



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Identifier les motivations des médecins traitants participant et
adhérant au PAERPA**

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

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 Delphine Dambre

Avertissement

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

Serment d'Hippocrate

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

Table des matières

Liste des abréviations	13
Résumé	15
Introduction	16
1. Soins intégrés	16
2. PAERPA.....	17
3. Projet Personnalisé de Soin Multirisque.....	17
4. Objectifs de l'étude	18
Matériels et méthodes	19
1. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés.....	19
2. Population	19
3. Recueil des données.....	20
4. Analyse des données	20
5. Encadrement	21
Résultats	22
1. Réalisation de l'étude.....	22
2. Résultats de l'étude.....	23
2.1. Médecins sensibilisés à la gériatrie exprimant des frustrations de prises en charge	23
2.2. La coordination autour du patient facilitée par le PAERPA	26
2.3. Une prise en charge globale avec le bilan PPS	29
2.3.1. Multidisciplinaire.....	29
2.3.2. Domicile	30
2.4. Ce projet entraine une modification des pratiques	31
2.5. Projet expérimental qui demande des améliorations	33
Discussion	36
1. Discussion des résultats.....	36
1.1. Profils des médecins	37
1.2. Coordination.....	37
1.3. Animatrice territoriale	38
1.4. Modification des pratiques	39
1.5. Axes d'améliorations	40
2. Discussion de la méthode.....	40
2.1. Forces de l'étude	40
2.2. Faiblesses de l'étude.....	42
Conclusion	44
Références bibliographiques	45
Annexes	47
1. Grille PPS Multirisque – Territoire Valenciennois-Quercitain	47
2. Carte du territoire PAERPA - Valenciennois-Quercitain	55
3. Guide d'entretien final	56
4. Consentement écrit	57
5. Entretiens (Verbatim)	58

Liste des abréviations

AT	Animatrice territoriale
CCP	Coordination Clinique de Proximité
CERIM	Centre d'études et de recherche en information médicale
CLIC	Centres Locaux d'Information et de Coordination
CR	Claire Ramez (investigateur)
CTA	Coordination Territoriale d'Appui
DAT	Dispositif d'Appui Territorial
FMC	Formation Médical Continue
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmier(e) diplômé(e) d'État
M1 à M12	Médecin interrogé n°1 à n°12
MAIA	Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
PACE	Program of All-inclusive Care of the Elderly
PAERPA	Personne Âgée En Risque de Perte d'Autonomie
PPS	Projet Personnalisé de Soins
PRISMA	Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy
SIPA	System of Integrated care for older persons

Résumé

Introduction :

Le projet PAERPA (Personnes âgées en Risque de Perte d'Autonomie) est un dispositif innovant de soins intégrés. Le médecin traitant réalise un PPS multirisque (Projet Personnalisé de Soins) avec pour objectif de faciliter le repérage des personnes âgées ayant au moins un des quatre risques de perte d'autonomie (Chute, Dénutrition, Dépression, Iatrogénie) et d'organiser le parcours de santé de ces patients à risque sur le plan médicosocial et sanitaire. L'objectif de cette étude était de rechercher les motivations des médecins traitants à participer et à adhérer au projet PAERPA.

Méthode :

Il s'agit d'une étude qualitative avec analyse par théorisation ancrée. Tout médecin traitant ayant réalisé au moins un PPS multirisque était éligible. Des entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés entre avril et octobre 2017. Les entretiens ont été retranscrits puis analysés sur le logiciel NVIVO®.

Résultats :

Douze entretiens ont été réalisés pour obtenir la saturation des données. Les motivations des médecins traitants à participer et à adhérer au projet PAERPA étaient la coordination et la centralisation des moyens autour du patient, sous la responsabilité du médecin traitant. De plus, la présence d'une animatrice territoriale représente un contact unique et allège la charge administrative. La réalisation d'un bilan PPS permet une prise en charge globale du patient, multidisciplinaire et débutée au domicile. Cela entraîne une modification des pratiques en permettant une délégation de tâches et une démarche de prévention.

