore un truc rédhibitoire...

Interviewer : Je comprends.

MG20(-) : Mais par contre, je ne suis pas fermé.

Interviewer : D'accord. Donc, si par exemple, en fait dans le projet PAERPA, c'est des alertes lancées soit par le médecin, soit aussi parfois par les infirmières à domicile ou les pharmaciens, si on revenait vers vous en vous disant "tel patient, on voudrait mettre en place ça et ça si vous êtes d'accord", si ce qu'on vous propose ne vous paraît pas complètement aberrant, à priori...

MG20(-) : Non, je ne suis pas fermé du tout, au contraire, plus on peut aider, je dis toujours, ce que feront les autres pour la personne c'est pas moi qui le ferai, donc... si c'est pour me faciliter la tâche, et puis rendre service au patient, il faut le faire, mais à partir du moment où il y a des papiers...

Interviewer : Oui... Le fait que ça vienne de l'ARS, ou de l'hôpital, ça pour vous ce n'est pas forcément rédhibitoire ?

MG20(-) : Non, alors ça moi je m'en fous complètement.

Interviewer : Très bien. Est-ce que vous avez autre chose à ajouter sur la prise en charge des personnes âgées en général ?

MG20(-) : Ben, non, moi je trouve que ça ne va pas si mal que ça, parce que quand il y a un gériatre à l'hôpital de Valenciennes, qu'on peut appeler quand on veut envoyer quelqu'un pour un bilan, un truc comme ça, et bien eux ils rappellent après pour prendre la personne en hospitalisation programmée, de manière à , c'est bien, c'est un truc qui est sorti il y a une paire d'années, plutôt que d'envoyer la personne aux urgences et puis qu'elle traîne pendant 3 semaines dans le truc et qu'il ne se passe rien, au moins, on peut téléphoner à un gériatre, lui dire "voilà, j'ai une dame qui a ça, c'est un syndrome inflammatoire, mais je ne veux pas qu'elle passe par les urgences" et la personne programme les examens, en lui expliquant un peu ce qu'elle avait, et quand la personne est arrivée, elle avait son bilan sanguin, son scanner, enfin suivant

ce qu'il fallait quoi. Et donc ça, je trouve que ça marche plutôt bien. Et puis les réseaux, quand on les appelle, moi je travaille un peu avec XXXX je ne sais pas si vous la connaissez ? Je pense qu'elle est dans le réseau RepèrAge, mais bon, je la connais quoi.

Interviewer : Oui, quand on a un contact direct, c'est toujours plus facile. Et donc c'est la plateforme de gériatrie de l'hôpital de Valenciennes en fait à laquelle vous faites appel, c'est ça ?

MG20(-) : Ben oui, je passe par le standard et je demande qu'il me passe le gériatre, il y en a toujours un qui prend les appels, et ça marche bien, ils prennent les coordonnées et puis ils rappellent les gens dans la semaine qui suit ou dans les 15 jours qui suivent.

Interviewer : Oui, ça permet d'éviter les passages aux urgences. Très bien.

Entretien 21

MG21(-) : Moi le PAERPA je l'ai connu, parce que, ils venaient d'arriver, et c'est vrai qu'on a, je pense que ça venait d'arriver, celle qui me l'a présenté elle était complètement dans ..., elle était un peu euphorique dans ce qu'elle faisait, et elle me présentait un dossier, et elle présentait un classeur comme ça, que j'ai dû ramener chez moi... Forcément, qu'est-ce que c'est que ce truc?? Le médecin généraliste il cherche à être efficace, on veut pas non plus se manger des papiers, des trucs comme ça. Et après la présentation, je me suis dit, c'est un peu notre métier finalement, je ne voyais pas...

Interviewer : L'intérêt ?

MG21(-) : Ben, je comprenais pas trop, j'avais l'impression qu'on devait faire ce que je fais moi, pour moi, et le patient bien entendu, on devait en faire un compte-rendu officiel à d'autres personnes, ça donnait cette impression-là. Mais en fait c'est un peu ce que je fais. On essaie d'organiser, avec les infirmières, les kinés, tous les paramédicaux autour, déjà, de faire tout ça quoi. Je dis pas qu'on est parfaits, je suis tout à fait d'accord qu'on peut tout à fait avoir aussi de l'aide autour, mais, voilà. J'ai pas, j'ai l'impression que c'est plus, sur le coup, ça alourdissait, euh, voilà, ça alourdissait mon... ma journée, mon dossier. J'avais l'impression que ce que je faisais, et ben il fallait en plus faire un rapport. Tu comprends ? Bon, je suis pas très clair mais...

Interviewer : Si si je comprends.

MG21(-) : Et après, finalement, tout fonctionne comme ça, je dis pas que tout fonctionne parfaitement, je pense que voilà, il faut toujours réfléchir derrière.

Interviewer : Donc, là, vous n'avez pas fait ce qu'ils appellent un projet personnalisé de soins ?

MG21(-) : Non

Interviewer : Vous n'avez pas été recontacté pour essayer de vous relancer ?

MG21(-) : Non. Mais je connais PAERPA hein.

Interviewer : Oui, j'ai bien compris. Donc votre épouse elle travaille en plus pour le réseau RepèrAge c'est ça ?

MG21(-) : Oui, c'est ça, et puis même pour PAERPA. Pour PAERPA, elle s'occupe de l'évaluation médicamenteuse et de la iatrogénie. Elle travaille là-dessus.

Interviewer : Oui, donc elle est vraiment dedans, et vous vous n'êtes pas dedans mais vous savez, enfin vous comprenez de quoi...

MG21(-) : Enfin je connais pas tout non plus non plus, bon après, chacun, enfin voilà... Après je sais pas ce que tu voulais savoir ?

Interviewer : Alors... la gériatrie pour vous c'est une part importante de votre activité ?

MG21(-) : Euh, ça doit être euh, j'avais une part importante, qui a, malheureusement c'est la vie, quand je me suis installé, j'avais remplacé 2 médecins qui étaient, proches de la retraite et qui après se sont arrêtés, donc j'ai eu leurs patients, et c'est vrai qu'on dit souvent que les patients vieillissent avec leur médecin un petit peu, j'ai un gros pôle gériatrique, qui doit représenter, alors, euh, les plus de 75 ans, ça doit être 20%, je sais pas, ça doit pas être loin. Pas 1/4, non.

Interviewer : Donc des gens qui sont au domicile ou ?

MG21(-) : J'ai pas mal de gens qui viennent, j'ai quand même tous les jours mes visites à domicile, pour des gens qui ne pourront pas se déplacer.

Interviewer : Plusieurs par jours ?

MG21(-) : Oui, oui oui, tout à fait.

Interviewer : Et, est ce que vous, le problème pour vous c'était vraiment que vous n'aviez pas l'impression que ça vous apportait quoi que ce soit, et qu'il y avait beaucoup de paperasse, est ce qu'il y a quelque chose qu'on aurait pu vous proposer, qui aurait pu vous inciter à participer un peu plus au projet ? Ou est-ce que à partir du moment où vous considérez que vous faites déjà ce qu'ils vous proposent, il n'y a pas besoin de plus ?

MG21(-) : Après (longue hésitation) ... Oui, faudrait revoir le projet... Parce que c'était très flou quand même au départ. J'ai fait partie des premiers à être contacté, mais je pense que rien n'était prêt. C'est ça en fait. Elle m'avait dit "oui, mais c'est pas encore bien fait"... Enfin c'était pas très bien présenté quoi. Je veux pas descendre la personne qui est venue hein !

Interviewer : Non, non, c'est anonyme et je ne vais pas... Non, non, je comprends. Mais du coup, vous au quotidien, pour les personnes âgées, pour prendre en charge les risques de dénutrition, de chutes, qu'est-ce que vous faites ? Qu'est-ce que vous mettez en œuvre ? Si vous considérez que vous arrivez à prendre en charge les gens, par rapport à d'autres qui sont plus en difficulté et qui ont vu arriver ce truc là comme

le sauveur, parce qu'ils ne s'en sortaient pas avec les personnes âgées... Est ce qu'il y a des choses que vous voyez, que vous mettez en place ?

MG21(-) : Ben, moi je fais, oui, ben après, il faut évaluer aussi l'entourage du patient, l'entourage familial et l'entourage paramédical, après, moi j'essaie de faire le maximum pour éviter les chutes à la maison, après ça dépend de quel âge on parle, parce qu'il y a RepèrAge, RepèrAge c'est pas PAERPA, là on est dans la prévention avec PAERPA. L'évaluation de la maison, l'évaluation... oui... Après je dis pas que c'est parfait, hein, mais, je dis pas que c'est pas (in?)utile, mais j'essaie de faire par moi-même avec les intervenants, qui sont au domicile, les aides-soignantes...

Interviewer : Et donc intervenants ?

MG21(-) : C'est moi qui contacte oui

Interviewer : Aides-soignantes, infirmières ?

MG21(-) : Infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes parfois aussi, quand il y a besoin, des post AVC des choses comme ça. Euh... Ben voilà...

Interviewer : Non, mais il n'y a pas de mauvaise réponse. Je suis pas là pour faire un rapport à PAERPA... Enfin si je suis là pour leur expliquer pourquoi certains n'ont pas voulu participer... Mais justement, c'est important aussi de pouvoir dire qu'au début ça n'a peut-être pas été présenté de la bonne façon, et que ça aussi ça a pu jouer...

MG21(-) : C'est sûr que... c'était raté... Ca nous a fait très peur. Mais tout le monde, hein, dans tout le cabinet. Ah ben oui on s'est demandé "mais qu'est-ce que c'est que ce truc ?" Nous on court après... Tout ce qui est chronophage, on veut pas quoi. On veut examiner les gens, soigner les gens, on en a marre des paperasses quoi...

Interviewer : Est-ce que, en dehors de ceux qui viennent à domicile, donc vous m'avez dit kiné, infirmières, etc, donc Repèrage, vous faites appel à Repèrage, est ce que vous faites appel à d'autres réseaux ou d'autres organisation par rapport aux personnes âgées?

MG21(-) : Non, c'est Repèrage principalement. Après ici on est quand même dans un endroit où il y a l'hôpital facilement, etc, je veux dire on n'est pas en rase campagne, on a accès facilement à tout ça. On gère beaucoup de choses à domicile, on n'hospitalise pas facilement les gens, on essaie de pas le faire justement !

Interviewer : Mais il y a aussi une facilité ?

MG21(-) : Oui, oui tout à fait, avec l'équipe de gériatrie de Valenciennes, du Quesnoy...

Interviewer : Vous arrivez à les contacter assez facilement ?

MG21(-) : Alors... pas forcément...

Interviewer : Il y a des gens qui me disent oui, ça va, et d'autres au contraire "non, on n'arrive jamais à joindre personne"

MG21(-) : Ça dépend quel numéro... oui, ça peut être compliqué c'est sûr. Mais si on veut faire une hospitalisation directe... voilà. Après il y a le placement d'urgence aussi, je veux dire, d'un couple, il y en a un qui se fait hospitaliser mais chacun est ...

Enfin celui qui habituellement est le plus autonome et qui s'occupe beaucoup de l'autre... si on doit hospitaliser celui-ci on est très embêté d'un coup...

Interviewer : Et ça vous savez qui contacter pour ce genre de choses ?

MG21(-) : Ben il y a la plate-forme gériatrique, oui, on a toute une fiche de numéros de téléphone. J'ai toute une liste de numéros à appeler dans ces cas-là, après s'il y a encore autre chose, je suis tout à fait preneur. Si quelqu'un me dit "Stop, on arrive on fait le truc et vous continuez votre travail"

Interviewer : Ben justement, c'est aussi ça qui est intéressant, de savoir sur quoi vous vous appuyez déjà, parce que PAERPA voulait aussi essayer de rassembler tout ce qui existait déjà, ils n'ont pas voulu créer un truc en plus, ils ont voulu travailler avec ce qui existait, mais si vous avez déjà tous les contacts et que vous travaillez déjà avec tout ce qui existe, effectivement, leur intervention elle est peut-être un peu moins...

MG21(-) : Après, si on a un numéro central, qui nous.... Il n'y a aucun souci !

Interviewer : Oui, s'il y a avait un seul numéro à appeler au lieu d'avoir la liste justement... et de devoir en passer 4 ou 5...

MG21(-) : C'est ça... Enfin moi j'ai tout mis dans mon téléphone donc, j'ai la plateforme etc mais bon... J'ai le numéro aussi de gériatrie, voilà, j'appelle directement mais... après s'il y a quelque chose qui fasse... qui fait la gestion à notre place, ben pourquoi pas...

Interviewer : Pour moi la plateforme gériatrique...enfin c'est quoi la différence entre les 2 ? Dans quel cas vous contactez l'un ou l'autre ?

