



UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2018

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Motifs de non-participation des médecins généralistes
au projet PAERPA**

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 23 mars 2018 à 14h
Au Pôle Recherche
Par Fanny Sarrazin

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Éric Boulanger

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre

Monsieur le Docteur Matthieu Calafiore

Monsieur le Docteur Jean-Baptiste Beuscart

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Lorette Averlant

Avertissement

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

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS.....	1
RESUME.....	2
INTRODUCTION.....	3
A. Soins intégrés.....	3
B. PAERPA.....	4
C. Objectif.....	6
MATERIEL ET METHODES.....	7
A. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés.....	7
B. Population.....	7
C. Recueil des données.....	8
D. Analyse des données par théorisation ancrée.....	9
E. Encadrement régulier avec expert du projet PAERPA, experts en gériatrie et en recherche clinique.....	9
RESULTATS.....	11
A – Caractéristiques de la population.....	11
B - Résultats de l'analyse qualitative.....	13
1- Méconnaissance du projet.....	13
1.1 Connaissance variable du projet.....	13
1.2 Compréhension et appréciation variable de la présentation initiale par l'animatrice territoriale.....	13
1.3 Assimilation avec d'autres structures ou réseaux existants.....	14
2 - Méconnaissance des problématiques gériatriques et défaut d'intérêt quant à la prévention.....	16
3- Remise en cause de la place et des compétences du médecin généraliste.....	18
3.1 Remise en question des compétences du médecin.....	18
3.2 Inquiétudes quant à la place du médecin généraliste et à la modification de la relation médecin-malade.....	19
3.3 Atteinte au caractère libéral de l'exercice.....	20
4- Autres considérations et motifs de refus.....	20
4.1 Propositions considérées comme déjà mises en œuvre.....	21
4.2 Structures existantes suffisantes.....	21
4.3 Refus de la surcharge de travail administratif.....	22
4.4 Manque de temps.....	22
4.5 Considérations politico-économiques.....	23
DISCUSSION.....	26
A - Résultats principaux.....	26
B. Forces et Faiblesses.....	30
1. Forces de l'étude.....	30
2. Faiblesses de l'étude.....	31
CONCLUSION.....	33
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	34
Annexes.....	36

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS :	Agence Régionale de Santé
AT :	Animatrice Territoriale
CCP :	Coordination Clinique de Proximité
CERIM :	Centre d'étude et de recherche en informatique médicale
DAT :	Dispositif d'Appui Territorial
ENA :	Ecole Nationale d'Administration
HAD :	Hospitalisation à Domicile
HCAAM :	Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
M1 à M12 :	Médecin interrogé n°1 à n°12
PAERPA :	Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie
PPS :	Plan Personnalisé de Soins
PSL :	Professionnels de Soins Libéraux

RESUME

Introduction : Le projet PAERPA est un projet innovant de soins intégrés à destination des personnes âgées en perte d'autonomie. Cependant, certains médecins généralistes refusent d'y participer. L'objectif de ce travail est d'étudier les motifs de non participation.

Méthode : Etude observationnelle par méthode qualitative. Des entretiens individuels semi-dirigés ont été enregistrés de mars à juin 2017. Analyse selon la méthode de la théorisation ancrée, à l'aide du logiciel Nvivo®.

Résultats : 12 entretiens ont été réalisés pour obtenir la saturation des données. Les médecins généralistes connaissaient peu voire pas le projet PAERPA. Ils exprimaient une défiance vis-à-vis de l'ARS, commanditaire du projet, avec un sentiment de remise en question de leurs compétences, et des inquiétudes concernant leur place dans la mise en œuvre du projet. Le manque de temps et le refus d'une surcharge de travail administratif étaient également évoqués. Deux profils de médecins se distinguaient : des médecins réticents au travail en réseau suite à de mauvaises expériences antérieures avec d'autres structures, peu intéressés ou peu conscients des problématiques gériatriques, satisfaits de leur pratique actuelle, et ne souhaitant pas la faire évoluer; d'autres médecins plus ouverts à de nouvelles pratiques, non convaincus de participer en raison d'une communication initiale autour du projet inaboutie. Ces derniers semblent pouvoir envisager de reconsidérer leur participation.

Conclusion : Ce travail révèle l'importance d'une communication de qualité et l'intérêt de l'animatrice territoriale pour décharger les professionnels de santé. Cependant il semble difficile d'atteindre certains médecins qui ne semblent pas intéressés ni formés aux problématiques gériatriques.

INTRODUCTION

A. Soins intégrés

L'intégration des soins consiste à coordonner de façon durable les pratiques cliniques autour de problématiques de santé, le plus souvent complexes et chroniques, de chaque patient. Elle vise à assurer la continuité et la globalité des soins, autrement dit, à s'assurer que les services fournis par les différents professionnels, dans différents lieux ou organisations, s'articulent, se coordonnent et communiquent dans le temps avec les besoins spécifiques de chaque patient (1).

Le patient se situe au centre de cette approche. Il a ainsi la possibilité de prendre en charge ses soins, tout en étant encadré par un réseau multidisciplinaire. Ce réseau peut comprendre entre autres le médecin généraliste, les autres spécialistes, le pharmacien et les infirmières, mais aussi les assistantes sociales, les aides-familiales et les proches du patient. Chaque intervenant peut offrir sa propre expertise.

En 2011, un rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) appelle à tester des "prototypes d'organisations nouvelles" conçues autour du parcours de l'utilisateur (2). L'objectif est de passer d'une médecine pensée comme une succession d'actes ponctuels et indépendants à une médecine dont l'objectif est d'atteindre, par une pratique plus coopérative entre professionnels et une participation plus active des personnes soignées, à une qualité d'ensemble et durable de la prise en charge soignante.

Le vieillissement de la population entraîne des situations médico-sociales chroniques et complexes marquées par une augmentation des syndromes gériatriques : polyopathie, dénutrition, troubles cognitifs, perte d'autonomie (3). Une étude internationale montre que, sur deux ans, jusqu'à 41% des sujets âgés décrivent des problèmes de coordination des soins (4). Les risques d'une prise en charge non coordonnées de ces problématiques sont la poly médication, les hospitalisations, le déclin fonctionnel et le décès pour le patient ainsi que le surcoût pour les systèmes de santé. Plusieurs travaux ont ainsi démontré que les soins intégrés chez les sujets âgés favorisaient un meilleur état médical à un coût équivalent aux systèmes de soins habituels (5) (6) (7) .

Dans ce contexte, en 2013 le ministère des Affaires Sociales et de la Santé donne son feu vert à l'expérimentation d'un programme de parcours pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

B. PAERPA

PAERPA (Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie) est un projet national déployé en 2014 sur des territoires pilotes par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Le Valenciennois-Quercitain est l'un de ces territoires.

L'expérimentation PAERPA se place dans cette démarche de soins intégrés. Ses objectifs sont, d'un point de vue individuel, d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées et celles de leurs aidants, et d'un point de vue collectif, d'améliorer leur prise en

charge dans une logique de “parcours de soins”, par une participation active des patients et une pratique plus coopérative entre professionnels.

Un des enjeux majeurs de cette expérimentation est d’aller au-delà des approches préexistantes de structuration de la coordination des acteurs, de décloisonner les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux, ainsi que de créer de la coordination entre l’hôpital et la ville, en impliquant de manière forte les Professionnels de Soins Libéraux (PSL) (8).

Ce projet concerne la population de plus de 75 ans et l’ensemble des acteurs de leur prise en charge en s’appuyant sur les structures locales existantes. Il a pour objectif de faciliter le repérage des personnes âgées en risque de perte d’autonomie et d’organiser leur parcours de santé autour d’une Coordination Clinique de Proximité (CCP) à la fois en ville et dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. La CCP est alors sous la responsabilité du médecin traitant et rassemble un infirmier et/ou un kinésithérapeute et/ou un pharmacien d’officine.

Ce travail d’équipe permet alors l’élaboration d’un Plan Personnalisé de Santé (PPS) multirisques, formalisé par une grille avec items à cocher. Ce PPS est déclenché par le médecin traitant dès le repérage de l’un des quatre facteurs de risque d’hospitalisation évitable chez une personne âgée (chute, dénutrition, risques liés aux médicaments, dépression). Il résume la situation sociale du patient, son état de santé, les problèmes en cours et définit un plan d’action pour y répondre.

Un Dispositif d’Appui Territorial (DAT) est disponible pour les professionnels de ville et les usagers. Il les informe de l’offre sanitaire et médico-sociale disponible sur le territoire

et assure le lien avec les professionnels et partenaires sociaux, notamment lors de l'élaboration d'un PPS.

Le DAT du Valenciennois a la particularité d'avoir recruté des animateurs territoriaux (AT) non professionnels de santé. Ils ont été chargés de présenter le projet aux professionnels de santé du territoire lors de sa mise en œuvre, et assurent la coordination administrative des PPS.

C. Objectif

Cette approche de soins intégrés est une innovation pour le patient, son entourage, et tous les professionnels de santé. Elle s'inscrit dans une tendance internationale forte, et bénéficie d'un financement conséquent. L'un des freins au développement de tels programmes est le refus de participation de certains médecins (9). Or, dans la littérature médicale, peu d'études se sont intéressées aux motifs de non-participation des professionnels de santé à de tels projets.

L'objectif de cette étude est donc de rechercher les motifs de non-participation au projet PAERPA des médecins généralistes dans le territoire du Valenciennois-Quercitain.

MATERIEL ET METHODES

A. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Pour répondre à notre objectif, nous avons choisi une méthode qualitative, appropriée lorsque les facteurs à analyser sont subjectifs. Cette méthode ne cherche pas à mesurer des données quantifiables, mais s'intéresse plutôt aux déterminants des comportements des acteurs, en général par le recueil de données verbales, qui sont ensuite retranscrites et analysées, dans une démarche interprétative (10).

Parmi les différentes techniques de recueil de données, le choix a été fait ici de réaliser des entretiens individuels semi-dirigés, afin de favoriser l'expression libre des participants, et de recueillir leur point de vue sans les influencer.

B. Population

Le Dispositif d'Appui Territorial, structure qui coordonne le projet PAERPA sur le territoire du Valenciennois-Quercitain, a contacté les médecins généralistes du secteur depuis 2015 afin de présenter le projet et de recueillir le consentement des médecins généralistes pour y participer. Il nous a fourni la liste des médecins généralistes identifiés comme ayant refusé de participer au projet PAERPA. Ces médecins avaient soit rencontré l'animatrice territoriale qui leur avait présenté le projet, soit refusé d'emblée le projet sans avoir rencontré l'animatrice.