Conclusion :

Les avantages des soins intégrés sont sources de motivations pour les médecins traitants. L'amélioration de la communication entre professionnels autour de la prise en charge du patient et de son suivi renforcerait le développement du projet.

Introduction

1. Soins intégrés

Le vieillissement de la population entraîne des situations médico-sociales chroniques et complexes, marquées par une augmentation des syndromes gériatriques : poly-pathologie, dénutrition, troubles cognitifs, perte d'autonomie... (1) Une étude internationale montre que jusqu'à 41% des sujets âgés décrivent des problèmes de coordination des soins dans les deux ans précédents. (2) 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 favorisent un meilleur état médical à un coût équivalent aux systèmes de soins habituels. (3) (4)

L'intégration des soins consiste à coordonner de façon durable les pratiques cliniques autour des problématiques de santé d'un 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. (5)

Les différents professionnels peuvent être, 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. (6) 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 ». (7) (8)

2. 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. (Annexe n°2)

Cette expérimentation PAERPA se place dans la 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 ». (9)

Un des enjeux majeurs de cette expérimentation est d'aller au-delà des approches préexistantes de coordination des acteurs, de décloisonner les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux, et de créer une coordination entre l'hôpital et la ville, en impliquant de manière forte les Professionnels de Soins Libéraux (PSL). (10)

En effet, l'insuffisance de coordination entre les différentes prises en charge ainsi que le recours abusif à l'hospitalisation sont les causes principales de rupture dans le parcours de santé des personnes âgées. Déjà en 2003, un rapport paru dans la revue de l'Observatoire franco-québécois "Santé, Société et Solidarité" sur la coordination des services aux personnes âgées en France et au Québec, met en avant qu'il faudra dorénavant considérer l'absence de coordination des services comme un facteur de risque de perte d'autonomie. (11)

3. Projet Personnalisé de Soin Multirisque

Le PAERPA concerne la population des plus de 75 ans et l'ensemble des acteurs de leur prise en charge, en s'appuyant sur les structures locales existantes (CLIC, MAIA...).

Il a pour objectif de faciliter le repérage des personnes âgées en risque de perte d'autonomie et d'organiser le 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 kiné et/ou un pharmacien d'officine.

Ce travail d'équipe permet alors l'élaboration d'un PPS multirisque de ville. Il 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. Ce bilan PPS prend la forme d'une grille à items. (Annexe 1) C'est une particularité du territoire du valenciennois. Les autres zones pilotes en France utilisent le document de l'HAS. (12)

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 PAERPA n'a pas vocation à instaurer de nouvelles instances. Ainsi, le DAT est chargé de s'appuyer sur les ressources existantes du territoire, tout en veillant à ne pas s'y substituer. Le DAT du valenciennois a la particularité d'avoir intégré des Animateurs Territoriaux (AT) non professionnels de Santé. Elles assurent la coordination administrative des PPS.

4. Objectifs de l'étude

L'objectif de cette étude est donc de rechercher les motivations des médecins traitants à participer et à adhérer au projet PAERPA.

Les objectifs secondaires sont de :

- Recueillir le ressenti des médecins traitants quant à l'implication des IDE, pharmaciens d'officine et d'une aide externe (animatrice territoriale) dans la prise en charge des patients PAERPA
- Évaluer la communication interprofessionnelle dans le cadre du projet PAERPA
- Identifier des axes d'amélioration du projet PAERPA

Matériels et méthodes

1. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Pour répondre à notre objectif, nous avons choisi une méthode qualitative avec recueil de données par entretiens semi-dirigés car 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. (13) (14)

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. (15)

Dans ce type d'étude, le nombre d'entretien à réaliser n'est pas déterminé a priori, mais dépend de la saturation des données. Elle est atteinte quand un entretien n'apporte plus aucune donnée nouvelle pour la conceptualisation. Elle est confirmée par la réalisation de deux entretiens supplémentaires. La recherche bibliographique est réalisée après l'investigation afin d'aborder le sujet étudié de manière neutre et de ne pas influencer les participants.