MG21(-) : Il y a une plateforme qui peut placer dans une institution comme à Fresnes sur Escaut, association de personnes âgées, pour des placements temporaires tu sais ?

Interviewer : D'accord, donc pas forcément pour des problèmes médicaux ?

MG21(-) : Pas forcément, problème social parfois.

Interviewer : D'accord. Donc médical ce sera plutôt le gériatre et social ou semi-urgence ce sera plus... s'il n'y a pas besoin d'une hospitalisation

MG21(-) : Oui, seul à domicile, qui a une urgence pour... voilà... on va pas l'hospitaliser. Un aidant absent ou... oui c'est ça...

Interviewer : Donc finalement je comprends que ça ne vous semble pas forcément nécessaire, mais s'il y avait justement cette coordination globale, si PAERPA arrivait à faire cette coordination globale avec un seul intervenant, ou un seul référent, ça pour vous ce serait éventuellement intéressant d'avoir un seul contact, qui puisse se charger de tous les coups de fils et de tous...

MG21(-) : Aucun souci ! Plus il y a de numéros, moins ça va.

Interviewer : Plus c'est compliqué.

MG21(-) : Oui, c'est un peu ça.

Interviewer : Et toujours dans la même idée, c'est un peu... Là ça fait bientôt 2 ans que c'est en place, et les animatrices territoriales en fait ont pris en charge de plus en plus de remplir les dossiers, pour que ce soit justement pas les médecins traitants qui aient à le faire, ça, ça vous semble ? ça ne vous semble pas être, vous n'êtes pas "non, on me prend mon boulot" ou quoi que ce soit ? Non ? Au contraire le boulot administratif ce n'est pas le boulot qu'on a envie de faire ?

MG21(-) : Ah non, non, je ne suis pas fermé du tout à ce genre de choses, moi je suis quelqu'un, je pense que la médecine elle est, c'est un ensemble de, c'est une chaîne avec plusieurs personnes. C'est pas... on fait pas un boulot secret tout seul dans notre coin. Absolument pas.

Interviewer : Il n'y a pas besoin d'une indépendance absolue.

MG21(-) : Ah non, on travaille avec les pharmaciens, avec les paramédicaux, on travaille avec les spécialistes, chacun est spécialiste de toute façon, nous on a aussi une spécialité, et on travaille ensemble, c'est pas "je fais mon truc, regarde pas ce que je fais" Non, non, non, non. Je suis tout à fait d'accord.

Interviewer : Ok, Vous parlez des pharmaciens, et donc de votre épouse qui s'occupe de la conciliation médicamenteuse... Est-ce que vous ça vous arrive d'avoir des contacts avec les pharmaciens... ?

MG21(-) : Oui

Interviewer : pour rediscuter

MG21(-) : Euh, de rediscuter...

Interviewer : Reposer des questions sur des indications, sur des traitements...

MG21(-) : Ça arrive peu, je pense... Non, les contacts c'est être sûr qu'il y a les changements de traitements, des choses comme ça...

Interviewer : Donc ça vous arrive, vous avez des contacts quand même pour faire...

MG21(-) : Oui, ça arrive, "c'est normal que ce soit passé à tant de milligrammes, voilà... Parce qu'on avait ça nous comme référence..." Des choses comme ça...

Interviewer : Et c'est plutôt eux qui vous contactent ou vous qui les appelez ?

MG21(-) : Non, c'est plutôt eux qui nous contactent. Nous on fait l'ordonnance.

Interviewer : Oui, vous mettez ça par écrit, et après c'est quand eux font des vérifications qu'ils vous contactent.

MG21(-) : Oui. Après je dis pas, c'est pas... on pourrait éventuellement les avertir de quelque chose s'il y avait quelque chose à faire, mais je sais pas, j'ai pas d'idée en tête.

Interviewer : Après oui, quand c'est noté sur l'ordonnance...

MG21(-) : Mais on s'entend bien avec les pharmaciens du coin... Et puis même si on ne s'entendait pas (rires)... Mais ça se passe bien, ça va.

Interviewer : Oui, il faut quand même savoir travailler ensemble. Il y a une autre interne qui travaille justement sur le rôle de pharmaciens, autour de Denain, avec la conciliation, et elle a un retour des pharmaciens, qui trouvent que... qui aimeraient bien avoir plus de contacts avec les médecins à priori... Je n'avais pas posé la question lors de mes précédents entretiens, mais puisque vous en parlez je me dis que ça peut...

MG21(-) : Ben moi ils ont mon numéro perso en plus

Interviewer : Donc ça arrive

MG21(-) : Oui, ils appellent quand ils ont besoin.

Interviewer : D'accord, bon, ben je pense qu'on a fait à peu près le tour, vu que vous êtes un peu à part... Est-ce que vous avez autre chose à ajouter par rapport à tout ce qu'on a dit ?

MG21(-) : J'aimerais bien entendre les arguments des autres...

Interviewer : Des autres qui refusent ? J'ai eu plusieurs retours...

MG21(-) : En fait moi j'en ai eu qu'une fois, une rencontre, voilà, c'était pas top, il faut le dire, et c'est tout. Je n'ai jamais Je pense qu'on m'a à priori catégorisé dans "il veut pas", alors que...

Interviewer : Alors après, c'était clairement expliqué que vous aviez déjà l'impression de faire ce qui était proposé. Autant il y a des gens qui avaient refusé sans s'intéresser, là elles avaient bien compris que pour vous c'était surtout que ça vous proposait des choses que vous mettiez déjà en place.

MG21(-) : Après je pense que ça a évolué, et après je suis prêt à réécouter des explications sur l'intérêt...

Interviewer : Ça je leur transmettrai probablement l'information.

MG21(-) : Pour refaire le point exactement, sur ce qu'ils proposent, parce que peut-être que ça a été mal compris aussi... Je maîtrise pas tout forcément...

Interviewer : Oui, mais après c'est vrai qu'il y a des choses... Leur questionnaire d'évaluation n'était peut-être pas tout à fait au point...

MG21(-) : Oui, il fallait voir le truc ! Après nous il faut comprendre que nous on veut... C'est le patient qui prime quoi qu'il arrive, et pour que le patient prime, il faut qu'on ait un temps pour lui aussi. Et on est déjà... on fait pas que de la gériatrie. Le médecin généraliste il fait tout... Dans sa journée il va faire de la rhumato, de l'infectio, il va faire du social, de la psy... Tout, tout est important je veux dire. C'est vrai que nous on est... tout est important, donc ... on cherche à enlever cette paperasserie qui nous intoxique... Alors si on nous en rajoute, on... je pense qu'à un moment on est trop dans le cahier et pas sur le patient... Voilà, c'est ça, quoi... Après, c'est probablement très utile, attention, je veux dire, ça a fait ses preuves ailleurs, je pense, PAERPA, non ?

Interviewer : Ben, ils sont encore d'évaluer...

MG21(-) : Il n'y a pas d'autres pays qui avaient fait ça ?

Interviewer : Ah, alors ça je ne sais pas. Je saurai pas répondre.

MG21(-) : Après attention, la culture française est pas la même que la culture scandinave, ou autre, donc...

Interviewer : Oui, c'est ça, c'est vrai que depuis quelques années, ils essaient d'être un peu plus dans des mesures de prévention, mais ça reste quand même compliqué, même par rapport aux patients, qui ne comprennent pas toujours ce qu'on essaie de faire et ... "font de la résistance"

MG21(-) : Oui, après il faut que le patient l'accepte aussi.

Interviewer : C'est ça, des fois ils sont dans leur mode de vie, leurs habitudes, et on ne va pas toujours pouvoir changer....

MG21(-) : C'est comme les diabétiques, on a la Sécurité sociale, Sophia, qui appelle, qui fait de la prévention chez les gens, leur demandent s'ils font bien leur glyquée, tous les 3 mois, etc, s'ils ont fait leur protéinurie 1 fois /an, s'ils voient le cardiologue, l'ophtalmo... Fin, tout ce qu'un diabétique doit entreprendre... Et... les gens... je peux comprendre, ils ont l'impression, que finalement, le rapport, ils nous ont choisi comme médecin traitant, il y a une intimité, il y a aussi un secret médical, et que, cet univers-là d'intimité, est ouvert à tout le monde. Que quelqu'un de la sécurité sociale appelle pour dire "il faut faire ça, faire ci, faire ça" ... ils ont l'impression... Moi j'ai des gens qui m'ont dit " j'en ai marre, qu'on me laisse, qu'on me foute la paix" C'est bien géré, ils ont les choses à gérer avec moi, etc, et ça peut se respecter et se comprendre. Ils ont l'impression que leur maladie ne leur appartient plus, qu'elle appartient à tout le monde, et que tout le monde vient se mêler à ça.

Interviewer : Et vérifier comment ils se soignent ?

MG21(-) : Oui, voilà aussi. Un peu policier. Et que, même s'ils le font bien, il y en a marre aussi, qu'on leur rabâche... Ils veulent aussi vivre. Après guérir c'est parfois aussi oublier sa maladie, attention, c'est un peu philosophique ce que je veux dire, je dis pas qu'il faut oublier, qu'on est diabétique, mais à un moment, il faut quand même l'oublier, pour vivre autre chose. On ne fait pas que vivre son diabète !

Interviewer : Oui, il faut y penser au moment des médicaments, et des repas, mais entre deux...

MG21(-) : Il faut aussi... Je ne veux pas dire qu'il faut partir fumer sa clope et s'alcooliser, mais à un moment, penser aussi à autre chose, il y a d'autres intérêts dans la vie. Ils ont l'impression d'être un peu harcelés dans tout ça, et surtout quand ça quitte le rapport médecin patient, le rapport médecin traitant - patient, ils ont un peu l'impression que... Alors c'est sûr que la médecine, je vais pas contredire ce que j'ai dit tout à l'heure, on est une chaîne de médecins, le patient doit être au centre, etc, mais parfois il y a un type de patient qui risque d'abandonner, d'en avoir marre...

Interviewer : Quand la chaîne est de proximité, l'infirmière, le pharmacien qui est au bout de la rue, ça reste acceptable, mais quand ça devient...

MG21(-) : Oui, quand c'est quelqu'un qui n'est pas physique devant eux... La globalisation médicale, elle peut être délétère pour certains patients. On peut pas... Finalement on apprend, on apprend les arbres diagnostiques, etc. Ce qu'on apprend, après, quand on est en médecine de ville, on voit vraiment, il y a un arbre diagnostique,

certes, mais il y a tellement un individu derrière que parfois, l'arbre ne peut pas être respecté à 100%. Nous on sait comment vit le patient, les rapports, comment est sa maison, comment, son mode de vie... Et il y a un petit peu, finalement, de l'art dans la gestion médicale, attention, on fait pas du hasard, on est très protocolaire, mais ce que je veux dire... Globaliser les gens, il faut les prendre par individu, il y a des gens qui n'accepteront pas, point, c'est tout. Parce qu'ils veulent rester dans une intimité, ils se sentent mieux comme ça, et l'intérêt, c'est quoi, c'est le patient finalement. Alors c'est un peu, c'est très philosophique ce que je viens de te dire là, mais c'est un peu... Je sais pas si t'as compris...

Interviewer : Oui, je comprends, et les autres internes et l'équipe de Paerpa ont des retours de patients qui disaient « mais moi je ne veux pas, je ne veux pas être contrôlé par la Sécu »

MG21(-) : Ils ont l'impression de ne plus rien contrôler. De perdre cette intimité... Ah un moment, c'est ma maladie, j'étais avec vous, c'est pas avec d'autres... Voilà. C'est... c'est ça... Et puis il y en a qui pensent qu'on est surveillés, nous. Moi, il m'ont demandé, c'est des gens que j'aime bien, quand Sophia appelle, je dis "non mais c'est bien, c'est des conseils, c'est que du bonus"...

Interviewer : Ah oui, de la surveillance, est ce que votre médecin il fait bien son boulot ?

MG21(-) : Oui, c'est ça, je leur dis "non ne vous inquiétez pas là-dessus" Après ça se peut aussi qu'on ait oublié, ils vous ont parlé de ça, et bien on va le mettre, il n'y a pas de souci. Le principal c'est le patient, c'est toujours ça, je reviens toujours là-dessus. Voilà...

Interviewer : C'est bien. J'ai un retour un peu différent des gens que j'ai rencontré pour l'instant. Certains qui étaient contre une intervention extérieure, qui

MG21(-) : Ah c'est sûr que la médecine générale est complètement différente d'il y a 30 ou 40 ans...

Interviewer : Et j'ai des discours un peu différents j'ai l'impression selon l'âge des médecins que je rencontre aussi...