Les médecins pour lesquels certaines causes de refus étaient déjà identifiées suite au premier contact avec l'animatrice territoriale, n'ont pas été inclus". (Parmi ces causes : une activité principale autre que la médecine générale (acupuncture, ostéopathie...) ou un départ à la retraite imminent). L'échantillonnage n'avait pas pour but l'exhaustivité mais l'exemplarité c'est-à-dire recruter les médecins généralistes ayant la plus grande variabilité d'opinion et d'expérience.

Les médecins généralistes éligibles ont été contactés par téléphone, avec explications rapides du sujet de l'étude. Leur participation à ce travail a été formalisée par un consentement écrit.

C. Recueil des données

Les entretiens ont eu lieu au cabinet médical et ont été enregistrés par dictaphone. L'investigateur et le médecin interrogé étaient seuls présents lors de ces entretiens, qui se sont déroulés de mars à juin 2017.

Un guide d'entretien a été préparé à l'avance. C'est une liste de questions ouvertes visant à guider la discussion, tout en laissant la personne interrogée libre de s'exprimer. Ce guide d'entretien peut être adapté au fur et à mesure de l'étude si besoin.

Le recueil de données est poursuivi jusqu'à ce qu'aucune nouvelle notion ne transparaisse des entretiens. C'est la saturation des données, qui est ensuite confirmée par deux entretiens supplémentaires n'apportant aucune nouvelle notion.

D. Analyse des données par théorisation ancrée

Chaque entretien a été retranscrit dans son intégralité, manuellement et de manière anonymisée. Les données ont été analysées en utilisant la méthode de la théorisation ancrée. C'est une méthode de recherche inductive, l'analyse est concomitante au recueil de données. L'analyse commence par effectuer un codage axial des verbatims. Ainsi, chaque partie du verbatim est classée dans une catégorie représentant l'idée qu'elle véhicule. Une partie de texte peut contenir plusieurs idées et donc être classée dans plusieurs catégories différentes. Ces catégories sont ensuite regroupées en thèmes plus généraux et parfois déclinées en sous-catégories plus détaillées selon la particularité de l'idée émise. Il en résulte un arbre de concepts qui représente les résultats du travail. La construction de cet arbre de concepts est progressive et évolutive. Ensuite, chaque catégorie fait l'objet d'une synthèse descriptive (11) (12). Ce travail d'analyse a été réalisé à l'aide du logiciel de recherche qualitative NVivo®.

Une triangulation du codage a été réalisée, c'est à dire une deuxième analyse par un autre investigateur, familiarisé avec le sujet car travaillant sur une étude similaire, afin de vérifier la concordance de l'analyse.

E. Encadrement régulier avec expert du projet PAERPA, experts en gériatrie et en recherche clinique

Des réunions mensuelles de suivi et d'évaluation avaient lieu au sein de l'équipe de recherche du CERIM (Equipe d'Accueil 2694 - Santé Publique : épidémiologie et qualité

des soins). Elles réunissaient l'ensemble des investigateurs impliqués dans les différentes évaluations qualitatives du projet PAERPA ainsi que des experts de la recherche clinique qualitative et de la gériatrie. Ces réunions ont permis un encadrement et des conseils méthodologiques, de valider les modifications du guide d'entretien ainsi que les pistes d'analyse, et de situer l'étude par rapport aux autres sujets étudiés en parallèle.

RESULTATS

A – Caractéristiques de la population

Le recrutement des participants est décrit dans le diagramme de flux en figure 1.

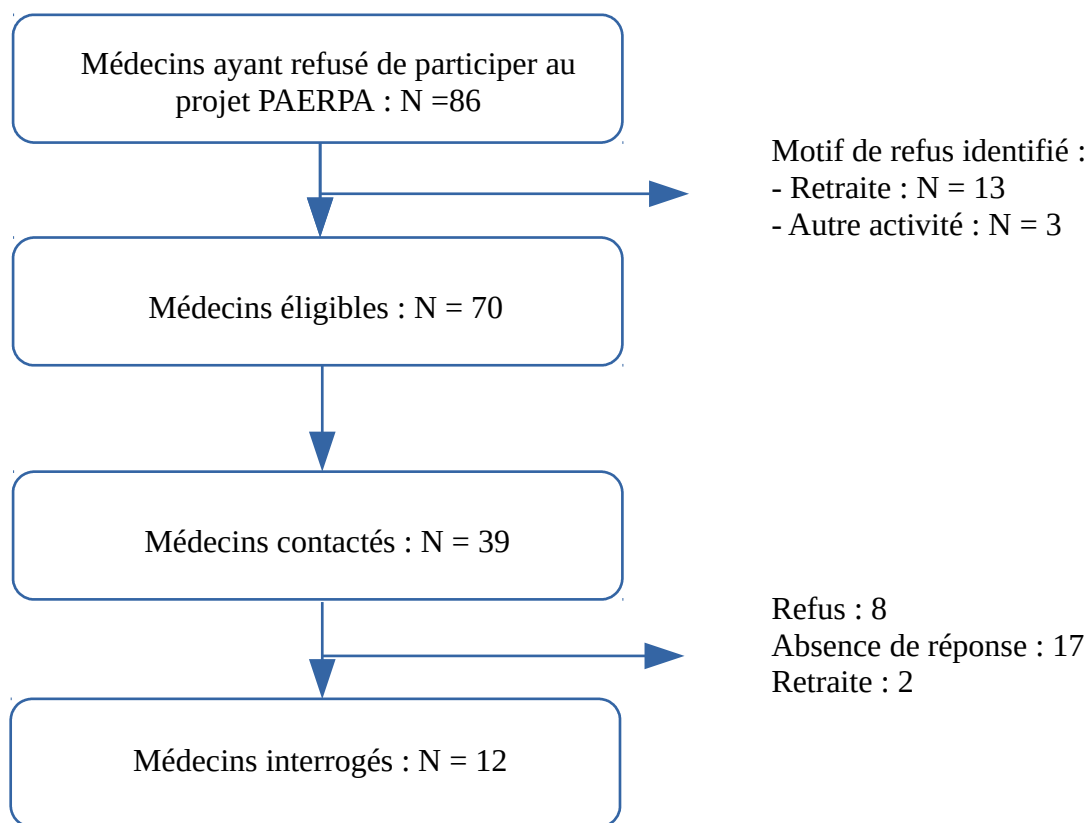


Figure 1 : Diagramme de flux

La saturation des données a été obtenue au bout de 10 entretiens, et confirmée par 2 entretiens supplémentaires, portant à 12 le nombre total d'entretiens.

Les médecins interrogés avaient un âge médian de 54,5 ans avec un exercice médical variant de rural à urbain. Parmi les médecins interrogés, 11 avaient rencontré l'animatrice territoriale pour présentation du projet, 1 avait refusé la rencontre mais accepté de recevoir des informations par email.

Tableau 1 : Caractéristiques principales des participants :

Médecins	Sexe	Age (années)	Date d'installation	Mode d'exercice	Durée de l'entretien
M1	M	40	2005	Rural	28'29"
M2	M	63	1994	Rural	13'10"
M3	M	64	1981	Semi-rural	5'33"
M4	M	60	1984	Semi-rural	18'29"
M5	M	55	1985	Semi-rural	18'51"
M6	F	54	2008/2010*	Semi-rural	8'00"
M7	M	58	1986/2001*	Urbain	26'06"
M8	M	54	1993	Rural	11'27"
M9	M	43	2005	Urbain	25'06"
M10	M	46	2000	Urbain	10'55"
M11	M	49	1999	Urbain	22'02"
M12	M	66	1980	Urbain	13'06"

**La première date correspond à la date d'installation du médecin au sein de la CARMI ; la deuxième, la date d'installation en libéral indépendamment de la CARMI.*

Le guide d'entretien a été modifié à 2 reprises au fur et à mesure des entretiens.

(Annexe)

B - Résultats de l'analyse qualitative

1- Méconnaissance du projet

1.1 Connaissance variable du projet

Certains médecins connaissaient peu ou pas le projet PAERPA.

« Je sais même pas ce que ça veut dire PAERPA » [M1]

D'autres au contraire semblaient avoir un peu mieux compris le principe général
« RepèrAge c'est pas PAERPA, là on est dans la prévention avec PAERPA » [M9], mais sans idée claire de de ses applications concrètes, des moyens mis en œuvre et des objectifs.

1.2 Compréhension et appréciation variable de la présentation initiale par l'animatrice territoriale

Certains médecins semblaient avoir relativement bien compris le projet après la présentation initiale par l'animatrice territoriale, cette présentation les ayant même amené à réfléchir à une éventuelle participation.

« Ça a été un long entretien de plus d'1/2heure, [...] j'ai pris tous les documents, et après une deuxième lecture seul [...] » [M11]

D'autres médecins, au contraire, ont considéré que la présentation initiale du projet n'incitait pas à participer, parce que l'organisation ne semblait pas bien finalisée.

« 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! [...] 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?" » [M9]

D'autres, enfin, n'ont gardé aucun souvenir de cette présentation, alors qu'ils ont bien rencontré l'animatrice territoriale qui leur a détaillé le projet.

« - Donc le projet PAERPA, vous n'en avez jamais entendu parler ? Même par d'autres médecins, ou... ? - Non. » [M3]

1.3 Assimilation avec d'autres structures ou réseaux existants

Les médecins faisaient un parallèle entre ce qui leur était proposé avec le projet PAERPA et des réseaux ou structures qu'ils connaissaient déjà et avec lesquelles ils avaient eu de mauvaises expériences ou retours.

« Tous ces réseaux, c'est n'importe quoi, on a eu des choses pour le diabète, l'hospitalisation à domicile... » [M12]

L'Hospitalisation à Domicile (HAD) a notamment été évoquée et critiquée.

« 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. » [M4]

« Parce que ça me semble un petit peu comme l'HAD, donc c'est vraiment la galère avec la HAD, tout le monde passe, personne ne sait donc... » [M6]

Certains étaient donc opposés d'emblée à l'idée de travail en réseau, suite à ces mauvaises expériences antérieures.

«- Le fait qu'il y ait une structure simplement?

- 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. Ca me fait un peu peur. » [M10]

« Tous ces réseaux, c'est n'importe quoi, de toute façon quand on a besoin d'eux, ils ne sont jamais là. » [M12]

D'autres étaient au contraire favorables au principe du travail en réseau, qui n'était donc pas pour eux un motif de refus du projet PAERPA.

« 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. » [M9]

2 - Méconnaissance des problématiques gériatriques et défaut d'intérêt quant à la prévention

Certains généralistes ne semblaient pas conscients des spécificités liées à la prise en charge des patients gériatriques (polypathologies avec intrication des problématiques médicales, psychologiques, sociales ; syndrome gériatrique et risque de perte d'autonomie), et semblaient manquer d'une vision globale de la prise en charge du patient.