2. Population

Le DAT, structure qui coordonne le projet PAERPA sur le territoire du Valenciennois-Quercitain, a contacté les médecins généralistes du secteur depuis 2015 afin de leur présenter le projet et de recueillir leur consentement pour y participer. Il nous a fourni la liste des médecins ayant déjà participé à au moins un PPS multirisque autour d'un patient, à leur initiative ou à celle de l'IDE ou du pharmacien.

Le projet PAERPA s'étendait sur les zones de l'Amandinois, Denaisis, Quercitain

et Valenciennois. Afin d'éviter toute confusion par les médecins interrogés, nous avons décidé de ne pas interroger de médecins généralistes du Denaisis car ils faisaient également l'objet de PPS - Conciliation Médicamenteuse (en relation avec le Centre Hospitalier de Denain). (16)

L'échantillonnage des participants s'est fait « en variation maximale » (permettant soit de généraliser, soit de trouver des cas moins fréquents). Les entretiens se sont déroulés entre Avril et Octobre 2017.

3. Recueil des données

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. (Annexe n°4)

En amont de la première entrevue, nous avons préparé un guide d'entretien. C'est-à-dire une liste de questions ouvertes visant à guider la discussion, tout en laissant la personne interrogée libre de s'exprimer. Ce guide peut être adapté au fur et à mesure de l'étude si besoin. (Annexe n°3)

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. Chaque entretien a été retranscrit dans son intégralité en étant anonymisé.

4. Analyse des données

Les données ont été analysées en utilisant la méthode de « théorisation ancrée ». C'est une méthode de recherche inductive, l'analyse est concomitante au recueil de données. (17) Ces données sont appelées « verbatim » et leur analyse commence par la réalisation d'un codage axial. 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 concept qui représente les résultats du travail. La construction de cet arbre de concept est progressive et évolutive. Enfin, chaque catégorie fait l'objet d'une synthèse descriptive, c'est l'analyse descriptive.

Chaque entretien a été retranscrit à l'écrit sur le logiciel de traitement de texte Microsoft Word®. Le codage des verbatim était réalisé sur le logiciel QSR NVIVO 11®. Pour cela l'investigateur a suivi des formations, lu des guides d'analyse qualitative pour utiliser au mieux les fonctionnalités de ce logiciel.

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.

5. Encadrement

Des réunions mensuelles de suivi, d'évaluation et d'encadrement avaient lieu au sein de l'équipe de recherche EA 2694, Université de Lille, dans le laboratoire du CERIM. (18) Elles réunissaient l'ensemble des investigateurs impliqués dans les différentes évaluations qualitatives du projet PAERPA ainsi que les référents en recherche clinique qualitative et de gériatrie. Les objectifs opérationnels étaient de valider le guide d'entretien initial et ses modifications, de valider les choix des participants interviewés, d'améliorer les recueils lors des entretiens suivants, d'en solliciter de nouveaux jusqu'à saturation des données, et enfin de commenter les pistes d'analyses et les interprétations des entretiens. Ces réunions permettaient également de situer l'étude par rapport aux autres travaux en cours. (16) (19) (20)