MG21(-) : C'est évident. Il y en a qui ont bossé pendant 30 ans comme ça, tout d'un coup ils sentent que tout leur échappe... Mais après attention de pas être trop lourd, voilà, c'est ça. On a tellement de choses qu'on nous rajoute, qu'on nous rajoute, qu'on nous rajoute... Voilà... On veut respirer un peu... On n'est pas étouffés, mais un petit peu... Culpabilisés... Pourquoi il fait pas ça, pourquoi il a pas appelé là? Et heu, non on gère... Il y a une scène dans Médecin de campagne, le film, je ne sais pas si tu l'a vu ?

Interviewer : Non ?

MG21(-) : Il y a une scène sur le gars, quand il se fait hospitaliser, bon après c'est un peu chiant je trouve, et puis... le médecin voulait pas qu'il meurt à l'hôpital, il dit "alors vous mourrez à la maison, je respecte ce qu'il veut, c'est pas un protocole..." Il essaie de le guérir chez lui. Bon je trouve que c'est un peu short, dans Médecin de campagne il fait tout, il a le temps, je sais pas il passe 2h chez les gens...

Interviewer : Et après les gens ne comprennent pas qu'on ne fasse pas ça...

MG21(-) : Oui...

Entretien 22

Interviewer : Quelle est la place de la gériatrie dans votre activité ?

MG22(-) : Très faible. Déjà, très faible. Je fais énormément de nourrissons, pédiatrie, et en personne de plus de 75 ans j'ai quasiment pas. J'en ai vraiment très peu. Déjà pour moi...

Interviewer : Parce que..? Parce que c'était un choix, de base ?

MG22(-) : Parce que c'était un choix.

Interviewer : La gériatrie ça ne vous passionne pas ? Ou moins que d'autres..?

MG22(-) : Voilà, on va dire ça comme ça. Donc j'essaie de refilez toute cette activité là à mes associés qui ... ça les enchante plus que moi.

Interviewer : D'accord. Comment est-ce que vous avez entendu parler du projet PAERPA ?

MG22(-) : Par l'intermédiaire de mon associé dont l'épouse a été un petit peu à l'origine de la mise en place du dispositif, qui est médecin hospitalière au centre hospitalier de Valenciennes. C'est elle qui a un petit peu participé à la mise en place...

Interviewer : D'accord, donc vous avez eu des infos, vous avez plus ou moins bien, on vous a bien expliqué ?

MG22(-) : C'est là que j'ai entendu parler du projet quoi.

Interviewer : Et pourquoi est-ce que vous avez refusé d'y participer ?

MG22(-) : Parce que j'ai un champ d'activité qui n'est pas la gériatrie chez moi. Deuxième chose et surtout c'est aussi tout le dispositif, la peur de toute cette organisation, de paperasses de réunions... je vais pas dire de réunion mais de formalités administratives qui est déjà suffisamment pesante au quotidien, si en plus on remet ça encore en plus... Pour moi c'est pas jouable. On a déjà une activité débordante, alors si en plus on nous recolle ça dessus... Enfin c'est lourd. Moi je trouve ça trop lourd. Je pense qu'on peut s'arranger autrement, et qu'il y ait les infirmiers du secteur pour harmoniser les soins, sans pour autant toujours tout formaliser, faire des dossiers normalisés, c'est... C'est lourd, c'est très lourd. Je veux dire, moi je commence ma journée à 7h30 du matin, je la termine à 20h30, c'est hard, franchement. C'est un dispositif qui me paraissait très chronophage. C'est ça qui m'a fait peur déjà.

Interviewer : On vous l'a présenté comme quelque chose de très...

MG22(-) : Oui, un petit peu chronophage.

Interviewer : En termes de temps administratif ?

MG22(-) : Oui.

Interviewer : Du coup, est ce que quelque chose aurait pu vous être proposé pour vous convaincre de participer ?

MG22(-) : Non. J'ai mon associé il me dit... il m'a pas proposé d'une façon très alléchante, il ne me l'a pas présenté d'une manière... Il était un peu dubitatif aussi... Je sais même pas où il en est avec le PAERPA maintenant...

Interviewer : Donc lui il y allait par "obligation" mais n'était pas très convaincant. Et vous n'avez pas reçu quelqu'un du projet qui vous aurait expliqué la démarche ?

MG22(-) : Non. En fait ils m'ont proposé de venir m'expliquer tout le truc, mais quand lui me l'a présenté ça m'a suffi quoi... Je me suis dit on arrête là. De toute façon j'étais quand même très très peu concerné par l'activité donc... Tout ce qui est activité de visite à domicile, personnes âgées, comme lui est plus jeune que moi je lui ai transféré toutes mes personnes âgées, c'est lui qui fait mes visites de ce côté-là. Moi je fais très très peu de domicile déjà.

Interviewer : D'accord. Est-ce que s'il y avait eu un financement plus important ça ne vous aurait pas plus encouragé à participer ?

MG22(-) : Pff c'est même pas une histoire d'argent, c'est une histoire de cadre administratif, c'est ça. Vous savez on est submergés par des dossiers MDPH par exemple, à tour de bras, moi c'est un truc, il y a 10 ans je voyais pas ça. On a des motifs de consult qui sont de plus en plus... le temps médical il est grignoté de plus en plus et le temps administratif il nous bouffe toujours plus... Et c'est un petit peu ça qui m'a fait peur

Interviewer : D'accord. Et au sein du dispositif PAERPA, ils ont du personnel, qui était censé présenter le projet aux médecins, et qui maintenant se retrouve plus impliqué dans la rédaction, justement remplir les dossiers administratifs etc, pour décharger le plus possible les médecins de cette activité-là. Est-ce que ça, si on vous proposait voilà de faire participer un de vos patients, parce qu'il a par exemple été repéré par une infirmière, ou autre, dans ce genre de dispositif, en vous disant, "ben voilà, le dossier est rempli, est ce que vous validez ?" Si la partie administrative a été remplie ?

MG22(-) : A voir...

Interviewer : A voir ? Parce que le fait que vous "perdiez la main" et qu'il n'y ait qu'une signature ça vous dérange ?

MG22(-) : C'est même pas le fait de perdre la main... Ça me fait toujours peur, j'ai toujours la peur de ces gros dispositifs, de ces grosses machineries ou, en fait... Vous savez, c'est un peu la peur comme quand vous allez dans les maisons de retraite, c'est la réunionite. On fait des réunions pour des queues de cerise, on perd du temps pour des clous, c'est un peu ça qui me fait peur, c'est encore un dispositif supplémentaire qui...

Interviewer : Le fait qu'il y ait une structure simplement ?

MG22(-) : Oui, ça m'embête, ça m'embête. J'en ai tellement vu des choses comme ça, que je n'ai plus envie d'y participer quoi. Ça me fait un peu peur.

Interviewer : Et donc vous disiez, au quotidien, vous travaillez directement avec les kinés, les infirmières ?

MG22(-) : Oui, parce qu'on se connaît, on travaille très bien, j'ai leurs numéros de portable, et puis s'il y a un souci, et bien on s'appelle.

Interviewer : Et est-ce que vous avez d'autres interlocuteurs pour les personnes âgées ?

MG22(-) : Non, pas spécialement. J'ai pas de réseau hospitalier, je vois mon collègue, lui il en a, puisque sa femme travaille là, et qu'il a ses entrées, donc si jamais j'avais un souci, je lui téléphone et puis on s'arrange

Interviewer : C'est lui qui vous permet,

MG22(-) : Il me permet de faire... de l'aide, on va dire. Mais dans l'ensemble ça va.

Interviewer : Vous ne faites pas appel à des réseaux comme RepèrAge?

MG22(-) : Ouais, eux, j'ai déjà eu affaire à RepèrAge, également.

Interviewer : D'accord, mais ça reste... Déjà que vous n'avez pas beaucoup de patients âgés.

MG22(-) : Oui, pas beaucoup, c'est exceptionnel.

Interviewer : D'accord. Est-ce que les choses comme le CLIC ou la MAIA c'est des choses qui vous parlent ?

MG22(-) : Oui, le CLIC j'en ai déjà entendu parler, jamais utilisé, mais l'autre non.

Interviewer : Est-ce que vous adressez des patients en consultation de gériatrie ?

MG22(-) : Non, j'ai pas...

Interviewer : Après, c'est sûr que si vous n'avez pas beaucoup de patients âgés...

MG22(-) : C'est pas mon champ d'activité principal on va dire.

Interviewer : Et il n'y a pas de choses particulières... Avec les kinés, les infirmières à domicile, il n'y a pas de souci particulier ?

MG22(-) : Non, c'est quelque chose, on se voit assez régulièrement, non ça va, ça ne pose pas de souci.

Interviewer : Et est-ce que, parce que le PAERPA était vraiment dédié à la prévention des risques chez la personne âgée, est ce que vous il y a des choses que vous mettez en place par rapport au risque de chute, au risque de dénutrition chez les gens âgés ?

MG22(-) : Quand je fais, le peu de visites que je fais déjà, il y a quand même des choses qu'on voit... Moi je laisse mes coordonnées à la personne âgée quand je la vois si jamais j'ai un problème, je leur laisse un papier avec mes coordonnées en demandant au fils, à la fille ou à l'entourage, et j'informe la personne âgée, qu'ils

m'appellent, qu'ils peuvent m'appeler. Une marche... on voit, des logements avec des petites marches de 10 cm, avec des personnes âgées qui ne savent plus marcher, qui ont un déambulateur, qui peuvent potentiellement se casser la figure chez eux... Il y a d'autres choses... Ou un domicile qui est complètement inadapté. Une table qui est beaucoup trop proche d'un mur, ou la personne peut pas passer, où elle risque de se casser la figure, des choses comme ça... J'ai... je demande soit à ce qu'on m'appelle, soit que les enfants m'appellent, soit que l'entourage m'appelle, si c'est possible, bon après, c'est vrai que c'est pas toujours le top non plus. On réussit pas toujours, dans les délais impartis, à résoudre tous les problèmes...

Interviewer : Donc l'entourage, le réseau social de la personne âgée, vous en avez besoin, ça fait partie, c'est vraiment eux qui sont aussi importants...

MG22(-) : Oui

Interviewer : Bon, est ce vous avez autre chose à ajouter à tout ça ?

MG22(-) : Non.

Interviewer : C'est sûr qu'à partir du moment où vous ne faites pas beaucoup de gériatrie... C'est pas votre domaine, mais au quotidien vous n'avez pas l'impression d'avoir besoin...

MG22(-) : J'ai pas l'impression d'avoir une envie énorme, si je devais augmenter mon activité gériatrique, je suis pas persuadé que je me tournerai forcément vers PAERPA... Enfin bon, après...Peut-être qu'on me l'a présenté d'une manière un peu négative, un peu usine à gaz...Voilà.

Interviewer : Mais en tous cas, au quotidien, dans la prise en charge des quelques personnes âgées que vous suivez, vous n'avez pas l'impression d'avoir de difficulté particulière qui nécessiterait un appui ou un soutien ?

MG22(-) : Non. Parce que le peu de personnes que je suis comme ça, qui ont des soucis, je suis en communication avec les enfants et ça se passe bien, je peux pas dire, j'ai pas de souci. Et j'ai toujours un carnet à la maison, un carnet de liaison où je note mes observations, et je le laisse à la personne âgée. Les enfants, quand ils viennent, ils voient ce que j'ai fait, si j'ai une question, ou si elles ont quelque chose à me dire, elles me le notent dans le carnet, et puis on fait ça.

Interviewer : Très bien.

Entretien 23

Interviewer : Quelle est la place de la gériatrie dans votre activité ? Ça représente ?

MG23(-) : En pourcentage je sais pas... 15% je dirai à vue de nez ?

Interviewer : Des gens qui sont en majorité au domicile ?

MG23(-) : Non. Non pas forcément, j'en ai quand même pas mal qui sont autonomes encore et qui viennent en consultation. Je pense, oui, la majorité viennent en consultation. Ceux que je vois le plus souvent sont ceux à domicile, parce que justement ils ne sont pas bien, quoi leur état de santé, mais sinon, la majorité sont encore autonomes.

Interviewer : D'accord. Par semaine, vous faites combien de visites à domicile, est ce qu'il y a une moyenne, par jour ou par semaine ?

MG23(-) : Je fais entre 3 et 5 visites par jour et je travaille on va dire 4 jours, je ne travaille pas le jeudi, donc on va dire une vingtaine.

Interviewer : Comment est-ce que vous avez entendu parler du projet PAERPA ?

MG23(-) : On est venu me le présenter.

Interviewer : D'accord. Et on vous l'a présenté comment, qu'est-ce qu'on vous a expliqué ?