« 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. » [M4]

« -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?

-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. 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...» [M12]

Il semble que plusieurs médecins généralistes n'envisageaient pas de prise en charge préventive des patients âgés à domicile mais uniquement une médecine

réagissant à une problématique aiguë ou déjà installée. Les aspects d'évaluation globale et de prévention proposés par le projet PAERPA ne semblaient pas être pris en compte, voire même remis en question.

« Je suis confronté quand je vais chez les personnes âgées, c'est à dire, à 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 œil 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. » [M1]

« 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. » [M5]

Certains médecins exprimaient clairement un désintérêt voire un rejet de la gériatrie, avec par conséquent un refus de s'investir dans un projet destiné spécifiquement aux personnes âgées.

« - La gériatrie ça ne vous passionne pas? Ou moins que d'autres..? - Voilà, on va dire ça comme ça. Donc j'essaie de refiler toute cette activité là à mes associés qui ... Ça les enchante plus que moi. » [M10]

«- La gériatrie ça ne vous intéresse pas plus que ça? -J'en ai eu, jusqu'à la nausée. » [M7]

3- Remise en cause de la place et des compétences du médecin généraliste

3.1 Remise en question des compétences du médecin

Plusieurs médecins exprimaient un sentiment de jugement, de remise en cause de leurs compétences en tant que médecin généraliste.

« C'était un petit peu nous prendre par la main, et puis... il y avait..., quelque part c'était presque insultant j'ai trouvé. » [M2]

« Donc, moi, mes patients, j'ai pas attendu PAERPA pour m'en occuper. » [M4]

« 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... » [M9]

La formation continue était évoquée, justifiant pour certains leurs compétences et par là-même l'inutilité d'une aide supplémentaire telle que proposée par le projet PAERPA.

« Si on est un médecin logique, consciencieux, on va 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.» [M12]

3.2 Inquiétudes quant à la place du médecin généraliste et à la modification de la relation médecin-malade

Pour certains médecins, la mise en place d'un projet tel que PAERPA, malgré la volonté affichée de placer le médecin traitant au centre du dispositif, aurait en réalité pour conséquence de créer une distance avec le patient, voire de couper tout contact avec lui, de nouveaux intervenants prenant complètement en charge le patient, ne tenant pas compte du médecin traitant qui se sent mis à l'écart.

« 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. » [M12]

L'intervention de nouveaux acteurs, comme par exemple l'animatrice territoriale, pouvait même représenter une intrusion dans la relation médecin-malade, en tous cas du point de vue du patient.

« 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. » [M9]

Il semblait néanmoins une nouvelle fois que ce ressenti était plus en rapport avec des expériences passées avec d'autres réseaux de soins, qu'avec le projet PAERPA en lui-même.

3.3 Atteinte au caractère libéral de l'exercice

La mise en place d'un réseau issu d'une volonté politique était pour certains médecins une tentative de contrôle des pratiques, d'atteinte au caractère libéral de l'exercice. Une certaine méfiance était donc exprimée, avec une remise en question de la finalité du projet.

« On est en train de tomber dans un système, sous prétexte de prévention, faut pas se leurrer, on essaie de nous contrôler. Ça, pour moi, c'est aussi encore une façon de nous contrôler nous-même. Je suis pas convaincu que ce soit de si bonne foi 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. » [M2]

4- Autres considérations et motifs de refus

Des médecins interrogés déclaraient ne simplement pas avoir vu d'intérêt au projet.

« Ben j'ai pas compris, j'ai pas compris l'intérêt. J'ai dit ben, ouais, on enfonce des portes ouvertes. » [M4]. « Je vois pas ce que ça pourrait apporter sincèrement. » [M2]

4.1 Propositions considérées comme déjà mises en œuvre

Certains médecins considéraient déjà mettre en œuvre les propositions avancées par le projet PAERPA, qui n'apportait donc à leur sens rien au patient ou au médecin dans sa pratique quotidienne.

« Et ce qu'ils nous demandaient, ben la prévention on le fait. » [M2]

« Et après la présentation, je me suis dit, c'est un peu notre métier finalement, je ne voyais pas... [...] 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. » [M9]

4.2 Structures existantes suffisantes

Plusieurs médecins considéraient que les structures déjà existantes étaient suffisantes.

« Ici on est bien, bien épaulés. » [M12]

L'idée de coordination des structures déjà existantes par le PAERPA, et l'objectif d'une meilleure communication entre les différents acteurs déjà présents, ne semblaient pas avoir été compris. Parmi eux, certains médecins utilisaient notamment l'ancien réseau de la CARMI, réseau de soins miniers.

« Comme je travaille beaucoup avec la CARMI, qui sont habitués avec la structure [...], ils sont assez bien accompagnés. » [M6]

4.3 Refus de la surcharge de travail administratif

L'un des motifs de refus de participation était le sentiment de surcharge de travail administratif, représenté par le dossier à remplir, tel qu'il a été présenté initialement aux médecins.

« Pour moi c'était une charge de travail supplémentaire impossible, impossible avec mon travail déjà... » [M11]

« Il y avait une lourdeur administrative, une redondance, qui m'a semblé complètement farfelue et inutile. » [M2]

De plus le dossier de réalisation du Plan Personnalisé de Soins (PPS) en lui-même a été considéré comme inadapté, car trop long et lourd.

« Et puis tu comprends, quand tu vois un dossier de... il y a combien de pages ? 30, 40 pages ? Je me suis arrêtée à la page 2. » [M1]

« J'ai souvenir de quelque chose de redondant, de lourd, peut-être de doublon. » [M11]

4.4 Manque de temps

La notion de manque de temps pour réaliser l'évaluation et le suivi des PPS a été régulièrement mentionnée comme motif de refus de participation.

« 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. » [M2]

« Ça prend du temps. Et c'est notre ennemi, en pratique libérale. » [M1]

Certains médecins exprimaient aussi le souhait de privilégier le temps clinique avec le patient, considérant que la mise en œuvre du projet, avec la rédaction des PPS, se faisait au détriment du temps passé avec le patient.

« *Tout ce qui est chronophage, on n'en veut pas. On veut examiner les gens, soigner les gens, on en a marre des paperasses quoi...* » [M9]

Certains exprimaient clairement avoir d'autres priorités auxquelles ils souhaitaient consacrer leur temps et énergie.

« *J'ai toutes les priorités avant.* » [M7]

4.5 Considérations politico-économiques

- **Opposition entre la pratique quotidienne et le pouvoir décisionnaire considéré comme incompetent ou déconnecté de la réalité du terrain**

Le fait que ce projet soit né de la volonté politique d'un ministère de la Santé très critiqué pour sa politique globale de santé semblait être un frein pour certains médecins.

« *Marisol Touraine, elle est à la masse!* » [M2]

Le projet tel qu'ils l'ont compris leur a semblé parfois inadapté à leur pratique quotidienne, et ils attribuaient notamment cela à son pilotage par l'ARS, avec un projet qui, à leur sens, a été pensé par des fonctionnaires bureaucratiques n'ayant pas conscience de la réalité du métier de médecin généraliste.

« 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 ne sais trop où, il sait pas comment on travaille, il n'en a aucune idée. » [M2]

« Ca a été pondu par des fonctionnaires, ça a été rendu par des gens qui n'ont aucun sens du pratique. » [M5]

Cela semblait parfois avoir entraîné un refus « à priori » de tout projet proposé par l'ARS :

« - Le fait que ça vienne de l'ARS, ça c'est pour vous un frein supplémentaire?

- C'est pas un frein supplémentaire, c'est énorme. » [M4]

- **Coût de la mise en œuvre pour la collectivité**

L'un des arguments mis en avant dans le refus du projet PAERPA était le coût de sa mise en œuvre pour la collectivité, qui semblaient pour quelques-uns démesuré et non justifié.

« C'est tout des trucs qui font qu'on fait des trous dans la sécurité sociale sans améliorer. » [M5]

« Nous, notre système, il marche, et on coûte rien, voilà la différence. » [M7]

- **Pas d'influence de la rémunération proposée**

Aucun des médecins interrogés ne prenait en compte la rémunération proposée dans leur décision de ne pas participer au projet PAERPA. La proposition d'une

rémunération plus importante ne semblait pas être un argument suffisant pour les convaincre de participer au projet.

« Non, le côté financement financier, peut-être que ça peut intéresser un jeune médecin, mais pas un médecin en fin de carrière. » [M12]

« Je m'assois sur les euros qu'ils nous proposent et j'ai la paix. » [M4]

« Je veux pas me faire payer pour faire des conneries comme ça. » [M5]

DISCUSSION

A - Résultats principaux

Ce travail montre premièrement que les médecins ayant refusé de participer ne connaissent que peu voire pas le projet PAERPA. Ensuite, ils semblent parfois considérer la coordination comme un contrôle de leur activité, exprimant une certaine défiance vis-à-vis de l'ARS, commanditaire du projet, avec un sentiment de remise en question de leurs compétences, et des inquiétudes concernant leur place en tant que médecin généraliste dans la mise en œuvre du projet. Pour finir, cette analyse permet de distinguer deux profils de médecins selon les motifs de refus : des médecins réticents au travail en réseau suite à de mauvaises expériences antérieures avec d'autres structures, peu intéressés ou peu conscients des problématiques gériatriques, satisfaits de leur pratique actuelle, et ne souhaitant pas la faire évoluer; d'autres médecins plus ouverts à de nouvelles pratiques, non convaincus de participer en raison d'une présentation et/ou d'une communication autour du projet inaboutie. Ces derniers semblent pouvoir envisager de reconsidérer leur participation.

Cette étude montre qu'une mauvaise connaissance du projet semble être un premier frein important à la participation des médecins. Ce constat avait déjà été montré dans un projet similaire au Canada avec un frein à la participation des médecins par manque d'information ou d'information restée trop théorique (13).