Résultats

1. Réalisation de l'étude

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

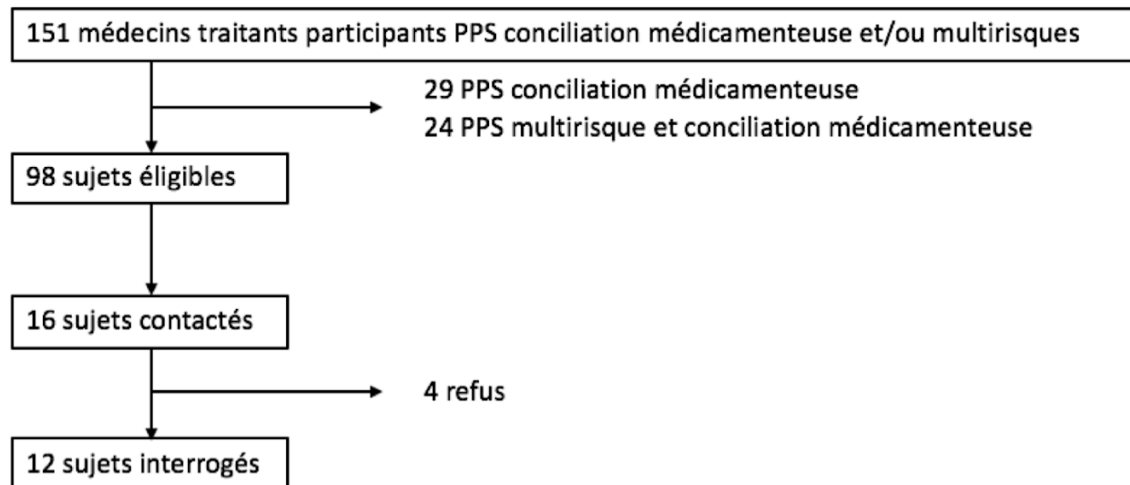


Tableau 1 : Diagramme de flux

Les caractéristiques principales des participants sont décrites dans le tableau 2.

Participant	Age (années)	Sexe	Zone géographique	Durée entretien	Mode d'exercice	Terrain d'exercice
M1	63	M	Valenciennois	00:06	Groupe	Rural
M2	68	M	Quercitain	00:09	Seul	Rural
M3	51	F	Valenciennois	00:08	Groupe	Urbain
M4	52	M	Valenciennois	00:10	Groupe	Rural
M5	43	M	Amandinois	00:20	Groupe	Rural
M6	37	M	Amandinois	00:15	Groupe	Urbain
M7	49	M	Amandinois	00:13	Groupe	Urbain
M8	37	M	Quercitain	00:16	Seul	Rural
M9	47	M	Quercitain	00:18	Seul	Semi rural
M10	41	F	Quercitain	00:10	Groupe	Rural
M11	61	F	Quercitain	00:15	Seul	Rural
M12	33	M	Valenciennois	00:10	Groupe	Urbain

Tableau 2 : Caractéristiques des médecins interrogés

La saturation des données est apparue au dixième entretien, confirmée par deux supplémentaires. Le guide d'entretien a été modifié à deux reprises.

2. Résultats de l'étude

Cette étude a permis de construire une théorie, sur l'origine des motivations et de l'adhésion des médecins traitants au projet PAERPA, détaillée dans la figure ci-dessous et justifiée dans les différentes parties des résultats :

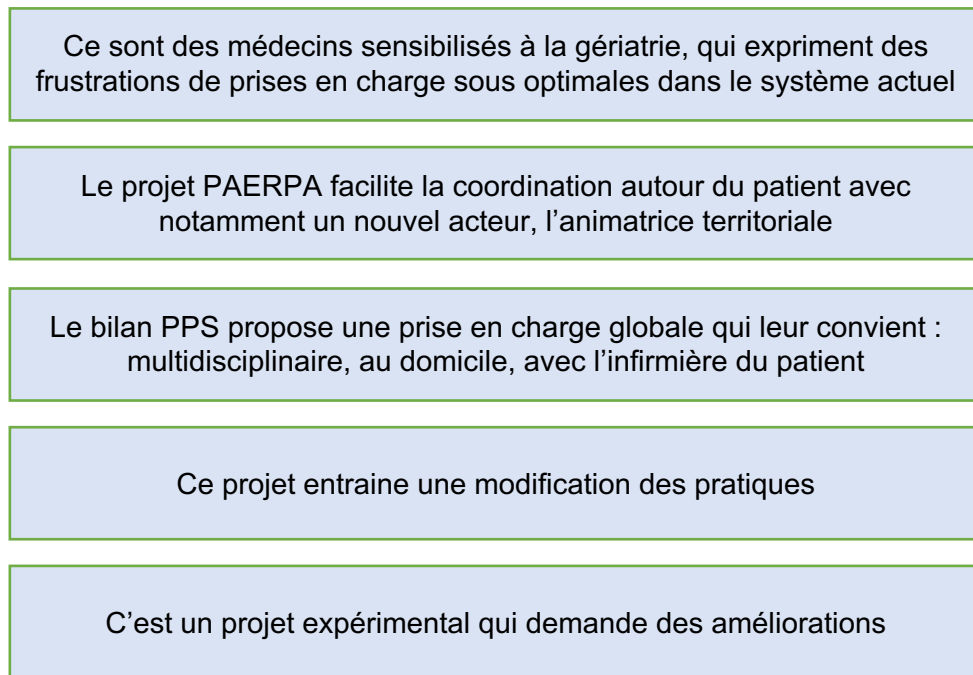


Figure 1 : Théorie sur les motivations des médecins adhérant au projet PAERPA, issue de l'analyse des 12 entretiens