MG23(-) : Ben ça a été un long entretien, de plus d'1/2h, après ça remonte à pas mal de mois, alors je ne me souviens plus... Je me souviens d'un concept lourd. Moi, c'est ça... Et j'ai dit "bon, je vais y réfléchir" j'ai pris tous les documents, et puis après réflexion, après une deuxième lecture, seul, je me suis dit que c'était pas faisable pour moi, de par ma charge d'activité en fait. De travail.

Interviewer : La lecture des papiers à remplir en fait ?

MG23(-) : Oui, acte par acte, la lourdeur du dossier, oui, voilà. C'est essentiellement ça parce que sur le principe, encore une fois, c'est très flou ce qui me reste en tête, mais le principe était bon, c'était pluridisciplinaire, notamment avec les infirmières, avec le kiné aussi, c'était bien, avec un dossier etc... Mais en pratique, j'ai souvenir de quelque chose de redondant, de lourd, peut-être de doublon. La différence c'est peut-être qu'il y avait un dossier effectivement, tout était systématisé, et tout le monde avait le même type de dossier, mais pour moi c'était une charge de travail administratif supplémentaire impossible. Impossible avec mon travail déjà, comme ici.

Interviewer : Est-ce qu'on aurait pu vous proposer des choses qui auraient pu vous convaincre de participer ? Par exemple, un financement plus important ?

MG23(-) : Non, parce que ce n'est pas un problème d'argent, c'est un problème de temps.

Interviewer : D'accord. Actuellement, les personnes qui étaient venues vous présenter le projet, continuent de travailler dans cette démarche, les animatrices territoriales, et étant donné que la remarque sur la lourdeur administrative est assez récurrente chez les médecins, elles s'occupent assez souvent de remplir une bonne partie des informations du dossier, pour justement alléger ... Alors si on vous proposait d'alléger la partie administrative, avec justement tous les papiers à remplir, est ce que ça par exemple ça pourrait vous convaincre de participer ?

MG23(-) : Peut-être. Il faudrait que je revoie... Encore une fois, c'est flou, donc il faudrait que je revoie maintenant, qu'on me le représente complètement en détail...

Mais déjà cette présentation est longue... C'est comme aujourd'hui ici, je prends sur mon temps...

Interviewer : J'ai bien compris, je vous remercie... Je le sais...

MG23(-) : Ceci dit, je dis sur mon temps du jeudi où je ne bosse pas, mais j'ai un temps administratif très important quand même le jeudi. J'ai la compta à faire, j'ai des papiers de sécu, je vais faire des dossiers...

Interviewer : Oui, vous ne voyez pas de patient mais vous travaillez.

MG23(-) : Donc, j'ai quand même... C'est pas 24h de liberté.

Interviewer : Tous les jeudis, vous avez toujours...

MG23(-) : Systématiquement.

Interviewer : Au quotidien, votre organisation pour prendre en charge les personnes âgées, par rapport à des gens qui disent les personnes âgées j'y arrive pas, c'est trop lourd, vous, vous faites comment, vous vous organisez comment ? Il y a des choses que vous utilisez ? des réseaux que vous utilisez ?

MG23(-) : Non, je ne suis sur aucun réseau. Et puis, ben je gère, après, que vous dire, s'il y a un souci, contact infirmière, après je présente les possibilités au patient, notamment quand il y a une dépendance qui s'affirme, je leur dis de s'adresser au CCAS, de voir une assistante sociale, les dossiers qui sont à faire, que je peux remplir pour leur donner des aides financières, et avoir des personnes quoi. Je leur propose... Le plus facile c'est le passage de l'infirmière à domicile pour la délivrance des médicaments par exemple, ce qui permet une bonne observance, et aussi et c'est pas des moindre, c'est le passage d'une personne tous les jours, parfois tous les jours, parce que ça peut être quotidiennement, la délivrance des médicaments, chez quelqu'un qui est isolé socialement, qui voit personne, avec des familles qui ne sont pas présentes, donc ça peut être aussi ce côté-là. Et puis après, insister sur le passage d'un kiné, pour avoir une présence et puis maintenir un minimum d'autonomie, ensuite, des organismes de soins à domicile pour la toilette.

Interviewer : Donc vous avez des contacts locaux parmi les libéraux autour de vous et c'est ça qui fonctionne. Ok. Est-ce que vous faites une différence entre la personne âgée et le patient qui dépendrait de la gériatrie. Pour vous est ce qu'il y a une différence ?

MG23(-) : Non. Pour moi non. Et je ne connais pas les âges d'ailleurs, je les découvre à chaque fois. J'ai eu plusieurs fois des cas de personnes que je voulais hospitaliser dans des services, je téléphonais et on me disait "non, ils ne sont pas assez âgés", ou bien "non, ils sont trop âgés, ils ne sont plus de notre ressort par rapport à leur pathologie", donc chacun se renvoie la balle... J'ai eu le cas ici récemment, d'un monsieur, j'ai téléphoné en gériatrie, ils m'ont dit, ben non, mais moi-même j'étais pas convaincu de l'hospitalisation classique. C'était plus un repos pour l'épouse qui s'en occupe, et pour moi c'est une orientation en établissement type EHPAD ou maison de retraite, parce que la dame ne peut plus. Donc j'ai téléphoné au gériatre du court séjour à Valenciennes, et elle m'a dit "ben non, c'est pas pour nous". Elle m'a donné la plate-forme téléphonique du CH, les infirmières qui s'occupent de

connaître toutes les places dans les différentes structures, que je connaissais déjà. J'ai rediscuté, et puis c'était telle structure et puis tout compte fait, non, c'était pas ça, puis une troisième... Et puis voilà... Donc on est balloté aussi...

Interviewer : Même avec cette plateforme ?

MG23(-) : Alors après, on est revenu à rien puisqu'en fait, c'était un accueil simple dans je ne sais plus quelle structure, notamment sur Le Quesnoy, CCD, je ne sais plus comment ça s'appelle, avec tous ces acronymes...

Interviewer : Pour les patients déambulants ? UCC, unité cognitivo comportementale peut-être ?

MG23(-) : C'est ça, c'est ça. Et en fait j'ai eu la fille au téléphone, il y avait une participation financière de 500€ par semaine, ce qu'on m'avait dit, et résultat ça ne s'est pas fait. Mais de toute manière le but c'est d'institutionnaliser ce monsieur, et l'épouse est pas d'accord pour l'instant. Bien qu'elle demande une aide, elle n'arrive pas à faire le deuil du fait qu'elle ne peut pas garder son mari au domicile.

Interviewer : Oui, et puis il y a l'aspect financier, dans ces cas-là...

MG23(-) : Et le côté financier aussi... Donc l'âge effectivement, non, je ne sais pas. Alors, en fait, justement, c'est pas forcément en terme d'âge, il y a un critère d'âge mais c'est surtout le côté polypathologie, intrication des pathologies entre elles... Et c'est plutôt ça qui va faire rentrer un patient dans un service de gériatrie plutôt que dans un autre service de médecine. Un monsieur de 88 ans qui a une décompensation cardiaque et uniquement ça, normalement il dépend de la cardio, pas de la gériatrie. Mais bon des fois... Et puis quand ils sont étiquetés trop vieux pour un service de cardio, après, c'est des fois compliqué.

Interviewer : Est-ce que vous envoyez parfois des patients en consultation mémoire ou en consultation de gériatrie justement ?

MG23(-) : Oui, ça arrive.

Interviewer : Ça n'est pas très fréquent je suppose ?

MG23(-) : Non, c'est pas très fréquent. Le plus souvent c'est une consultation de diagnostic, donc j'envoie au neurologue, qui lui-même confirme qu'il faut un dépistage, donc il adresse au réseau mémoire, c'est une neuropsychologue qui fait des tests cognitifs pour le diagnostic. Et après en soi... voilà, c'est surtout là-dessus.

Interviewer : Et dans l'année, peut-être, ça représente quoi ? quelques patients ?

MG23(-) : Oui, c'est quelques patients. C'est une dizaine, je vais dire...

Interviewer : Et après une fois qu'il y a du dépistage comme ça, est ce qu'il y a des choses qui sont mises en place pour ces patients-là ? Une fois que les tests sont faits ?

MG23(-) : Ben, tout dépend du diagnostic, c'est ça, quoi. Parce que quand même la majorité, ce sont des gens qui sont anxieux, voilà, c'est la part anxieuse, voire anxio-dépressive, et qui fait qu'il y a un certain ralentissement associé au vieillissement normal, donc... Pour parler crudemment, ils n'ont plus les idées claires. Et puis ils s'inquiètent aussi, de se dire "tiens j'ai peut-être un Alzheimer etc," ce qui aggrave

leurs symptômes. Ils... ils ont un petit symptôme mais qu'ils mettent au premier plan comme si c'était énorme. Quand on analyse, même si on a 5 entretiens de 3 minutes, on s'aperçoit qu'en fait, leur demande, c'est pas grand-chose.

Interviewer : Ils ont juste oublié où ils avaient posé la télécommande.

MG23(-) : Voilà, comme tout le monde. Je leur dis, moi aussi ça m'arrive d'arriver dans la pièce à côté et d'avoir oublié ce que j'étais venu faire. Donc, déjà les rassurer là-dessus. Et donc la grande majorité c'est ça quand même ça, quoi. Mais après évidemment, il y a du vasculaire et puis il y a surtout du dégénératif. Donc quand on est sur une annonce d'un diagnostic d'Alzheimer, et ben là il faut... Tout dépend du stade où on est bien sûr. Quand c'est le début, il faut gérer l'angoisse de la personne, l'angoisse de la famille souvent... Et puis après, on prévient, on prévient pas, parce qu'ils savent bien, mais on confirme le devenir à moyen terme, et puis après, ben voilà, on voit ce qui va devoir être fait, et au cas par cas aussi. Si c'est quelqu'un d'isolé ou en couple avec un conjoint qui est déjà très âgé... Difficile, pour sa santé... Le besoin d'aide va être beaucoup plus rapide, ça c'est sûr.

Interviewer : Alors pour certains risques particuliers de la personne âgée, est-ce que par exemple pour la dénutrition vous faites des choses spécifiques pour dépister la dénutrition chez les personnes âgées, ou prévenir la dénutrition ?

MG23(-) : Spécifique... Euh, oui, la biologie...

Interviewer : Et est-ce que après au niveau... conseils ? ou mise en place d'aides aux repas ? Est ce qu'il y a des choses... ?

MG23(-) : D'aides aux repas, non, non pas forcément, mais là encore ça dépend de la situation sociale et du degré d'isolement, voilà, c'est ça, d'isolement ou pas de la personne.

Interviewer : Vous parliez justement tout à l'heure des patients qui étaient plutôt anxio-dépressifs., pour vous ça représente une part importante des gens d'un certain âge ?

MG23(-) : Ah oui, oui.

Interviewer : Et est-ce que pour dépister, est ce que vous faites des tests de dépistage de la dépression ?

MG23(-) : Alors ça m'arrive, mais ça reste rare, ça reste rare. Notamment parce que ça prend un petit peu de temps, et qu'au niveau cotation, à ce que moi j'ai vu, alors, c'est pas le but, mais ce que moi j'ai vu c'est que cette cotation n'est prise en charge que une fois par an, chez les personnes qui sont déjà en ALD pour cette pathologie... Moi c'est ce que j'ai vu. Donc... un premier diagnostic, demander à quelqu'un... faire coter 60€ ...euh... parce que c'est à peu près le prix, quelqu'un en disant "ben c'est 60€ vous ne serez pas remboursé", quand on est médecin de famille... voilà... Ou alors faut le faire, faut prendre sur nous, faut prendre du temps, on ne le cote pas...

Interviewer : Ah, je pensais que ce n'était pas forcément en ALD ?

MG23(-) : Moi c'est ce que j'ai lu. Alors ça me paraît curieux mais moi c'est ce que j'ai lu.

Interviewer : En stage, j'avais un de mes prat qui le cotait, il disait à partir du moment où on fait le test, et qu'il montre quelque chose, et qu'il y a instauration d'un traitement éventuellement, à priori c'était possible. Si derrière il y a quelque chose. Mais du coup il faut que le test soit positif.

MG23(-) : Donc ça m'arrive, mais c'est rare, que je fasse les tests quoi... Donc en gros, si je fais 3 à 5 tests par an, vous voyez, c'est pas grand-chose... Non mais c'est plutôt les questions classiques, sans avoir de grille, je pose les questions et puis on voit, c'est une appréciation générale quoi.

Interviewer : D'accord. Par rapport au risque de chute, est ce que vous avez beaucoup de patients qui chutent ou de patients pour lesquels vous vous dites "bon il est à risque de chute ?

MG23(-) : Oui, ben je vais dire, là c'est compliqué, je fais des remarques quand je vais en visite, je fais de la prévention, même avant toute chose, quand je vois qu'il y a une marche, quand je vois qu'il y a un tapis, quand je vois qu'il y a ceci, qu'il y a cela... Je leur dis. Je fais de l'ergothérapie préventive, en passant à domicile...