Cette méconnaissance du projet est premièrement liée à sa présentation. On retrouve dans la littérature ce problème de communication autour des projets innovants, qui peut être source de scepticisme et de résistance. Le style et le contenu de la présentation, avec des théories mal connues et manquant d'exemples cliniques concrets, peuvent rebuter les médecins (9). Une communication perçue comme insuffisante a d'ailleurs déjà été identifiée comme possiblement contre-productive dans le développement du projet PAERPA dans d'autres régions, notamment en Midi-Pyrénées, où les médecins semblaient s'être fait une mauvaise idée du projet après des réunions d'information, se fermant à d'autres évocations et sollicitations faites par la suite (14)

Un autre point soulevé par cette étude est la méconnaissance de certains médecins des problématiques spécifiques de la gériatrie. Une étude qualitative réalisée à Grenoble en 2015 souligne que les médecins généralistes ont imparfaitement intégré le concept de fragilité de la personne âgée, et que même lorsqu'il est compris, sa mise en œuvre soulève des difficultés pratiques et demeure empirique. (15)

Aucune étude à notre connaissance ne porte sur la méconnaissance de la gériatrie et ses conséquences sur l'implication des médecins dans des projets de soins intégrés. Cependant, dans une évaluation qualitative portant sur les soins intégrés dans la prévention cardio-vasculaire, le manque de connaissance et d'expérience sur le sujet étaient identifiés comme des freins à l'implication des médecins dans le projet (16). Les médecins sont réticents à accepter des interventions proposées si elles ne leur semblent pas pertinentes ou applicables dans la pratique quotidienne (17). Il semble logique que si

certains médecins n'identifient pas les problématiques gériatriques, ils ne comprennent pas la pertinence d'un projet visant à les prévenir.

Dans notre étude, les médecins interrogés déclarent ne pas tenir compte de l'incitation financière. Dans la littérature, les résultats sont discordants d'une étude à l'autre. Un financement insuffisant était un frein à l'investissement des médecins dans de nouveaux projets (18). Cependant, d'autres sources montrent que l'incitation financière ne suffit pas à convaincre un médecin, et que la première motivation reste l'amélioration des pratiques professionnelles (19). Les autres études qualitatives d'évaluation du projet PAERPA relèvent que ni les pharmaciens ni les médecins généralistes ne retenaient la compensation financière comme une motivation à la participation au projet. L'intérêt de l'incitation financière dans ce type de projet reste incertain mais pourrait être lié au niveau de ressources du professionnel de santé par rapport au financement proposé. Se pose aussi la question d'un éventuel biais de déclaration, difficilement évitable dans ce type d'étude.

Certains médecins interrogés expliquaient craindre un changement dans la relation médecin-malade, notamment en raison de l'intervention de l'animatrice territoriale (AT). Dans la littérature, on retrouve cette crainte de la détérioration médecin-malade par la mise en œuvre d'autres projets de soins intégrés (13) (20) . Cependant, les médecins qui participent au projet PAERPA apprécient l'aspect multi-disciplinaire du projet, et notamment le rôle joué par l'AT, qui n'est pas perçue comme une intrusion dans leur relation avec le malade mais comme une aide bienvenue. (21) (22)

La lourdeur administrative du dossier d'évaluation et de rédaction des PPS est critiquée par les médecins dans cette étude, mais également par les médecins participant au projet PAERPA (22). Cependant ceux-ci estiment aussi que la charge administrative est finalement diminuée grâce à l'implication de l'AT (21). La présentation de ce dossier pourrait néanmoins être réévaluée afin de ne pas décourager les professionnels de santé libéraux lors de la présentation initiale, de favoriser leur participation puis de maintenir l'implication des médecins dans le projet.

Les médecins soulignent aussi le manque de temps les empêchant de s'investir dans le projet. Ce manque de temps est cité dans la littérature comme frein de participation à des projets de soins intégrés, voire comme un inconvénient pour les participants à ces projets (13) (16) . Cependant, les médecins et pharmaciens participant au projet PAERPA parlent eux de gain de temps, grâce à la délégation de tâche notamment vers l'AT.

On constate que certains motifs de refus de participation pour les médecins interrogés dans cette étude sont pour d'autres médecins des motivations pour participer au projet PAERPA, principalement grâce au rôle clé de l'animatrice territoriale. Ce rôle a d'ailleurs spontanément évolué au fur et à mesure de l'expérimentation : d'un travail de présentation, communication du projet à un travail de coordination et de décharge administrative avec un très bon accueil des professionnels de santé libéraux ((23)

Ainsi, nous pourrions évoquer comme moyen d'améliorer la participation à ce type de projet, la présence d'un nouveau professionnel dont l'objectif serait de coordonner les professionnels de santé libéraux et de les décharger des tâches administratives en espérant favoriser la participation initiale et le maintien actif dans le projet.

B. Forces et Faiblesses

1. Forces de l'étude

Ce travail est original car peu d'études dans la littérature ont évalué les motifs de non-participation à un projet de soins intégrés. De plus, différentes études qualitatives pour évaluer le projet PAERPA ont déjà été réalisées dans différentes régions françaises, mais à notre connaissance, aucune ne s'est intéressée au point de vue des médecins non-participants.

Pour tous les entretiens réalisés, il s'agissait d'un premier contact entre l'investigateur et le médecin interrogé. L'enquêteur n'avait donc aucun jugement préalable sur les participants. De plus, les entretiens individuels ont été privilégiés, plutôt que des focus group, afin de permettre aux médecins interrogés de s'exprimer plus librement. L'enregistrement par dictaphone et la retranscription en intégralité assure la fidélité des informations recueillies.

Les réunions régulières de travail avec les différents investigateurs et les experts en gériatrie et en recherche clinique ont permis d'assurer une qualité de réalisation et d'analyse tout au long du travail.

Par ailleurs, l'échelle COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research) est une liste de 32 items de validité en recherche qualitative (24). Cette étude remplit 31 des 32 items de l'échelle. Seul l'item 25 n'a pas été rempli. L'arbre de codage n'a pas été décrit, mais a été proposé dans les résultats sous sa forme rédactionnelle après analyse.

2. Faiblesses de l'étude

Ce travail présente quelques limitations. Premièrement, il s'agissait de la première expérience de recherche qualitative de l'investigateur, ce qui peut être un biais tant dans le recueil des entretiens que dans l'analyse des données. Certaines questions maladroitement ou trop fermées, notamment lors des premiers entretiens, ont pu par exemple écarter le médecin d'un thème qu'il aurait pu développer, cependant le guide d'entretien a ensuite été modifié pour limiter ce biais. Pour pallier à cette inexpérience, l'investigateur a suivi une formation de 8h à la recherche qualitative, et une aide méthodologique a également été apportée par un référent expérimenté en recherche qualitative au cours des réunions de travail. De plus, la triangulation de l'analyse par un deuxième investigateur permettait de confirmer la pertinence de la première analyse.

Secondairement, il a été difficile d'obtenir l'accord des médecins ayant initialement refusé de participer au projet PAERPA. En effet, afin de réaliser les 12 entretiens nécessaires à la saturation des données, 39 médecins ont été contactés, avec de nombreux refus ou absence de réponses malgré des sollicitations répétées des secrétariats. Il est possible que les médecins ayant refusé de participer à cette étude auraient avancé d'autres motifs de refus de participation au projet PAERPA, posant la question de la variation maximale de l'échantillon. Cependant la saturation des données a bien été atteinte, et au vu des résultats obtenus, il paraît peu probable que d'autres résultats importants auraient été mis en avant.

Pour finir, les médecins avaient en général peu de temps à accorder aux entretiens, qui ont été réalisés à leur cabinet, en général sur des horaires de consultation. Cela a eu pour conséquences quelques interruptions intempestives, notamment téléphoniques, et parfois un certain empressement dans la réalisation des entretiens.

CONCLUSION

L'intérêt de ce travail est de proposer des pistes pour améliorer la participation et le maintien des professionnels de santé libéraux dans un projet de soins intégrés. Il décrit deux types de médecins refusant de participer au projet PAERPA : les premiers qui semblent ne pas connaître réellement les problématiques gériatriques, ne désirant pas de travail en réseau, ne souhaitant pas modifier leurs pratiques ; les seconds ouverts à des projets innovants en médecine mais non convaincus par une communication inaboutie.

Ce travail, à la lumière des autres évaluations qualitatives PAERPA et de la littérature médicale, révèle l'importance d'une communication de qualité et l'intérêt de l'animatrice territoriale pour décharger les professionnels de santé.

Il semble cependant difficile de parvenir à atteindre des médecins qui ne semblent pas intéressés ni formés aux problématiques gériatriques. Une amélioration de la formation continue en gériatrie pourrait sensibiliser aux enjeux de la prévention et de la prise en charge des problématiques gériatriques en ville.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Intégration des soins dimensions et mise en oeuvre [Internet]. Disponible sur: <http://cerberus.enap.ca/GETOSS/Publications/Lists/Publications/Attachments/187/Int%C3%A9gration%20des%20soins%20dimensions%20et%20mise%20en%20oeuvre.pdf>
2. HCAAM- Rapport de l'assurance maladie sur la perte d'autonomie [Internet]. [cité 17 janv 2018]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_rapport_assurance_maladie_perte_autonomie.pdf
3. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med*. 11 nov 2002;162(20):2269-76.
4. Osborn R, Moulds D, Squires D, Doty MM, Anderson C. International survey of older adults finds shortcomings in access, coordination, and patient-centered care. *Health Aff Proj Hope*. déc 2014;33(12):2247-55.
5. Low L-F, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Serv Res*. 9 mai 2011;11:93.
6. Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Soc Care Community*. sept 2009;17(5):447-58.
7. Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Econ Policy Law*. janv 2010;5(Pt 1):71-90.
8. rapport de la mise en oeuvre des projets pilotes [Internet]. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_comite_national_pilotage_-_projets_pilotes.pdf
9. Gollop R, Whitby E, Buchanan D, Ketley D. Influencing sceptical staff to become supporters of service improvement: a qualitative study of doctors' and managers' views. *BMJ Qual Saf*. 1 avr 2004;13(2):108-14.
10. Introduction à la recherche qualitative [Internet]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction__RQ__Exercer.pdf
11. Guide Méthodologique Thèse Qualitative [Internet]. [cité 17 févr 2018]. Disponible sur: <https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>
12. théorisation ancrée [Internet]. Disponible sur: <http://www.theorisationanree.fr/guide.pdf>
13. 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*. 17 mars 2009;9:48.