Interviewer : Et vous m'avez parlé de kiné aussi ?

MG23(-) : Après il y a la kiné, là on est beaucoup plus actif effectivement.

Interviewer : Oui, c'est actif, mais ça reste de la prévention quand même.

MG23(-) : Oui tout à fait.

Interviewer : Ok. Dernier, risque gériatrique, par rapport à la surmédication, est ce que ... vous avez le temps de reprendre les ordonnances ?

MG23(-) : Alors c'est pas une question de temps, c'est une question de volonté, déjà. Et puis de dialogue avec le patient, parce que le patient... Il y en a quelques-uns qui disent, j'ai trop de médicaments, mais c'est plutôt l'inverse quoi. 95% des gens " voilà, pourquoi on arrête ça ? Et en général on arrête des trucs qui servent pas à grand-chose, au milieu de tout le reste, et c'est des choses qu'ils veulent garder, eux ils arrêteraient plutôt le bêta bloquant, ou des choses comme ça. On n'a pas la même notion de l'importance en fait.

Interviewer : Non. Ce sont des médicaments qui ont été prescrits à un moment pour un symptôme

MG23(-) : Oui voilà. Il y a tous ces anxiolytiques, ces somnifères etc...

Interviewer : Alors, est-ce que par exemple, est-ce qu'avec le changement de prescription du zolpidem par exemple, est ce qu'il y a des gens pour qui ça a changé quelque chose ?

MG23(-) : Alors j'ai réussi à faire un sevrage complet. Et du jour au lendemain même. Des personnes qui se sont dit "bon ben j'arrête". C'est le fumeur qui dit "bon, ben j'arrête", on pensait qu'il était ultra dépendant et tout compte fait non, pourtant avant on avait un discours "je pourrais jamais m'en passer, je dors pas", et du jour au lendemain, tac. J'en ai eu quelques-uns, j'en ai eu 3-4. Et puis... mais le reste, c'est du transfert de prescription. Donc, j'en ai largement sur le zopiclone au lieu du zolpidem,

tout simplement. Et avec une demi-vie plus longue, des gens qui me disent qu'il est moins efficace... Mais c'est comme ça, je pense que le côté placebo est énorme. Et puis après il y en a, le reste, je peux pas vous dire le pourcentage, mais ça peut être retour à une benzo plutôt qu'un hypnotique, ou alors on passe à quelque chose de complètement différent, du donormyl, de l'atarax, de la phytothérapie, de l'homéopathie... Mais il faut avoir une force de persuasion... "C'est super efficace vous allez voir". Parce que si on dit "bon, je vous mets un truc, c'est beaucoup plus léger, machin" ils vont retenir léger, et.... ça marche pas. Mais bon j'en ai quand même pas mal qui sont restés, qui sont restés au zolpidem.

Interviewer : D'accord. Je pense que j'ai fait à peu près le tour de mes questions. Est-ce que vous avez autre chose à ajouter par rapport à tout ça, par rapport à la prise en charge des personnes âgées, en dehors du Paerpa, est ce qu'il y a des choses qui devraient être fait, à votre sens, pour améliorer les soins ?

MG23(-) : Non, je n'ai pas de remarque particulière à faire.

Interviewer : En règle générale ça tourne à peu près correctement. C'est toujours en fait les places d'hébergement, c'est plus les choses d'ordre social plus que médical qui sont problématiques ?

MG23(-) : Oui c'est ça, surtout dans l'aigu. quand c'est social plus que du médical, comme le cas du monsieur que je vous citais tout à l'heure. Parce que moi j'étais convaincu que c'était un mais la dame me dit "il faut faire quelque chose, il faut faire quelque chose". C'est un monsieur qui a une psychose depuis... tout le temps... qui est sous neuroleptiques, avec un ralentissement... il a un faciès parkinsonien quoi. Maintenant il penche, le tronc qui penche sur le côté... elle lui met des couches depuis quelques semaines... elle comprend pas, quoi, elle comprend pas.

Interviewer : Ah, oui, en fait elle demande qu'on fasse quelque chose pour qu'il soit de nouveau comme il était avant...

MG23(-) : Voilà... alors il y a quand même eu des hospitalisations, parce qu'il est BPCO notamment, donc il y a eu des hospitalisations pour d'autres soucis organiques, il y a eu une réévaluation gériatrique, et à chaque fois et notamment dans la réévaluation gériatrique on pose la question d'arrêter ou de diminuer les doses de neuroleptiques, en conclusion. Et la dame vient me dire ça, ah, oui, il faudrait, il était mieux avant. Mais non. On l'a déjà tenté plusieurs fois, il est toujours suivi par un psychiatre, et quand on lève, rien que de diminuer son Haldol à 1 au lieu de 2 par jour, la dernière fois qu'il a fait ça, il faisait des fugues, il faisait 2km à pied, on le retrouvait devant la pharmacie, dans son état quoi... Ou alors en pleine nuit à 1h du matin, au premier étage, il voulait sortir par la fenêtre pour aller au fond du jardin, parce qu'il avait un problème avec ses poules... Du premier étage ! Donc ce genre de choses... La dame est toute seule avec une prothèse de hanche, l'altération de l'état général, ultra anxieuse, et puis... elle le tirait pour lui dire "reste avec moi, arrête tes conneries"... Donc non c'est pas faisable... Mais là effectivement il est apathique, il bave, il a un tremblement, il ne fait rien, il met des couches maintenant... C'est un problème de prostate aussi, mais bon... Ses couches il les gardera... Donc voilà, là

c'est plus du social, et dans un cas comme ça, effectivement, que faire pour soulager un peu la dame...

Interviewer : Oui, parce que pour pouvoir envisager de diminuer les traitements il faudrait qu'il y ait quelqu'un derrière lui 24h/24 pour le surveiller...

MG23(-) : C'est ça. Alors il y a un de leurs enfants qui vit chez eux, un fils de 45-50 ans, mais lui il travaille... Il fait ce qu'il peut, mais c'est un vieux garçon, il a déjà du mal à s'occuper de lui, c'est pas pour s'occuper du père...

Entretien 24

MG24(-) : C'est quoi déjà le PAERPA?

Interviewer : C'est un projet monté par l'ARS, pour essayer de prévenir la perte d'autonomie chez les personnes âgées, et donc il y a je pense, quelqu'un qui était venu vous présenter un dossier à remplir, pour essayer de faciliter la communication inter professionnels, pour essayer d'améliorer les choses, avec les pharmaciens, les infirmières libérales, vraiment ceux qui sont déjà impliqués localement dans la prise en charge des patients, en essayant d'évaluer les risques individuellement et en proposant des pistes d'amélioration. J'avoue que moi je ne suis pas vraiment dans le projet, j'aurai plus de mal à vous le présenter que ceux qui y travaillent, mais l'objectif c'était vraiment de créer un outil, de favoriser la communication entre les différents professionnels, et ça commençait avec une évaluation, un dossier à remplir avec une évaluation des patients, donc pour les patients de plus de 65 ans, qui étaient repérés comme à risque de perte d'autonomie, soit par le médecin, soit par le pharmacien, soit par l'infirmière, qui pouvaient donc signaler aux coordinatrices du projet, pour essayer de mettre en place des actions... que j'aurai du mal à vous détailler spécifiquement...

MG24(-) : D'accord. Donc je me suis... J'ai bien cerné quelle était l'utilité de cet organisme. Bon, ben je vais répondre simplement, c'est qu'on est dans une médecine ici, semi-rurale, j'allais dire de campagne, les populations, on les connaît bien, on s'entend bien entre médecins, on connaît les infirmières, on connaît les pharmaciens, et ça se fait automatiquement. Donc c'est un outil dont on... ne semble pas avoir besoin. Ça c'est pour donc... la connaissance des sujets à risque, et puis... en médecine de campagne, on est des médecins de famille, donc, on connaît bien toute notre population. Donc, j'en voyais pas l'intérêt. Ensuite, nous avons des personnes de l'âge que vous m'énoncez qui ont besoin d'une prise en charge. Or on a la chance, ici, dans notre région, d'être structurés par une association, dont le siège est dans un EHPAD, et où on nous envoie des aides-soignantes, des infirmières, pour faire des toilettes, pour prendre en charge le suivi dans les maisons, pour... tout ce qui est l'alimentation des personnes âgées. Donc on a cette chance d'être bien épaulés.

Interviewer : Cette association c'est...?

MG24(-) : Alors avant c'était euh...? C'est à Aulnoy les valenciennes, l'EHPAD les ors clairs, harmonie... Ils ont changé de nom. Enfin bref. C'était le CIG autrefois mais ça ne s'appelle plus CIG. Mais c'était ça. Voilà. Alors, maintenant, là où je vais répondre à ce que vous m'avez parlé, d'avoir une structure qui vient nous aider, moi je vais vous dire, on a tellement de soucis avec les structures, d'assistante sociale, quand on a besoin quand on a des gens à problèmes, que... on n'y croit plus à tout ça. Donc, on s'est organisé, on se débrouille entre nous et tout, et ça va bien, c'est bien articulé, parce qu'on a la chance, dans cette région, ici, que tout est clair et net, que les municipalités ont fait en sorte que, que bon, ça ne m'a pas intéressé plus que ça. Voilà, je pense que j'ai fait à peu près le tour de la question.

Interviewer : D'accord, oui en effet. Alors simplement, pour vous, la gériatrie, c'est une part importante de votre activité ou pas ?

MG24(-) : Forcément, puisque je suis un médecin qui a 65 ans, on a une population à soigner qui est à l'âge du médecin. Donc je fais partie des médecins avec des personnes âgées.

Interviewer : D'accord. Donc vous vous considérez, si je résume, que vous n'en avez pas besoin, que ça fonctionne bien de cette façon-là, mais y-a-t-il quelque chose qui aurait pu vous inciter à participer au projet ?

MG24(-) : Non.

Interviewer : Le fait qu'on vous propose un financement plus important par exemple ?

MG24(-) : Non, le côté financement financier, peut-être que ça peut intéresser un jeune médecin, mais pas un médecin en fin de carrière. Nous notre problème, c'est à la limite de lever le pied, parce qu'on n'a plus d'amortissement, on n'a plus rien, alors... C'est pas le côté financier qui va nous intéresser. Ce serait le côté d'être aidé pour prendre en charge les cas, mais bon ici on a ce qu'il faut alors...

Interviewer : Vous avez déjà un réseau qui est constitué, que vous utilisez et qui est suffisant pour vos patients ? Donc vous m'avez parlé de cette association de l'EHPAD, est ce que vous avez d'autres interlocuteurs pour la prise en charge des personnes âgées ? Soit pour leur aide au maintien à domicile, soit quand vous êtes face à un problème aigu ? Est-ce que...? Il y a l'hôpital que vous sollicitez de temps en temps, et à part ce réseau, est ce qu'il y a d'autres personnes... ? Quels intervenants est-ce que vous sollicitez ?

MG24(-) : On a aussi, comme dans tous les villages, le CACS, le centre d'activité sociale, qui vient nous aider. On a besoin par exemple de la téléalarme, ben on demande aux familles de se rapprocher justement auprès des mairies, et on met en place sans aucune difficulté toutes ces aides et cette surveillance aux personnes âgées.

Interviewer : D'accord. Pour certains risques spécifiques liés à la personne âgée, est-ce que par exemple vous faites une différence entre la prise en charge d'une personne âgée et la gériatrie ? Est-ce que pour vous il y a une différence ?

MG24(-) : Si on considère que la gériatrie c'est un moment où la personne âgée devient dépendante, oui, je pense que là on entre dans la gériatrie. Mais tous les vieux ne font pas partie de la gériatrie.

Interviewer : D'accord, donc pour vous il y a bien une différence.

MG24(-) : Parce que tout le monde ne vieillit pas de la même façon.

Interviewer : On est d'accord. Et par rapport à des risques spécifiques à la gériatrie, est-ce que par exemple vous mettez en place des choses spécifiques pour prévenir le risque de chute ?

MG24(-) : Oui, mais c'est... c'est le travail de tous les jours... C'est notre quotidien. On ne s'en rend même pas compte, ça, que l'on donne des conseils. Ça fait partie d'un tout. Et puis je dirais que quand on a des personnes âgées qui sortent de l'hôpital, maintenant il y a toujours des gériatres à l'hôpital qui donnent des conseils, on a des grandes lettres, de longs courriers à ce sujet donc, bon...