14. DREES bilan travail PAERPA [Internet]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt135.pdf>
15. Représentations des médecins généralistes/fragilité personnes âgées [Internet]. [cité 16 févr 2018]. Disponible sur: http://www.jle.com/download/gpn-305323-representations_des_medecins_generalistes_au_sujet_de_la_fragilite_des_personnes_agees_une_etude_qualitative--WobwEX8AAQEAAEQ07a8AAAAAF-a.pdf
16. 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*. 29 janv 2018;
17. Pariser P, Pus L, Stanaitis I, Abrams H, Ivers N, Baker GR, et al. Improving System Integration: The Art and Science of Engaging Small Community Practices in Health System Innovation. *Int J Fam Med*. 2016;2016:5926303.
18. Hugh SM, 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*. 1 août 2013;3(8):e003217.
19. Wolfson D, Bernabeo E, Leas B, Sofaer S, Pawlson G, Pillittere D. Quality improvement in small office settings: an examination of successful practices. *BMC Fam Pract*. 9 févr 2009;10:14.
20. Coordination des services aux Personnes âgées en France et au Québec [Internet]. Disponible sur: <http://www.prisma-qc.ca/documents/document/SantesocieteetsolidariteRaiche.pdf>
21. C. Ramez, Identifier les motivations des médecins traitants participant et adhérant au PAERPA, [Thèse pour le diplôme de docteur en médecine], Université de Lille 2, 2018.
22. M. Lotin, Motivations des médecins traitants à élaborer des plans personnalisés de santé de conciliation médicamenteuse dans le cadre du projet PAERPA. [Thèse pour le diplôme de docteur en médecine], Université de Lille 2, 2017.
23. Analyse du rôle de l'animatrice territoriale dans le « PPS conciliation médicamenteuse » du projet PAERPA, Rapport de master 2, Psychologie du travail et ergonomie par C. Peynot.
24. critères COREQ [Internet]. Disponible sur: <http://udsmed.u-strasbg.fr/dmg/wp-content/uploads/2015/06/crite%CC%80res-COREQ.pdf>

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Version initiale :

Quelle est la place de la gériatrie dans votre activité ?

Comment avez-vous entendu parler du projet PAERPA ?

Pour quelles raisons avez-vous refusé de participer au projet ?

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 ?*

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 ?*

Qu'est-ce qui aurait pu vous être proposé qui vous aurait convaincu de participer au projet ? *Relance : un financement plus important ?*

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

Avez-vous autre chose à ajouter ?

Version finale après modifications :

Quelle est la place de la gériatrie dans votre activité ?

Comment avez-vous entendu parler du projet PAERPA ?

Pour quelles raisons avez-vous refusé de participer au projet ?

Qu'est-ce qui aurait pu vous être proposé qui vous aurait convaincu de participer au projet ?

Relance : un financement plus important ?

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 ?

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 ?

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

Avez-vous autre chose à ajouter ?

Annexe 2 : Verbatims**Entretien 1**

Quelle est la place de la gériatrie dans votre activité ?

Heu... En terme de gériatrie euh... On a des statistiques là-dessus, on a des statistiques... euuhhh 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 coeur, entre 20 et 30 % j'imagine ?

D'accord.

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 ?

Pour le projet PAERPA c'est même les plus de 75 ans.

Moi je dirai 30 % environ de personnes de plus de 60 ans.

D'accord. Avec des gens... en majorité au domicile ? Est-ce que vous intervenez aussi dans des institutions, des EHPAD ?

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.

D'accord. Est ce que vous pouvez me dire comment vous avez entendu parler du projet PAERPA ?

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.

Donc ça venait vraiment de la Sécu, et après est-ce que vous avez revu quelqu'un qui vous en a reparlé ?

J'ai revu le même agent de Sécu qui m'en a reparlé une deuxième fois.

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 ?

Non.

D'accord. Et du coup pour quelles raisons est ce que vous aviez refusé d'y participer ?

Ben... Moi pour moi la première raison, c'est que ça apparaît... Déjà je sais même pas ce que ça veut dire PAERPA...

Rires. Ca veut dire Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie.

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.

OK

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'avouerai que depuis ce temps là, c'est toujours sur le côté.

Ça n'a pas été ouvert, d'accord. Et ça c'était il y a combien de temps?

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.

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?

[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. Ca 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.

D'accord.

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 du 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 du le faire 4-5 fois par exemple.

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?

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 ecodun je crois aussi...

OK. Donc vous avez quelques adresses, enfin quelques contacts comme ça, et en fait comme c'est vraiment très ponctuel...

Oui c'est très ponctuel. Alors, voilà. Alors après il y a des choses que nous on n'utilise jamais. Psychogériatrie, éducation thérapeutique... pfff...

D'accord. Par rapport au projet, spécifiquement, vous êtes dans le secteur de Denain, vous avez des patients qui sont hospitalisés à Denain?

Oui

Et par rapport à la branche du projet PAERPA qui concerne principalement la conciliation médicamenteuse?

Tu peux me redire ce que ça veut dire PAERPA?

Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie.

D'accord. Et donc le projet PAERPA ça veut dire quoi?

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 intègrent 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?

Voilà j'ai pas été plus loin.

Il y a peut-être des infos dans tout ça, mais vous n'avez pas...

Et puis tu comprend 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... Ca 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...

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?

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.

Oui

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 ieux ce sera pour eux, pour l'observance, pour la tolérance, pour tous les risques qu'on sait... C'est bien!

Et du coup est ce que vous connaissez le rôle de l'animatrice territoriale, dans le cadre du projet?

Inconnu au bataillon.

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 taches 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?

Aujourd'hui, les personnes qui font ça, c'est ou les assistantes sociales, ou la famille.

D'accord

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

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...

Mais c'est le même principe que les femmes qui ont accouché, et puis elles sont vues par les sages-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.

Pour vous, ce n'est pas ça qui va soulager votre activité?

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?...

Oui

...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.

OK

Mais ça peut aider l'aidant, donc c'est bien.

Est ce que vous avez autre chose à ajouter par rapport à tout ça?

Non, hormis que moi pour moi c'est un truc qui rassemble tous les trucs, et donc ça fait un truc en plus.

Un truc en plus pour des choses qui existent déjà et qui tournent déjà bien avec tout ce qui est déjà en place ?

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.

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?

Ben exactement, c'est pas elle? Animatrice territoriale?

Oui voilà, c'est ça

Quand je dis agent de sécu, moi... c'est pareil

Donc en fait ce n'est pas la même personne que vous voyez tout le temps pour la sécu?

Non c'est vrai, c'est vrai. La personne de la sécu m'en avait parlé, la deuxième personne à m'en avoir parlé...

Ca c'est la deuxième personne qui est venue vous présenter le truc

Voilà. Et qui m'a donné 2 fois le même dossier.

C'est vrai que ça fait beaucoup de pages quand on regarde...

Ben oui Règlement... Faut faire une charte, faut lire, il y a des consentements, il y a des accords...

Toutes les formalités comme ça, de choses à lire

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...

Oui... Remplir des pages de dossier, des consentements supplémentaires...

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'a 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...

Mais justement je pense qu'ils ne demandent pas aux médecins de tout remplir

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?

Ça c'est quoi? C'est le plan personnalisé de soins?

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'imaginer? 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!!!"

OK, bon ben je ne vais pas vous embêter plus longtemps

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 du 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.

Et vous fonctionnez sur RDV?

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...

Oui, et moi de toute façon ça m'intéresse, je vais m'installer

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 du 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 colon, toujours cancer du colon, 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. Fin de phrase. 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 que 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. Ca devient lourd.

OK.

Entretien 2

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?

Oh assez importante, il y a bien 30% facilement, il faudrait que je regarde les âges sur le papier de la sécu

Sur une patientèle de combien de personnes à peu près? A peu près...

Eh bien, moi j'ai facilement 1000 patients

Oui, donc ça fait quand même pas mal de monde. Et des gens qui sont au domicile, en EHPAD?

Pas mal de domicile, en EHPAD j'en ai une dizaine, 10 en maisons de retraite, et le reste c'est du domicile.

Des gens que vous voyez ici, ou?

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.

Qui ont des difficultés pour se déplacer. Comment est-ce que vous avez entendu parler du projet PAERPA?

Une dame est venue, une représentante est venue me proposer, insister pour que je participe.

D'accord

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?

Oui, je l'ai vu, avec pleins de pochettes?

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.

D'accord.

Et de toute façon inadaptée. De toute façon c'est en train de couler le PAERPA, c'est en train de disparaître, c'est ce que j'ai lu.

OK. Moi je ne suis pas... Je ne suis pas dans le projet

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.

OK

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 du 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...

... de la réalité du terrain

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.

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

Oui

Et ça, vous avez eu des patients concernés par ça, on ne vous l'a pas du tout proposé?

Non... Moi j'ai eu le gros dossier

Et on ne vous a pas du tout parlé de la conciliation médicamenteuse avec les gens hospitalisés à Denain?

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.

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?

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.

Et que parfois, plusieurs explications sont pas superflues?

Et que parfois, quelqu'un qui va expliquer différemment, pour eux ce sera mieux, oui, tout à fait.

Et dans ce cadre là, le rôle de l'animatrice justement..?

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

Parce que, oui, en fonction des prix et pas en fonction...

Moi j'estime que si je prescris tel produit, c'est tel produit qui doit être donné. Après moi ma responsabilité est déchargée, 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. Ca 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?

Oui, oui, je comprend très bien

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.

Si la revue, oui

Je crois que les profs ils aiment pas forcément, mais...

Oh, les profs de médecine générale si, ils sont quand même pas...

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.

Malheureusement... Et donc

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.

Mais rajouter des intervenants, ni médecins ni même para-médicaux qui viennent faire du lien, ca, non...?

Pas du tout

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...

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...

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...?

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 prend mon téléphone, j'appelle un médecin que je connais ou que je...

D'accord. Et au quotidien, je suppose que pour chaque patient, il y a aussi, des infirmières libérales...?

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

Et d'un point de vue social, ou associatif, vous faites les démarches...?

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.

Et donc là c'est pareil, c'est vous qui organisez ou c'est plutôt les gens...?

Ben là c'est eux qui gèrent, nous on remplit un dossier.

Vous remplissez un dossier. Oui, il y a toujours des dossiers.

Il y a toujours des dossiers...

Bon, et bien on a fait à peu près le tour. Est-ce que vous avez autre chose à ajouter?

Non, du tout, non. Je vous dis, vous en tant que...

...future médecin libéral, probablement,

futur 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...

Et on va tirer dans le sens...

Oui, on va tirer dans le sens qu'on veut... C'est politique...

Entretien 3

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?

Ah ben, heu, quand même relativement importante, j'ai beaucoup de patients âgés. Comme je suis un vieux médecin...

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?

Non

Non, pas du tout. Donc le projet PAERPA, vous n'en avez jamais entendu parler? Même par d'autres médecins ou...?

Non

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?

Ah, peut-être...

Il y a peut-être un an et demi de ça...?

C'est possible...

Et depuis on ne vous a jamais resolicit  par rapport à  a? Ok... Et donc du coup vous ne pouvez pas m'expliquer pourquoi vous avez refusé d'y participer éventuellement?

Ben c'est à cause de la taille du gros dossier sûrement...

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?

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.

D'accord, donc le plus souvent, ils passent par l'hôpital, et c'est l'hôpital qui organise derrière

Le court séjour gériatrique, c'est comme ça que je fais.

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...

Ben... Ce dont on a besoin c'est la famille, qu'on n'a pas toujours... Voilà....

D'accord... Les infirmières?