Interviewer : Beaucoup d'informations... D'accord... Pour les risques, donc je vous ai parlé des chutes, et par rapport au risque de surmédication, de dépression chez les personnes âgées

MG24(-) : Si on est un médecin logique, consciencieux, on va en formation. J'ai beaucoup aimé ce métier, et même si j'ai 65 ans, je vais en formation 1 fois/mois, ce qu'on appelait dans le temps les EPU, c'est une association privée d'amis, on est une trentaine, on se connaît bien, on a des sujets de tout ordre, dont de temps en temps des sujets de gériatrie. Donc, cette chance de faire de la médecine semi-rurale veut dire qu'on est tout près d'une grande ville, Valenciennes en l'occurrence, et donc, on va facilement en formation. Je suppose que le confrère qui habite dans la France profonde, s'il doit faire 50km pour aller en formation, c'est différent. On n'a donc pas les mêmes problèmes, les mêmes soucis, les mêmes manques d'information selon qu'on soit près d'une grande ville ou non.

Interviewer : Oui. Donc, vous ici vous avez un réseau structuré ?

MG24(-) : Oui.

Interviewer : D'accord. Et par rapport aux demandes de téléalarme, aux dossiers divers, est ce que vous avez l'impression d'avoir une surcharge, enfin une charge administrative trop importante par rapport aux personnes âgées ?

MG24(-) : Non. Parce que le CCAS s'en occupe. On dit aux gens "voilà, votre parenté nécessite d'avoir une téléalarme, présentez-vous au CCAS", c'est tout ce qu'on a à faire.

Interviewer : Orienter...

MG24(-) : C'est juste orienter, et ça se fait automatiquement. J'ai eu le cas il y a une semaine, et puis j'ai croisé le fils vendredi, il m'a dit "je m'en suis occupé c'est fait." C'est d'une facilité ici, on a de la chance. Donc je ne peux pas avoir le même regard par rapport à l'organisme que vous proposez, par rapport à d'autres régions.

Interviewer : Vous, vous avez vraiment l'impression que le réseau existant est suffisant ?

MG24(-) : Ici on est bien, bien épaulés.

Interviewer : D'accord. Est-ce que vous faites appel aussi au réseau Repèr'Age, du Valenciennois ? Est-ce que ça vous parle ?

MG24(-) : Oui, ça me parle mais...

Interviewer : Vous ne l'utilisez pas ?

MG24(-) : Non.

Interviewer : Et est-ce que vous avez déjà contacté la plateforme téléphonique gériatrie de Valenciennes ?

MG24(-) : Non, je n'en ai jamais eu besoin, bon, il arrive parfois qu'il y ait des failles dans nos connaissances, mais on a de la chance, au centre hospitalier de Valenciennes, on demande le référent du jour, quelle que soit la discipline, et on a une réponse.

Interviewer : Ils sont facilement joignables ?

MG24(-) : Oui, dans ce domaine, l'hôpital de Valenciennes a bien fait les choses, il faut l'avouer. Et puis c'est quand même le plus gros hôpital périphérique d'Europe.

Interviewer : D'accord, je pense que j'ai posé toutes mes questions, vous avez été assez clair sur le fait que vous ne pensez pas avoir besoin. Est-ce que vous avez autre chose à ajouter ?

MG24(-) : Franchement...Vous continuez d'enregistrer là ? Tant pis. Il faut que je vous dise, tous ces réseaux, c'est n'importe quoi, on a eu des choses pour le diabète, l'hospitalisation à domicile, alors à chaque fois ils nous disent, le médecin il est au centre, il est central, etc, c'est pas vrai du tout, on est considéré comme des... on est pris pour des moins que rien, on est complètement mis à l'écart. Quand les patients entrent dans le système, après on n'a plus de nouvelles, on ne sait plus rien. On apprend qu'ils sont hospitalisés, on n'a aucune nouvelle, le contact avec les hospitaliers, c'est pareil, ils nous prennent pour des moins que rien, comme si on ne savait pas travailler. Tous ces réseaux, c'est n'importe quoi, de toute façon quand on a besoin d'eux, ils ne sont jamais là. Ou alors ils nous répondent « oui, oui, bien sûr, on va vous aider », quand on a par exemple un patient dément... Ils nous répondent « on va vous aider, mais dans 2 mois » Mais c'est pas dans 2 mois qu'on en a besoin, c'est tout de suite. Tous ces réseaux, ça sert à rien, ça ne nous aide pas. C'est nul. Moi, dès que j'ai reçu le truc, j'ai regardé un petit peu, c'est allé directement à la poubelle. Voilà

Annexe 6 : Grille COREQ

SUPPLEMENTARY DATA 1 = COREQ

Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist

Section/topic	Checklist item	Location
Domain 1: Research team and reflexivity		
Personal Characteristics		
1. Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?	Title page, Methods, § 2.4.2.
2. Credentials	What were the researcher's credentials? <i>E.g. PhD, MD</i>	Title page, Methods, § 2.4.2.
3. Occupation	What was their occupation at the time of the study?	Title page, Methods, § 2.4.2.
4. Gender	Was the researcher male or female?	Title page
5. Experience and training	What experience or training did the researcher have?	Methods, § 2.4.2.
Relationship with participants		
6. Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?	Methods, § 2.4.2.
7. Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? <i>e.g. personal goals, reasons for doing the research</i>	Methods, § 2.4.2.
8. Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? <i>e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic</i>	Methods, § 2.4.2.
Domain 2: study design		
Theoretical framework		
9. Methodological orientation and theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? <i>e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis</i>	Methods, § 2.4.3
Participant selection		
10. Sampling	How were participants selected? <i>e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball</i>	Methods, § 2.4.1
11. Method of approach	How were participants approached? <i>e.g. face-to-face, telephone, mail, email</i>	Methods, § 2.4.1
12. Sample size	How many participants were in the study?	Methods, § 2.4.1
13. Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	Methods, § 2.4.1 and Results § 3.1
Setting		
14. Setting of data collection	Where was the data collected? <i>e.g. home, clinic, workplace</i>	Methods, § 2.4.2
15. Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?	Methods, § 2.4.2
16. Description of sample	What are the important characteristics of the sample? <i>e.g. demographic data, date</i>	Supplementary data 2
Data collection		
17. Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	Methods § 2.4.2
18. Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	Methods § 2.4.2

19. Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	Methods, § 2.4.2
20. Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	NO
21. Duration	What was the duration of the interviews or focus group?	Supplementary data 2
22. Data saturation	Was data saturation discussed?	Methods, § 2.4.1 and 2.4.2
23. Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	NO
Domain 3: analysis and findings		
Data analysis		
24. Number of data coders	How many data coders coded the data?	Methods, § 2.4.3
25. Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?	Methods, § 2.4.3
26. Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?	Methods, § 2.4.3
27. Software	What software, if applicable, was used to manage the data?	Methods, § 2.4.3
28. Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?	NO
Reporting		
29. Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? <i>e.g. participant number</i>	Results § 3.2
30. Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?	Results § 3.2
31. Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?	Results § 3.2
32. Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	Discussion

Annexe 7 : RIAP

Page 1/1



SÉCURITÉ
SOCIALE
INDÉPENDANTS

RELEVÉ INDIVIDUEL D'ACTIVITÉ ET DE PRESCRIPTIONS

CPAM DE ROUBAIX-TOURCOINGCS 40700
59208 TOURCOING CEDEX



Le 20/03/2019

Docteur,

Vous venez de recevoir votre Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions (RIAP) accompagné de sa notice d'explication.

Je vous rappelle que si vous avez créé votre compte ameli, vous pouvez le consulter et archiver en ligne vos relevés d'activité. Dans le cas contraire, découvrez ce nouveau service sur ameli.fr.

Nous vous en souhaitons bonne réception.

Les Caisses d'Assurance Maladie

SNIR

RELEVÉ INDIVIDUEL D'ACTIVITÉ
ET DE PRESCRIPTIONS

JANVIER A DECEMBRE 2018

N° professionnel :

VOTRE ACTIVITE	VOTRE SITUATION		REFERENTIEL REGION		
	en volume	par patient	en volume	par patient	
NB CONSULTATIONS	3887	** 2,82	5170	3,42	
NB VISITES	542	*** 0,39	539	0,34	
NB MAJORAT. DEPLACEMENT JOUR	536		502		
NB ACTES CHIRURGIE ET MEDICAUX	25	*** 0,01	17	0,03	
MONTANT MOYEN REMBOURSABLE	40,41		33,82		
NB MODIFICATEURS URGENCE	1		3		
NB MAJORATIONS REGULEES	3	*	28		
NB TOTAL ACTES REMBOURSES	4454	** 3,24	5843	3,83	
% NB ACCES MEDECIN TRAITANT	88,35		87,58		
% NB ACCES CORRESPONDANT	0,23		0,20		
% NB ACCES HORS RESIDENCE	0,13		0,21		
% NB ACCES EN URGENCE	0,65		1,67		
% NB ACCES HORS COORDINATION	8,98		3,65		
% NB EXCLUSIONS DU DISPOSITIF	1,62		3,17		
VOS PRESCRIPTIONS					
COEFF. SOINS INFIRMIERS	45945	37,29	20074	12,90	
COEFF. KINESITHERAPIE	35537	28,84	31329	20,29	
COEFF. BIOLOGIE	85048	69,03	167998	106,05	
NOMBRE IJ	2981	30,41	5496	43,97	
MT REMBOURSABLE PHARMACIE	190815	154,88	279632	184,57	
DONT % GENERIQUES	29,14		25,96		
MT REMBOURSABLE FOURNITURES	58396	47,39	64814	43,13	
MT REMBOURSABLE TRANSPORTS	7455	6,05	15987	10,36	
MT REMB. AUTRES PRESCRIPTIONS	83058	67,41	59030	38,39	
VOS PATIENTS					
% PATIENTS EXONERES	36,54		32,76		
% PATIENTS CMU	16,58		13,50		
% ACTIFS AYANT EU DES IJ	19,10		17,96		
% MOINS DE 16 ANS	24,71		23,59		
% 16 A 59 ANS	53,86		54,15		
% 60 A 69 ANS	9,25		10,70		
% 70 ANS ET PLUS	12,16		11,54		
REMBOURSEMENTS					
		VOTRE SITUATION		REFERENTIEL REGION	
		en volume	par patient	en volume	par patient
MONTANTS REMBOURSABLES ACTES	127753	*		169226	
MONTANTS REMBOURSES ACTES	110065	**		140059	
MTS REMBOURSES FRAIS DEPLACEMENT	444	***		286	
MT RBSABLE PRESCRIPT./MT ACTES	5,41	***		4,94	
%HONO SANS DEPASST/HONORAIRES	99,99			99,99	
TOTAL REMBOURSE	725917				

votre relevé individuel d'activité et de prescriptions (RIAP)

comment le lire

Ce relevé individuel retrace les éléments relatifs à votre activité et à vos prescriptions figurant sur les feuilles de soins ayant donné lieu à remboursement par les caisses des différents régimes d'assurance maladie depuis le début de l'année civile. Sa présentation a été revue pour améliorer la compréhension des indicateurs qui y figurent.

Quatre rubriques sont distinguées :

- **vos activités** : l'ensemble des actes que vous avez effectués
- **vos prescriptions** : actes de kinésithérapie, soins infirmiers, biologie, pharmacie, arrêts de travail...
- **vos patients** : quelques caractéristiques de votre clientèle
- **remboursements** : quelques éléments sur les montants de vos honoraires et de vos prescriptions.

Elles vous permettent de connaître le volume de votre activité et sa répartition par patient. Elles vous apportent également des données régionales de référence.

Les forfaits de gardes, d'astreintes et de régulation dont vous avez pu bénéficier pour votre participation à la permanence des soins ambulatoire ou en établissements de santé privés sont intégrés, à titre dérogatoire, dans votre RIAP même s'il ne s'agit pas d'honoraires perçus au titre d'une activité effectuée dans le cadre de la convention médicale.

votre situation

Votre activité

en volume

Les informations sont données selon les cas :

- 1) **en nombre** - ex : nombre de consultations.
- 2) **en montant** - ex : montant des vacations grippe A

par patient

Bénéficiaire individualisé, comptabilisé une seule fois quel que soit le nombre de prestations le concernant, pendant la période couverte par le RIAP.

- Le ratio par patient représente le nombre ou le montant de prestations par patient ayant reçu au moins une prestation au cours de la période.

3) en pourcentage

Pour le parcours de soins coordonnés, % sur le nombre de :

- prestations délivrées dans le cadre de votre activité de médecin traitant
- prestations délivrées pour des patients orientés par leur médecin traitant
- prestations délivrées aux patients en tant que spécialiste concerné par l'accès direct spécifique (ophtalmologues, gynécologues obstétriciens, psychiatres et neuro-psychiatres)
- prestations délivrées aux patients hors résidence habituelle
- prestations délivrées aux patients en urgence
- prestations délivrées aux patients en accès direct hors parcours de soins
- prestations délivrées aux patients en tant que spécialiste concerné par l'accès direct spécifique (ophtalmologues, gynécologues obstétriciens, ...) pour des soins en dehors de l'accès spécifique.

Remboursements

- **% Hono sans dépassement/Honoraires** : ce ratio permet de déterminer le % d'honoraires sans dépassement sur les honoraires totaux.
- Dépassements maîtrisés « DM » pour les patients qui entrent dans le parcours de soins, applicables par acte technique facturé et plafonnés à 15 % des tarifs opposables, réservés au médecin généraliste ou spécialiste conventionné autorisé à pratiquer des honoraires différents (secteur II) ou titulaire d'un droit permanent à dépassement et qui adhère à l'option de coordination

% Mt dépassé DM/ Mt remboursable : % sur les montants des dépassements maîtrisés DM par rapport à la base de remboursement de ces actes techniques.

- Dépassements autorisés « DA » réservés au médecin spécialiste conventionné à tarifs opposables (secteur I) consulté en dehors du parcours de soins, plafonnés à 17,5 % pour chaque acte clinique et technique, sur la base des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés :

- acte technique

% Mt DA acte techniq/Mt rbsable : % sur les montants des dépassements autorisés DA pour des actes techniques par rapport à la base de remboursement des actes techniques.

- acte clinique

Dépassé DA moyen acte clinique : montant des dépassements DA pour des actes cliniques par rapport au nombre de dépassements DA pour ces actes cliniques.

référentiel région

Les mêmes informations que celles décrites pour votre situation personnelle sont données pour l'ensemble des médecins libéraux de votre région de même discipline que la vôtre : il s'agit des médecins de moins de 65 ans ayant exercé toute l'année (non temps plein hospitalier).

position par rapport au référentiel

Pour certaines valeurs ou ratios, l'ensemble des praticiens est réparti en quatre groupes de taille identique (quartiles).

Pour ces valeurs ou ratios, votre activité personnelle est affectée de 1, 2, 3 ou 4* (* pour la valeur la plus faible, **** pour la plus forte), vous permettant de vous situer dans l'un de ces quartiles.

Mode d'établissement des quartiles : exemple sur le ratio " prescription pharmacie par patient "

8 Praticiens	Mt remboursable Phcie	Nbre de patients	Ratio par patient	
A	157675	350	450,50	****
C	54270	450	120,60	****
F	40621	405	100,29	***
H	11424	120	95,20	***
E	34542	380	90,90	**
G	32175	390	82,50	**
B	33768	420	80,40	*
D	26400	375	70,40	*

S3322b

Annexe 8 : Caractéristiques (âge et sexe) des MG et Durée de l'entretien

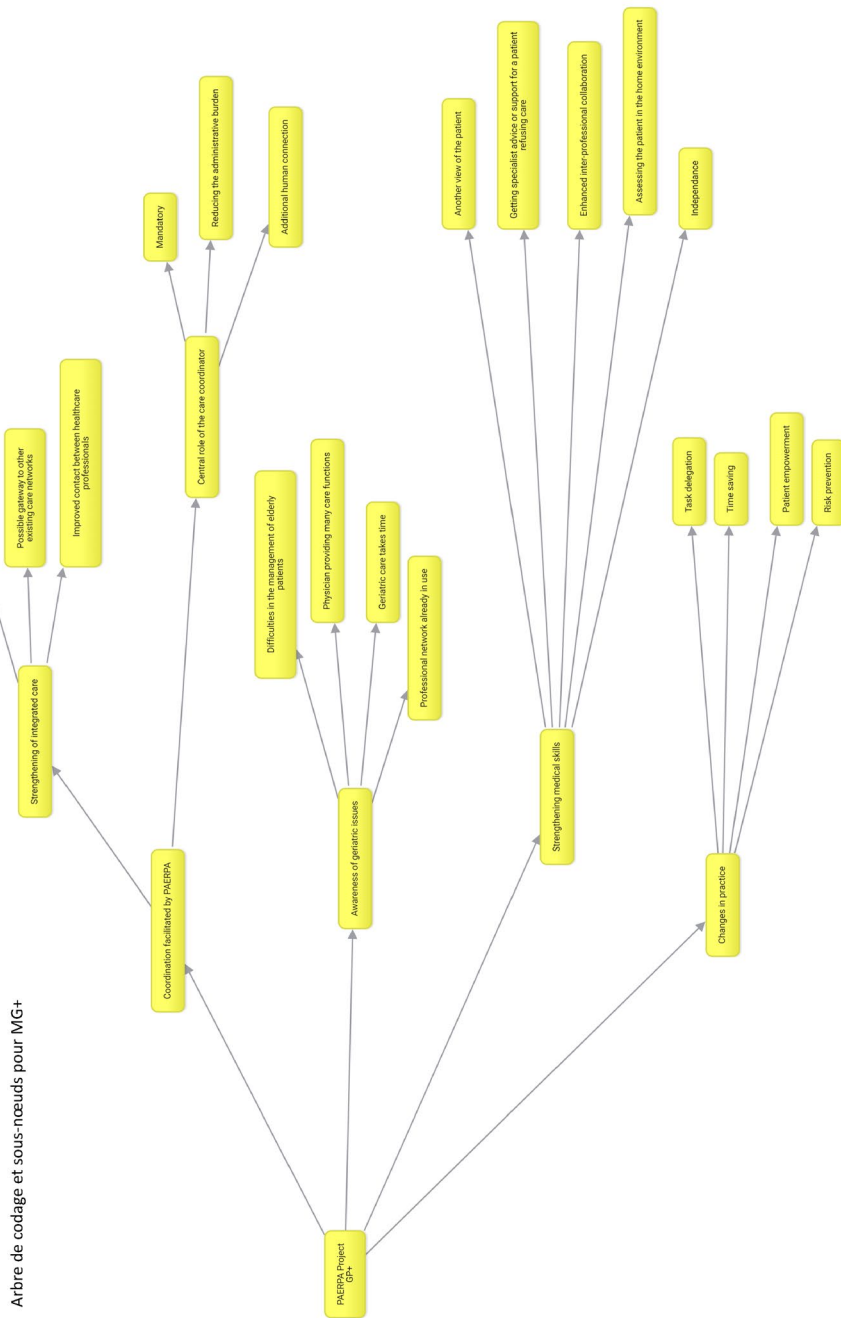
Caractéristiques (âge et sexe) des MG.

Médecins généralistes	Age	Sexe
MG+ 1	63	M
MG+ 2	68	M
MG+ 3	51	F
MG+ 4	52	M
MG+ 5	43	M
MG+ 6	37	M
MG+ 7	49	M
MG+ 8	37	M
MG+ 9	47	M
MG+ 10	41	F
MG+ 11	61	F
MG+ 12	33	M
MG- 13	40	M
MG- 14	63	M
MG- 15	64	M
MG- 16	60	M
MG- 17	55	M
MG- 18	54	F
MG- 19	58	M
MG- 20	54	M
MG- 21	43	M
MG- 22	46	M
MG- 23	49	M
MG- 24	66	M

Durée de l'entretien.

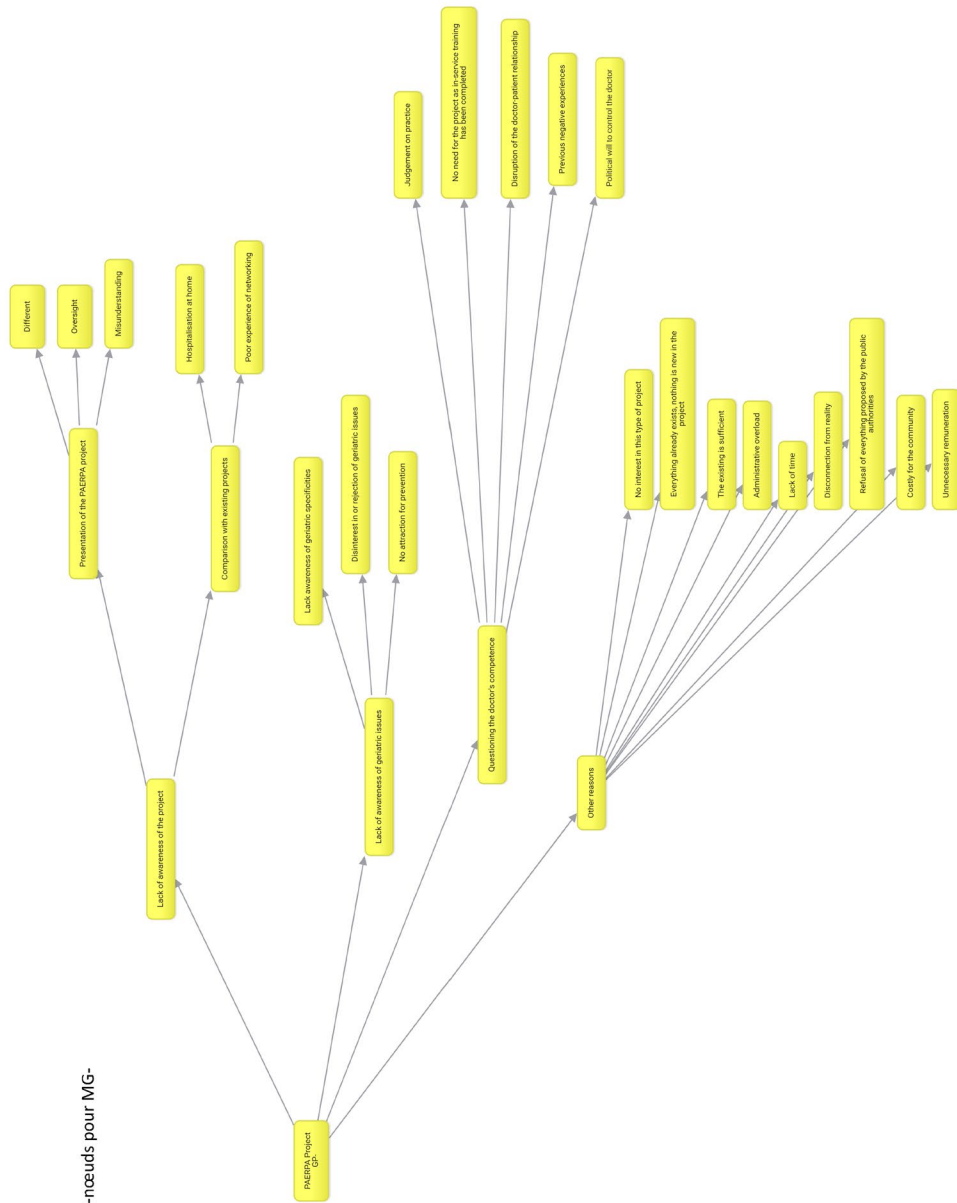
Médecins généralistes	Durée de l'entretien (minutes)
MG+ 1	6
MG+ 2	9
MG+ 3	8
MG+ 4	10
MG+ 5	20
MG+ 6	15
MG+ 7	13
MG+ 8	16
MG+ 9	18
MG+ 10	10
MG+ 11	15
MG+ 12	10
MG- 13	28
MG- 14	13
MG- 15	6
MG- 16	18
MG- 17	19
MG- 18	8
MG- 19	26
MG- 20	11
MG- 21	25
MG- 22	11
MG- 23	22
MG- 24	13

Annexe 9 : Arbre de codage et sous-nœuds pour MG+



Annexe 10 : Arbre de codage et sous-nœuds pour MG-

Arbre de codage et sous-nœuds pour MG-



Annexe 11 : Première page des articles publiés

Research

Matthieu Calafiore, Emmanuel Chazard, Lorette Averlant, Claire Ramez, Fanny Sarrazin, Nathalie Leveque, Delphine Dambre, David Verloop, Marguerite-Marie Defebvre, Carla Di Martino and Jean-Baptiste Beuscart

GPs' interest in integrated care for frail older adults and corresponding consulting and prescribing data:

qualitative and quantitative analyses of the PAERPA integrated care project

Abstract

Background Integrated care pathways can help to avoid unnecessary admissions to hospital and improve the overall quality of care for frail older patients. Although these integrated care pathways should be coordinated by GPs their level of commitment may vary.

Aim To profile GPs who had participated or had declined to participate in the Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) integrated care project (ICP) in the Valenciennois-Quercertain area of France between 2014 and 2019.

Design and setting A combined qualitative and quantitative analysis of GPs who were participating in or had declined to participate in the PAERPA ICP.

Method Both GPs participating in the ICP and GPs who chose not to participate in the ICP were interviewed, and then consultation and prescription profiles for these two groups were compared.