Les infirmières on les a, ça c'est pas un souci.

D'accord. Et est ce qu'il y a des réseaux, que vous utilisez, autre que l'hôpital, ou après l'hôpital?

Oui, des réseaux d'aide à domicile, quand même.

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?

Pas trop non.

Dans l'ensemble vous avez un bon contact avec les services de gériatrie? Dans quel hôpital?

Ben ici c'est beaucoup Denain.

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?

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...

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? Ca 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...

Ben, si, j'ai les mêmes problèmes que tout le monde quoi...

D'accord. Et vous n'avez pas l'impression d'avoir besoin d'aide dans la prise en charge de ces patients là spécifiquement?

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.

Le plus souvent c'est l'hôpital.

Enfin je sais pas...

Non, mais d'accord. Et avant...

J'essaye de faire de mon mieux pour ne pas les envoyer à l'hôpital.

Et donc ça c'est vous qui faites ce qu'il faut pour essayer de prévenir les risques

Ben oui, j'essaie...

les chutes...

En tenant compte aussi du désir des patients, qui n'est pas non plus d'aller à l'hôpital, le plus souvent.

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?

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 géiatres qui viennent et donc... Il y a des choses qui se font comme ça.

Et il n'y a pas une bonne coordination?

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.

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 thèse 4

Quelle est la place de la gériatrie dans votre activité en général?

Je ne comprend pas bien la question.

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?

Ben j'en fais de plus en plus, parce qu'ils vieillissent avec moi.

Et du coup, chaque jour, ça représente...?

Je ne sais pas, je n'en ai aucune idée.

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?

J'ai du avoir un coup de fil un jour.

D'accord. Et est-ce que vous vous souvenez un peu de ce qu'on vous en avait dit?

Non, pas vraiment.

D'accord. Est ce que vous savez
coup de tel

Pour quelle raison est-ce que vous avez refusé de participer au projet?

Parce que j'aime pas les usines à gaz.

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?

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.

D'accord. Vous, vous avez vraiment l'impression que ça reprend tout ce qui se fait déjà et qui fonctionne déjà?

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 viendra quand nous ça nous embête.

Vous avez l'impression d'être sorti de..

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.

D'accord. Le fait que ça vienne de l'ARS, ça c'est pour vous un frein supplémentaire?

C'est pas un frein supplémentaire, c'est énorme.

C'est le frein principal pour vous?

Ha ben oui!!

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...?

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.

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...?

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...

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...?

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.

Et avec ce qui existe actuellement, vous n'avez pas justement l'impression d'avoir trop de paperasses et de dossiers.

Je n'ai pas de paperasse.

Non? Remplir un dossier PAERPA, pour vous c'est une charge supplémentaire administrative...

Tout ça pour quoi? Tout ça pour quoi?

D'accord... Vous ne voyez pas l'intérêt, vous n'avez pas regardé les papiers?, vous n'avez pas...

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.

D'accord. Et vous n'avez pas eu d'échos non plus d'autres confrères qui éventuellement ont participé au projet

Non, non pas du tout.

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?

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 besoin 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...

Oui, ça ne vous semble pas cohérent avec la pratique quotidienne?

C'est honteux. Ce n'est pas pas cohérent, c'est honteux.

D'accord. L'HAD ça fait combien de temps que c'est mis en place ici?

Oh ça fait longtemps, ça fait longtemps.

Et depuis le début, enfin vous avez vu au début comment ça fonctionnait, et vous avez vu que ça ne correspondait pas...

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 plait, 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.

Donc au quotidien vous avez constaté que ce qu'ils essayaient de coordonner ça ne fonctionnait pas toujours très..

Ben ça foire. Ca foire. Donc je les laisse coordonner si ça les amuse.

Mais finalement sans coordination vous avez l'impression que ça tourne mieux, sans couche supplémentaire.

Ben évidemment, ben évidemment.

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...

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.

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 risque de dénutrition, de chute?

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'aurai eu droit à de la morphine et j'aurai été soulagée, je le saurai la prochaine fois je mettrai 8!"

C'est vrai que c'est...

C'est une sacrée connerie. C'est des cases. Alors c'est sûr que moi quand j'étais interne à l'hôpital on 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.

Oui, donc remplir des papiers c'est une perte de temps sans avantage?

Ca 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.

Et du coup vous parlez de réseau pour le diabète, pour la BPCO, est-ce que pour la gériatrie spécifiquement vous avez un réseau ici qui existe?

Il y en a 2 qui sont plus ou moins concurrents, il y a Le Quesnoy et il y a Valenciennes.

D'accord. Et vous vous travaillez avec?

Avec Le Quesnoy. Enfin c'est pas un réseau formel mais là j'ai des interlocuteurs qui existent.

Oui, plus qu'un réseau ce sont des gens que vous connaissez.

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...

Et avec le Quesnoy du coup c'est...

C'est le service de gériatrie, et ils sont très accessibles.

Plus facilement que

Oui, voilà. Mais on les avait menacé d'asphyxie aussi... On les avait..., les crédits avaient... Mais ils ont réussi à survivre.

D'accord. Et donc vous faites appel à eux dans le cadre de consultations ou d'hospitalisations?

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'ils faut, et ... ils répondent bien.

D'accord. Et peut-être plus à taille humaine

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...

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.

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...

Si en plus le neuro c'est pas le référent pour toute la neuro ça devient...

Ça devient impossible.

Et en gériatrie vous avez l'impression que c'est la même chose qui cloisonne?

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.

Trop... pas indépendante, mais un peu trop focalisés sur...

Oui ils ont leurs trucs mais c'est pour remplir des colonnes. Ils ont une existence colonnaire mais nous on a un malade horizontal.

D'accord. Est ce que vous avez autre chose à ajouter?

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.

Donc vous voyez qu'il y a un soutien?

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. Ca 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 thèse 5

Quelle est la place de la gériatrie dans votre activité?

Relativement faible. Vous avez vu ma salle d'attente?

D'accord. Plutôt des patients plus jeunes...?

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?

Mais pour vous ça ne représente pas une part importante de votre activité?

Ah c'est pas majeur. Ca 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.

Comment est ce que vous avez entendu parler du projet PAERPA?

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 tout des trucs qui font qu'on fait des trous dans la sécurité sociale sans améliorer. J'ai Sophia aussi dans la série.

Sophia c'est le...diabète?

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 pètent 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.

D'accord. Ca ne cible pas les bonnes personnes en fait?

Non.

Donc, pour quelles raisons vous avez refusé de participer? Vous avez déjà commencé à m'expliquer...

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.

D'accord. Vraiment, c'est la taille du dossier...

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.

De la réalité du terrain...

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, olala, 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.

Et vous envoyez vers quel hôpital en général?

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.

Donc est qu'on aurait pu vous proposer quelque chose pour participer au projet?

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!

D'accord. Parce que par exemple, ils se posaient la question du financement, mais ça n'a rien à voir?

Non. J'ai refusé de me faire payer. Je veux pas me faire payer pour faire des conneries comme ça.

Je comprends très bien.

Ca m'énerve!!

Du coup, dans votre pratique quotidienne, quels sont vos interlocuteurs pour prendre en charge les problèmes gériatriques? Vous parlez de l'hôpital?

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.

Oui, c'est forcément dans la structure d'aide à domicile...

Je veux du libéral. Parce que 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 institutionnalité, 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.

C'est pas complètement faux...

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.

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?

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.

C'est votre réseau de libéral.

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. Ca ça me rend argh!!

Quelles associations comme ça?

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.

Oui, je comprend. 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

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?

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 ?

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!

Donc de les inciter à garder...

J'en ai un qui a 86ans, il était là tout à l'heure, il est venu en voiture.

Et donc il conserve une activité

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.

Oui, donc il ne faut pas installer...

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 ...

à Tchernobyl?

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.

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?

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. Ca 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.

Ah... Il y a quelqu'un qui décroche mais après...?

Il n'y a jamais personne qui décroche.

Même pas?

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 ...

C'est des prises en charge individuelles?

Individuelles. Et ici c'est de la médecine générale. C'est quoi ça?

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

Mais c'est diabolique ça. Vous allez devoir répondre à 50 dossiers.

D'accord, donc ce numéro là vous n'avez pas...

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.

Oui, mais ça ne remplace pas une conversation téléphonique un mail.

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 thèse 6

Quelle est la place de la gériatrie dans votre activité?

Assez importante.

Oui? Beaucoup de patients âgés?

Alors maintenant je pense que ça commence à changer mais c'était 60 à 75%.

Ah oui, donc vraiment très importante. Et des gens qui sont au domicile ou ...?

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.

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?

J'ai reçu des papiers, et puis j'ai été contactée je crois par un représentant?

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?

Non.

Et pour quelle raison est ce que vous avez refusé de participer au projet?

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?

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?

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.

D'accord. Parce que vous avez un mauvais retour de l'HAD, comme ça se passe actuellement?

Oui

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?

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.

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?

Les kinés, les aides-soignantes ou aides au domicile pour la toilette, des fois ils ont déjà le portage des repas au domicile.

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?

Non. Assistante sociale, ça oui, la CARMI elle a assistante sociale, ils ont ergothérapeute, donc c'est une structure assez bien...

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.

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.

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...

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.

Vous faites aussi appel à l'ergothérapeute de temps en temps?

Oui.

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?

Oui, ça me surcharge, mais c'est mon devoir.

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?

Non, parce que je dois expliquer pourquoi et... Mieux je fais les papiers, je connais les patients.

Donc ça ne sert à rien de disperser les tâches et d'avoir plusieurs intervenants?

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 majorés la..., parce que c'était 5 ans maintenant c'est 10 ans, pour certaines pathologies.

Effectivement, ça permet d'alléger la charge administrative. OK. Est ce que vous avez autre chose à ajouter par rapport à tout ça?

Non

Entretien thèse 7

J'ai regardé sur Internet le PAERPA, j'avais déjà entendu parler mais, j'ai regardé j'ai vu c'est truc mais...

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?

Elle est faible. Elle était très importante elle est devenue faible.

Ah, et comment?

Comment j'ai fait? J'étais au régime minier. Et, bah, ils meurent.

D'accord.

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.

La gériatrie ça ne vous intéresse pas plus que ça?

J'en ai eu, jusqu'à la nausée.

C'est plutôt qu'il y en a eu tellement que...?

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.

D'accord. Et donc vous avez changé à quel moment d'activité?

Il y a 15 ans à peu près.01:30 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.

D'accord. Donc, vous ne vous souveniez plus du tout du projet PAERPA, est ce que le fait d'avoir lu des choses...

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.

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?

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. Ca 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.

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?

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.

Donc c'est vraiment le problème du temps qui vous a...

Ah il n'y a que le temps.

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.

Voilà c'est ça. Tout ce qui me prend du temps c'est pas la peine.

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?

Ah non, c'est pas le problème des sous, je m'en fous des sous.

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?

Rappelez moi le projet PAERPA déjà?

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...

Ah oui c'est ça. Oh mon dieu.

Avec ce graphique, avec tous les intervenants présentés?

Ah oui si si, il y a quelqu'un qui est venu. Oui oui...

Et donc ça vous a semblé être chronophage ?

Ben oui j'ai pas le temps...

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 RepèreAge

J'ai pas mal de gens qui sont à RepèreAge.

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?

J'ai pas de... Non, j'en ai pas.

Par exemple des consultations mémoire?

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...

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...

Ah, d'accord...

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?

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...

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?

Les infirmières libérales

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?

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.

D'accord. Et est ce que des kinés, des réseaux d'aide à domicile?

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...

Oui... Et, l'hôpital, est ce que vous avez souvent recours à l'hôpital pour les patients âgés?

Oui, oui ça m'arrive souvent, quand je vois qu'on est sur le versant négatif, oui j'hospitalise facilement.

En plus ici vous n'êtes pas loin de Valenciennes. Ok

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?

Non, le problème il est pas administratif, le problème c'est le temps passé.

D'accord, le temps, parce que...

Parce que c'est en visite.

Il n'y a pas de patients âgés qui viennent ici au cabinet?

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.

Oui. Et vous êtes sur un gros secteur géographique ?

Non.

Non, même pas, c'est pas pour la distance, c'est vraiment pour le temps passé sur place?

Oui.

Et ce sont des gens qui vivent seuls?

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.

D'accord. Et du coup, après les infirmières qui passent au quotidien?

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.

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...?

Ben, il doit venir une fois par semaine.

Oui. Mais les gens veulent rester chez eux.

Ben, elle est plus en état de savoir si elle veut rester chez elle.

Et entre 2 passages de l'infirmière?

Le fils ne veut pas payer, et donc elle est chez elle parce que c'est le moyen le moins cher.

C'est triste...

C'est la réalité, de ce à quoi on est confronté au quotidien.

Donc pour vous le problème avec la gériatrie c'est ça? S'il y a un bon entourage qui est présent...

Il faut vraiment un entourage compétent, qui s'investit.

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?

On fait ce qu'on peut.

Est-ce que vous avez autre chose à ajouter?

Non. Ca en fait, ça me... C'est un truc très administratif ça...

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?

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.

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?

Ben, oui, il y a des choses d'aide au quotidien, mais pas ça, quoi. Des trucs basiques.

Un des médecins que j'ai rencontré me parlait d'aides soignantes libérales, qui manquaient?

Pas des trucs redondants quoi. Ca c'est de l'administratif pur, qui sert à rien, quoi. C'est trop lourd.

C'est trop lourd et ça représente trop de temps pour vous?

Oui, surtout que les médecins libéraux vont être de moins en moins nombreux dans les années à venir, donc il faudra faire sans eux...

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...

Non mais j'ai du mal à envoyer mes patients à des structures quand on veut des consultations spécialisées, alors après...

Des consultations...?

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.

Et l'hôpital ça passe même facilement par les urgences

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...

Chez les petits?

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...

Oui... C'est un gros secteur?

380000 habitants.

Et on est vraiment au ras des paquerettes, nous ici, à niveau... Moi je travaille avec... Je fais 80% de gens qui ne payent pas.

D'accord. Donc un niveau social... en difficulté

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.

Donc vraiment vous avez des patients qui ont besoin d'être accompagnés?

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.

Ok

Alors ça... pfff....

Ca pour vous, ça passe après, il y a d'autres priorités?

J'ai toutes les priorités avant.

Entretien thèse 8

Quelle est la place de la gériatrie dans votre activité?

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%

D'accord. C'est principalement des gens que vous voyez ici au cabinet, ou vous faites des visites à domicile?

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...

Des gens vraiment incapables de se déplacer?

Oui, c'est ça, mais sinon, les âgés, même jusque 80 quasiment 90 ans qui viennent ici encore.

D'accord. Vous insistez, enfin vous les incitez

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.

D'accord. Comment est ce que vous avez entendu parler du projet PAERPA?

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.

D'accord. Et du coup, les échos que vous en aviez eu?

J'en ai pas eu d'échos particuliers... Allez y continuez.

Et est ce que vous aviez reçu quelqu'un qui vous avait présenté le projet, ici au cabinet?

Je n'en ai pas souvenir... Mais il peut m'arriver d'avoir des trous de mémoire...

Est ce que vous pouvez me dire pourquoi est ce que vous avez refusé d'y participer?

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.

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...

J'ai peut-être mal lu...

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?

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 oedème de Quincke...

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?

Pfff...

Non... Et, alors, effectivement il y a de l'administratif à remplir, des dossiers, etc...

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.

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.

C'est déjà plus négociable.

Ca pour vous ce serait un argument? Si quelqu'un s'occupait de toute la partie administrative?

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 saoule. Déjà. Et après, à partir du moment où cette étape là est enlevée, faut voir ce qu'il y a comme autres étapes.

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 aie 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?

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.

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?

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.

D'accord. Des choses comme le CLIC, la MAIA, ça vous parle ou pas du tout?

Oui, le nom me dit quelque chose mais je serai incapable de les contacter...

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?

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.

Ok, et vous c'est plutôt Valenciennes, Denain?

Valenciennes.

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?

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 niet. 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 réhibitoire...

Je comprends.

Mais par contre, je ne suis pas fermé.

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...

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...

Oui... Le fait que ça vienne de l'ARS, ou de l'hôpital, ça pour vous ce n'est pas forcément réhibitoire?

Non, alors ça moi je m'en fous complètement.

Très bien. Est ce que vous avez autre chose à ajouter sur la prise en charge des personnes âgées en général?

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.

Oui, quand on a un contact direct, c'est toujours plus facile. Et donc c'est la plate forme de gériatrie de l'hôpital de Valenciennes en fait à laquelle vous faites appel, c'est ça?

Ben oui, je passe par le standart 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.

Oui, ça permet d'éviter les passages aux urgences. Très bien.

Entretien thèse 9

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 du 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...

L'intérêt?

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...

Si si je comprends.

Et après, finalement, tout fonctionne comme ça, je dis pas que tout fonctionne parfaitement, je pense que voilà, il faut toujours réfléchir derrière.

Donc, là, vous n'avez pas fait ce qu'ils appellent un projet personnalisé de soins?

Non

Vous n'avez pas été recontacté pour essayer de vous relancer?

Non. Mais je connais PAERPA hein.

Oui, j'ai bien compris. Donc votre épouse elle travaille en plus pour le réseau RepèrAge c'est ça?

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.

Oui, donc elle est vraiment dedans, et vous vous n'êtes pas dedans mais vous savez, enfin vous comprenez de quoi...

Enfin je connais pas tout non plus non plus, bon après, chacun, enfin voilà... Après je sais pas ce que tu voulais savoir?

Alors... la gériatrie pour vous c'est une part importante de votre activité?

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.

Donc des gens qui sont au domicile ou?

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.

Plusieurs par jours?

Oui, oui oui, tout à fait.

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?

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!

Non, non, c'est anonyme et je ne vais pas... Non, non, je comprend. 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 oeuvre? 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?

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...

Et donc intervenants?

C'est moi qui contacte oui

Aides soignantes, infirmières?

Infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes parfois aussi, quand il y a besoin, des post AVC des choses comme ça. Euh... Ben voilà...

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...

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...

Est ce que, en dehors de ceux qui viennent à domicile, donc vous m'avez dit kiné, infirmières, etc, donc Repérage, vous faites appel à Repérage, est ce que vous faites appel à d'autres réseaux ou d'autres organisation par rapport aux personnes âgées?

Non, c'est Repérage 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!

Mais il y a aussi une facilité?

Oui, oui tout à fait, avec l'équipe de gériatrie de Valenciennes, du Quesnoy...
Vous arrivez à les contacter assez facilement?

Alors... pas forcément...

Il y a des gens qui me disent oui, ça va, et d'autres au contraire "non, on n'arrive jamais à joindre personne"

Ca 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...

Et ça vous savez qui contacter pour ce genre de choses?

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"

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...

Après, si on a un numéro central, qui nous.... Il n'y a aucun souci!

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...

C'est ça... Enfin moi j'ai tout mis dans mon téléphone donc, j'ai la plate-forme 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...
Pour moi la plate-forme gériatrique... enfin c'est quoi la différence entre les 2? Dans quel cas vous contactez l'un ou l'autre?

Il y a une plate forme qui peut placer dans une institution comme à Fresnes sur Escaut, association de personnes âgées, pour des placements temporaires tu sais?

D'accord, donc pas forcément pour des problèmes médicaux?

Pas forcément, problème social parfois.

D'accord. Donc médical ce sera plutôt le gériatre et social ou semi-urgence ce sera plus... si il n'y a pas besoin d'une hospitalisation

Oui, seul à domicile, qui a une urgence pour... voilà... on va pas l'hospitaliser. Un aidant absent ou... oui c'est ça...

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...

Aucun souci! Plus il y a de numéros, moins ça va.

Plus c'est compliqué.

Oui, c'est un peu ça.

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?

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.

Il n'y a pas besoin d'une indépendance absolue.

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.

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.. ?

Oui

pour rediscuter

Euh, de rediscuter...

Reposer des questions sur des indications, sur des traitements...

Ca arrive peu, je pense... Non, les contacts c'est être sûr qu'il y a les changements de traitements, des choses comme ça...

Donc ça vous arrive, vous avez des contacts quand même pour faire...

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...

Et c'est plutôt eux qui vous contactent ou vous qui les appelez?

Non, c'est plutôt eux qui nous contactent. Nous on fait l'ordonnance.

Oui, vous mettez ça par écrit, et après c'est quand eux font des vérifications qu'ils vous contactent.

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.

Après oui, quand c'est noté sur l'ordonnance...

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.

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...

Ben moi ils ont mon numéro perso en plus

Donc ça arrive

Oui, ils appellent quand ils ont besoin.

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?
J'aimerais bien entendre les arguments des autres...

Des autres qui refusent? J'ai eu plusieurs retours...

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...

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.

Après je pense que ça a évolué, et après je suis près à réécouter des explications sur l'intérêt...

Ca je leur transmettrai probablement l'information.

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...

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...

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?

Ben, ils sont encore d'évaluer...

Il n'y a pas d'autres pays qui avaient fait ça?

Ah, alors ça je ne sais pas. Je saurai pas répondre.

Après attention, la culture française est pas la même que la culture scandinave, ou autre, donc...