Results Some GPs were interested in the PAERPA ICP, whereas others were opposed. The 48 qualitative interviews revealed four issues that influenced participation in the PAERPA ICP: 1) awareness of issues in care of older adults and the value of collaborative work, 2) time saving, 3) task delegation, and 4) advantages of coordination. The level of interest in the ICP for frail older adults was indirectly reflected by the data on consulting and prescribing. In GPs who participated in the PAERPA ICP there was a greater proportion of older (aged ≥70 years) patients ($P<0.05$), a larger number of consultations per year ($P<0.05$), and a larger number of home visits ($P<0.01$), relative to GPs who declined to participate.

Conclusion The level of interest in the PAERPA ICP for frail older adults varied widely among GPs. These findings suggest that commitment to an integrated care pathway could be increased by customising the recruitment strategy as a function of the GPs' profile.

Keywords frail older adults, preventive medicine, primary health care, general practice.

INTRODUCTION

The care of frail older people is often compartmentalised by health providers and may become a series of successive but poorly coordinated assessments and procedures. Integrated care pathways seek to improve patient care by coordinating existing services and facilities. The benefits of integrated care for older patients are well established and include a reduction in potentially avoidable hospital admissions, better care at home, and a better perception of care by the patients.¹⁻⁴

Several qualitative studies have shown that commitment by healthcare professionals is a key success factor for integrated care pathways.⁵⁻⁹ Moreover, the GP is responsible for coordinating the integrated care and has a key role in integrated care pathways for frail older adults.¹⁰ However, the level of GP participation in this type of pathway for older adults is variable. Although levers for and obstacles to participation have been studied, the profiles of participating and non-participating physicians do not appear to have been described.^{3,7,11} To the best of the authors' knowledge, there are no published qualitative and quantitative data on this topic.

The Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) integrated care project (ICP) was a nationwide pilot

deployed by the French Ministry of Social Affairs and Health between 2014 and 2019. It sought to provide integrated care for frail older people (aged ≥75 years) at risk of losing their independence because of medical and social factors. A personalised health plan (PHP) for integrated care was drawn up by the professionals involved in the patient's care, with coordination by the GP. The PHP had to be agreed to in writing by all the professionals and the patient. A support platform informed healthcare professionals and patients about this new medical and social care pathway and helped them to draw up PHPs. All the PHPs were centralised and archived at a support platform dedicated to the PAERPA ICP.

The objective of the present study was to provide a qualitative and quantitative description of GPs who participated in the PAERPA ICP compared with GPs who did not.

METHOD

Study design

A combined qualitative and quantitative analysis of GPs who participated in the PAERPA ICP for frail older patients was undertaken. The PAERPA ICP has been implemented in 16 areas across France. The current study examined the PAERPA ICP's deployment in the Valenciennois-Quercertain area of northern France. All

M Calafiore (ORCID: 0000-0002-4755-5172), MD, GP and department chair, Department of Family Medicine, University of Lille, Lille. **E Chazard**, MD, PhD, public health specialist, **L Averlant**, MD, geriatrician, **C Ramez**, MD, geriatrician, **F Sarrazin**, MD, geriatrician, **C Di Martino**, research engineer, **Jean-Baptiste Beuscart** (ORCID: 0000-0002-0734-8371), MD, PhD, geriatrician, Evaluation des technologies de santé et des pratiques médicales, Centre Hospitalier Universitaire de Lille, University of Lille, Lille. **N Leveque**, MD, geriatrician, **D Dambre**, MD, geriatrician, Groupe Hospitalier territorial du Hainaut-Cambresis, Valenciennes. **D Verloop**, health manager, **M-M Defebvre**, MD, public

health specialist, Agence Régionale de Santé Hauts-de-France, Lille.

Address for correspondence

Matthieu Calafiore, Department of Family Medicine, University of Lille, 1 rue Eugène Airmé, 59000 Lille, France.

Email: matthieu.calafiore@univ-lille.fr

Submitted: 16 November 2021. Editor's response: 10 March 2022. Final acceptance: 18 May 2022.

©The Authors

This is the full-length article (published online 4 Oct 2022) of an abridged version published in print. Cite this version as: *Br J Gen Pract* 2022; DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp.2021.0626>

Barriers and Facilitators in the Uptake of Integrated Care Pathways for Older Patients by Healthcare Professionals: A Qualitative Analysis of the French National “Health Pathway of Seniors for Preserved Autonomy” Pilot Program



RESEARCH AND THEORY

Barriers and Facilitators for Adhesion of Healthcare Professionals in Integrated Care for Older Patients: A Qualitative Assessment Based on the French National Experiment: ‘Health Pathway of Seniors for Preserved Autonomy’ (PAERPA)

LORETTE AVERLANT
MATHIEU CALAFIORE
FRANÇOIS PUISIEUX
CLAIRE RAMEZ
FANNY SARRAZIN
MAXIME LOTIN
ROMAIN NAESSENS
APOLLINE DELESALLE

GRACIA ADOTEY
PASCAL HARDUIN
NATHALIE LEVEQUE
DELPHINE DAMBRE
MARGUERITE-MARIE DEFEBVRE
CARLA DI MARTINO
JEAN-BAPTISTE BEUSCART

*Author affiliations can be found in the back matter of this article

]u[ubiquity press

CORRESPONDING AUTHOR:
Pr Jean-Baptiste Beuscart
ULR 2694 METRICS – Faculté de Médecine – Pôle Recherche, 1, place de Verdun, 59045 – Lille cedex, France

jean-baptiste.beuscart@univ-lille.fr

ABSTRACT

Introduction: Integrated care is a particularly promising approach in geriatrics – a field in which the medical, psychological and social issues are often complex. The uptake of integrated care by healthcare professionals (HCPs) is essential but varies markedly. The objective of the present study of healthcare professionals was to identify barriers to and facilitators of commitment to integrated care for seniors.

Methods: We performed a two-step, qualitative study, comprising (i) six qualitative, semi-directive series of interviews with HCPs (hospital practitioners, family physicians, nurses and pharmacists) who agreed or disagreed to take part in the French national “Health Pathway of Seniors for Preserved Autonomy” (PAERPA) pilot program; and (ii) an analysis of the pooled results, in order to identify common concerns among the healthcare professionals.

Results: We identified four key “barrier” and “facilitator” topics shared by HCPs who had committed to the pilot program and those who had not: (i) awareness of and/or interest in geriatric medicine and team working, (ii) the presence of a care coordinator; (iii) the provision of information about the program and about the patient, and communication between HCPs, and (iv) personal benefits for the HCPs and the patients.

Key conclusions: The four key topics identified in this large qualitative study of several healthcare professions should be considered during the design and dissemination of integrated care pathways for older patients.

KEYWORDS:
Integrated care; care pathway; elderly; frailty

TO CITE THIS ARTICLE:
Averlant L, Calafiore M, Puisieux F, Ramez C, Sarrazin F, Lotin M, Naessens R, Delesalle A, Adotey G, Harduin P, Leveque N, Dambre D, Defebvre M-M, Di Martino C, Beuscart J-B. Barriers and Facilitators in the Uptake of Integrated Care Pathways for Older Patients by Healthcare Professionals: A Qualitative Analysis of the French National “Health Pathway of Seniors for Preserved Autonomy” Pilot Program. *International Journal of Integrated Care*, 2021; 21(2): 7, 1–11. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.5483>

The Care Coordinator's Tasks During the Implementation of an Integrated Care Pathway for Older Patients: A Qualitative Study Based on the French National "Health Pathway of Seniors for Preserved Autonomy" Pilot Program



INTEGRATED CARE
CASE

L. DOUZE

C. DI MARTINO

M. CALAFIORE

L. AVERLANT

CH PEYNOT

M. LOTIN

A. DELESALLE

D. DAMBRE

M. EGOT

A. FABIANEK

M. M. DEFEBVRE

C. BUGNY

J. THÉBAULT

F. PUISIEUX

S. PELAYO

J. B. BEUSCART

**Author affiliations can be found in the back matter of this article*

ABSTRACT

Background: Although integrated care and care coordination are known to be beneficial for older adults' population, the specific tasks of a Care Coordinator (CC) for integrated care pathways for this population have not been studied in detail.

Setting & Subjects: The French national pilot program PAERPA provided an integrated care pathway for older adults. In North France, a CC was recruited to support patients and professionals.

Objectives: (i) To analyse the CC's tasks in an integrated care pathway for older patients, and (ii) to record perceptions on the CC's tasks among the participating general practitioners (GP) and community pharmacists.

Design & Methods: Qualitative, two-phase study: (i) Task analysis of the CC's tasks, to compare the planned and actual tasks; (ii) semi-structured interviews among GPs and community pharmacists involved in the pathway.

Results: (i) The task analysis showed that the CC's actual tasks differed from planned tasks. The CC was only meant to be involved in the early stages of the process; actually, the CC undertook more or even unforeseen tasks in coordination, communication, and administrative support throughout the care pathways. (ii) The 28 interviewed healthcare professionals considered the CC's tasks to be essential to the success of pathways. They appreciated the CC's administrative support. However, CC's tasks related to interprofessional communication, and patient and family information, were controversially perceived among GPs and pharmacists.

Conclusions: The CC's tasks in an integrated care pathway for older adults showed that the CC's overall workload was greater than expected and appreciated by healthcare professionals.

ubiquity press

CORRESPONDING AUTHOR:

Laura Douze

Inserm, CIC-IT 1403, F-59000
Lille, FR; Univ. Lille, CHU
Lille, ULR 2694 - METRICS :
Évaluation des technologies
de santé et des pratiques
médicales, F-59000 Lille, FR
laura.douze@univ-lille.fr

KEYWORDS:

older adults; frailty; care
coordinator; integrated care;
task analysis

TO CITE THIS ARTICLE:

Douze L, Martino CD, Calafiore
M, Averlant L, Peynot C, Lotin
M, Delesalle A, Dambre D, Egot
M, Fabianek A, Defebvre MM,
Bugny C, Thébault J, Puisieux F,
Pelayo S, Beuscart JB. The Care
Coordinator's Tasks During
the Implementation of an
Integrated Care Pathway for
Older Patients: A Qualitative
Study Based on the French
National "Health Pathway
of Seniors for Preserved
Autonomy" Pilot Program.
*International Journal of
Integrated Care*, 2022; 22(2):
2, 1–11. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.5977>

AUTEUR : Nom : CALAFIORE **Prénom :** Matthieu
Date de Soutenance : 23/11/2023

Titre de la Thèse : Participation des Médecins généralistes aux programmes de soins intégrés destinés aux personnes âgées : exemple du projet PAERPA

Thèse d'Université - Lille 2023

Cadre de classement : Médecine Générale

Mots-clés : adultes âgés fragiles ; parcours de soins intégrés ; soins premiers ; médecine générale ; réutilisation des données ; PAERPA.

Résumé

Contexte : Les parcours de soins intégrés (PSI) peuvent contribuer à éviter les hospitalisations inutiles et à améliorer la qualité globale des soins pour les patients âgés et fragiles. Bien que ces PSI doivent être coordonnés par les médecins généralistes (MG), le niveau d'engagement de ces derniers peut varier.

Objectif : Établir le profil des médecins généralistes ayant participé ou ayant refusé de participer au projet de PSI Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) dans la région Valenciennois-Quercitain en France entre 2014 et 2019.

Design de l'étude : Une double analyse qualitative et quantitative des médecins généralistes ayant participé au projet PAERPA.

Matériel et Méthodes : Nous avons interrogé les médecins généralistes intéressés ou non puis comparé les profils de consultation et de prescription.

Résultats : Certains médecins généralistes étaient intéressés par le PSI PAERPA, alors que d'autres y étaient opposés. Les 48 entretiens qualitatifs ont révélé quatre éléments qui ont influencé la participation au projet PAERPA : (i) la prise de conscience des enjeux de la médecine gériatrique et l'intérêt du travail collaboratif, (ii) le gain de temps, (iii) la délégation de tâches, et (iv) les avantages de la coordination. Le niveau d'intérêt pour le PSI pour les adultes âgés et fragiles a été indirectement reflété par les données sur la consultation et la prescription. Les généralistes qui ont participé à PAERPA avaient une plus grande proportion de patients âgés (plus de 70 ans) ($p < 0,05$), un plus grand nombre de consultations par an ($p < 0,05$) et un plus grand nombre de visites à domicile ($p < 0,01$), par rapport aux généralistes qui ont refusé de participer.

Conclusion : Le niveau d'engagement envers un PSI pourrait être accru en personnalisant la stratégie de recrutement en fonction du profil du médecin généraliste. Un accès aux données de soins premiers est nécessaire pour optimiser cette stratégie

Composition du Jury :

Président : Madame la Professeure Florence Richard

Rapporteuses : Madame la Professeure Béatrice Lognos

Madame la Professeure Julie Dupouy

Examineurs : Monsieur le Professeur Eric Wiel

Monsieur le Professeur Olivier Saint-Lary

Directeur : Monsieur le Professeur Emmanuel Chazard