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"

Oui, après il faut que le patient l'accepte aussi.

C'est ça, des fois ils sont dans leur mode de vie, leurs habitudes, et on ne va pas toujours pouvoir changer....

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.

Et vérifier comment ils se soignent?

Oui, voilà aussi. Un peu policier. Et que, même s'ils le font bien, il y en a marre aussi, qu'on leur rabache... 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!

Oui, il faut y penser au moment des médicaments, et des repas, mais entre deux...

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...

Quand la chaîne est de proximité, l'infirmière, le pharmacien qui est au bout de la rue, ça reste acceptable, mais quand ça devient...

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'a compris...

Oui, je comprend, 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 »

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"...

Ah oui, de la surveillance, est ce que votre médecin il fait bien son boulot?

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...

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

Ah c'est sûr que la médecine générale est complètement différente d'il y a 30 ou 40 ans...

Et j'ai des discours un peu différents j'ai l'impression selon l'âge des médecins que je

rencontre aussi...

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?

Non?

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...

Et après les gens ne comprennent pas qu'on ne fasse pas ça...

Oui...

Entretien thèse 10

Quelle est la place de la gériatrie dans votre activité?

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...

Parce que..? Parce que c'était un choix, de base?

Parce que c'était un choix.

La gériatrie ça ne vous passionne pas? Ou moins que d'autres..?

Voilà, on va dire ça comme ça. Donc j'essaie de refiler toute cette activité là à mes associés qui ... Ca les enchante plus que moi.

D'accord. Comment est ce que vous avez entendu parler du projet PAERPA?

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...

D'accord, donc vous avez eu des infos, vous avez plus ou moins bien, on vous a bien expliqué?

C'est là que j'ai entendu parler du projet quoi.

Et pourquoi est ce que vous avez refusé d'y participer?

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.

On vous l'a présenté comme quelque chose de très...

Oui, un petit peu chronophage.

En terme de temps administratif?

Oui.

Du coup, est ce que quelque chose aurait pu vous être proposé pour vous convaincre de participer?

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...

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?

Non. En fait ils m'ont proposé de venir m'expliquer tout le truc, mais quand lui me l'a présenté ça m'a suffit 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.

D'accord. Est ce que s'il y avait eu un financement plus important ça ne vous aurait pas plus encouragé à participer?

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

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?

A voir...

A voir? Parce que le fait que vous "perdiez la main" et qu'il n'y ait qu'une signature ça vous dérange?

C'est même pas le fait de perdre la main... Ca 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...

Le fait qu'il y ait une structure simplement?

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. Ca me fait un peu peur.

Et donc vous disiez, au quotidien, vous travaillez directement avec les kinés, les infirmières?

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.

Et est ce que vous avez d'autres interlocuteurs pour les personnes âgées?

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

C'est lui qui vous permet,

Il me permet de faire... de l'aide, on va dire. Mais dans l'ensemble ça va.

Vous ne faites pas appel à des réseaux comme RepèrAge?

Ouais, eux, j'ai déjà eu affaire à RepèrAge, également.

D'accord, mais ça reste... Déjà que vous n'avez pas beaucoup de patients âgés.

Oui, pas beaucoup, c'est exceptionnel.

D'accord. Est ce que les choses comme le CLIC ou la MAIA c'est des choses qui vous parlent?

Oui, le CLIC j'en ai déjà entendu parler, jamais utilisé, mais l'autre non.

Est ce que vous adressez des patients en consultation de gériatrie?

Non, j'ai pas...

Après, c'est sur que si vous n'avez pas beaucoup de patients âgés...

C'est pas mon champ d'activité principal on va dire.

Et il n'y a pas de choses particulières... Avec les kinés, les infirmières à domicile, il n'y a pas de souci particulier?

Non, c'est quelque chose, on se voit assez régulièrement, non ça va, ça ne pose pas de souci.

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?

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...

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...

Oui

Bon, est ce vous avez autre chose à ajouter à tout ça?

Non.

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...

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.

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?

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.

Très bien.

Entretien thèse 11

Quelle est la place de la gériatrie dans votre activité? Ca représente?

En pourcentage je sais pas... 15% je dirai à vue de nez?

Des gens qui sont en majorité au domicile?

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.

D'accord. Par semaine, vous faites combien de visites à domicile, est ce qu'il y a une moyenne, par jour ou par semaine?

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.

Comment est ce que vous avez entendu parler du projet PAERPA?

On est venu me le présenter.

D'accord. Et on vous l'a présenté comment, qu'est ce qu'on vous a expliqué?

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.

La lecture des papiers à remplir en fait?

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.
Est ce qu'on aurait pu vous proposer des choses qui auraient pu vous convaincre de participer? Par exemple, un financement plus important?

Non, parce que ce n'est pas un problème d'argent, c'est un problème de temps.

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?

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 prend sur mon temps...

J'ai bien compris, je vous remercie... Je le sais...

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...

Oui, vous ne voyez pas de patient mais vous travaillez.

Donc, j'ai quand même... C'est pas 24h de liberté.

Tous les jeudis, vous avez toujours...

Systématiquement.

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?

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 moindres, 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.

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?

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...

Même avec cette plate-forme?

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...

Pour les patients déambulants? UCC, unité cognitivo comportementale peut-être?

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.

Oui, et puis il y a l'aspect financier, dans ces cas là...

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.

Est ce que vous envoyez parfois des patients en consultation mémoire ou en consultation de gériatrie justement?

Oui, ça arrive.

Ca n'est pas très fréquent je suppose?

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.

Et dans l'année, peut-être, ça représente quoi? quelques patients?

Oui, c'est quelques patients. C'est une dizaine, je vais dire..

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?

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.

Ils ont juste oublié où ils avaient posé la télécommande.

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.

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?

Spécifique... Euh, oui, la biologie...

Et est ce que après au niveau... conseils? ou mise en place d'aides aux repas? Est ce qu'il y a des choses...?

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.

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?

Ah oui, oui.

Et est ce que pour dépister, est ce que vous faites des tests de dépistage de la dépression?

Alors ça m'arrive, mais ça reste rare, ça reste rare. Notamment parce que ça prend un petit peu de temps, et que 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...

Ah, je pensais que ce n'était pas forcément en ALD?

Moi c'est ce que j'ai lu. Alors ça me paraît curieux mais moi c'est ce que j'ai lu.

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.

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.

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"?

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...

Et vous m'avez parlé de kiné aussi?

Après il y a la kiné, là on est beaucoup plus actif effectivement.

Oui, c'est actif, mais ça reste de la prévention quand même.

Oui tout à fait.

Ok. Dernier, risque gériatrique, par rapport à la surmédication, est ce que ... vous avez le

temps de reprendre les ordonnances?

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.

Non. Ce sont des médicaments qui ont été prescrits à un moment pour un symptôme
Oui voilà. Il y a tous ces anxiolytiques, ces somnifères etc...

Alors, est ce que par exemple, est ce que avec le changement de prescription du zolpidem par exemple, est ce qu'il y a des gens pour qui ça a changé quelque chose?

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 "bo, 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.

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?

Non, je n'ai pas de remarque particulière à faire.

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?

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 mets des couches depuis quelques semaines... elle comprend pas, quoi, elle comprend pas.

Ah, oui, en fait elle demande qu'on fasse quelque chose pour qu'il soit de nouveau comme il était avant...

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...

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...

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 12

C'est quoi déjà le PAERPA?

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...

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. Ca 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.

Cette association c'est...?

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.

D'accord, oui en effet. Alors simplement, pour vous, la gériatrie, c'est une part importante de votre activité ou pas?

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.

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?

Non.

Le fait qu'on vous propose un financement plus important par exemple?

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...

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?

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 télé-alarme, 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.

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?

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. 06:44 Mais tous les vieux ne font pas partie de la gériatrie.

D'accord, donc pour vous il y a bien une différence.

Parce que tout le monde ne vieillit pas de la même façon.

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?

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. Ca 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...

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

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.
Oui. Donc, vous ici vous avez un réseau structuré?

Oui.

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?

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.

Orienter...

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.

Vous, vous avez vraiment l'impression que le réseau existant est suffisant?

Ici on est bien, bien épaulés.

D'accord. Est ce que vous faites appel aussi au réseau Repèr'Age, du Valenciennois? Est ce que ça vous parle?

Oui, ça me parle mais...

Vous ne l'utilisez pas?

Non.

Et est ce que vous avez déjà contacté la plate forme téléphonique gériatrie de Valenciennes?

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, quelque soit la discipline, et on a une réponse.

Ils sont facilement joignables?

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.

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?

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.

AUTEUR : Nom : SARRAZIN Prénom : Fanny

Date de Soutenance : 23 mars 2018

Titre de la Thèse : Motifs de non-participation des médecins généralistes au projet PAERPA

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : soins intégrés, PAERPA, gériatrie, qualitatif

Résumé :

Introduction : Le projet PAERPA est un projet innovant de soins intégrés à destination des personnes âgées en perte d'autonomie. Cependant, certains médecins généralistes refusent d'y participer. L'objectif de ce travail est d'étudier les motifs de non participation.

Méthode : Etude observationnelle par méthode qualitative. Des entretiens individuels semi-dirigés ont été enregistrés de mars à juin 2017. Analyse selon la méthode de la théorisation ancrée, à l'aide du logiciel Nvivo®.

Résultats : 12 entretiens ont été réalisés pour obtenir la saturation des données. Les médecins généralistes connaissaient peu voire pas le projet PAERPA. Ils exprimaient une défiance vis-à-vis de l'ARS, commanditaire du projet, avec un sentiment de remise en question de leurs compétences, et des inquiétudes concernant leur place dans la mise en œuvre du projet. Le manque de temps et le refus d'une surcharge de travail administratif étaient également évoqués. Deux profils de médecins se distinguaient : des médecins réticents au travail en réseau suite à de mauvaises expériences antérieures avec d'autres structures, peu intéressés ou peu conscients des problématiques gériatriques, satisfaits de leur pratique actuelle, et ne souhaitant pas la faire évoluer; d'autres médecins plus ouverts à de nouvelles pratiques, non convaincus de participer en raison d'une communication initiale autour du projet inaboutie. Ces derniers semblent pouvoir envisager de reconsidérer leur participation.

Conclusion : Ce travail révèle l'importance d'une communication de qualité et l'intérêt de l'animatrice territoriale pour décharger les professionnels de santé. Cependant il semble difficile d'atteindre certains médecins qui ne semblent pas intéressés ni formés aux problématiques gériatriques.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Eric Boulanger

Assesseurs : Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre

Monsieur le Docteur Matthieu Calafiore

Monsieur le Docteur Jean-Baptiste Beuscart

Madame le Docteur Lorette Averlant