2.1. Médecins sensibilisés à la gériatrie exprimant des frustrations de prises en charge

Les médecins interrogés, qu'ils aient ou non une patientèle âgée, avaient des profils sensibles à la gériatrie.

« J'ai été médecin coordinateur de deux maisons de retraite. » (M9)

« J'ai fait le D.U de gériatrie, j'ai même fait cours à la capacité de gériatrie, sur mon sujet de thèse. Mais par contre c'est pas volontaire mais j'ai pas une patientèle très âgée. » (M10)

Ils exprimaient leurs difficultés lors de prises en charge de patients âgés, qui selon eux pouvaient être sous-optimales. Ils en identifiaient les raisons.

En effet, les médecins traitants interrogés parlaient d'une prise en charge chronophage.

« Beaucoup de visites, beaucoup de temps, beaucoup de contact avec les familles, pas toujours facile. Les infirmiers au téléphone, les services de soins... » (M11)

La perte de temps causée par les tâches annexes, autres que médicales, était également évoquée, avec l'impression d'être un médecin « multifonction ».

« En médecine générale quelquefois on se retrouve bientôt assistant social, médecin, et tout en même temps. » (M3)

Le refus des aides par le patient lui-même était une problématique du quotidien pour certains médecins. Ce qui pouvait entraîner des prises en charge tardives et alors plus complexes.

« Les personnes âgées sont difficiles à bouger. (...) Tout ce qui est nouveau ça leur paraît compliqué. (...) Ils ont toujours peur d'avoir des choses à payer. La famille ne se rend pas toujours compte, parce que la personne âgée, à mon avis, masque à ses enfants ses défaillances pour ne pas les embêter. (...) Tout est négocié âprement et parfois pendant des mois. Et parfois on n'aboutit à rien parce que : "oh bah ça a toujours été comme ça et puis voilà. » (M11)

Pour améliorer et optimiser cela, les généralistes évoquaient déjà un travail avec leur propre réseau de professionnels libéraux sur leur secteur.

« Concernant les personnes âgées, (...) c'est toujours important de travailler en réseau avec les infirmières, avec les aides-soignantes. (...) Et on se sent déjà aidé, on n'est pas tout seul à gérer tous les problèmes de la personne. » (M3)

Certains médecins utilisaient également des dispositifs de gériatrie de manière

indépendante, tels que le réseau Repèr'Âge ou le CLIC, souvent cités, ainsi que leur hôpital de proximité dans le cadre de la filière gériatrique.

« Et je travaille pas mal avec les réseaux que ce soit PAERPA, Repèr'Âge, le CLIC etc... J'aime bien travailler de cette façon-là » (M3)

« Le fait d'avoir une bonne base avec le centre hospitalier, avec un recours quand même assez facile. (...) Des fois si on a un problème ils vont nous prendre le patient en hospitalisation quelques jours pour faire un bilan. (...) on n'est pas démuni. » (M10)

L'attrait des médecins pour le projet ne semblait pas être impacté par la zone géographique d'exercice.

Certains généralistes exerçant en ville et ayant déjà des solutions de prise en charge gériatrique pouvaient ne pas ressentir de besoins particuliers. D'autres sur ce même secteur était motivé car il voyait le PAERPA comme une centralisation des aides déjà disponibles.

À l'inverse, certains médecins en zone rurale exprimaient un besoin important d'aides alors que d'autres, travaillant déjà avec les libéraux de leur secteur, ne ressentaient pas de besoins supplémentaires.

« Réseau PAERPA en fait tous les médecins de l'amandinois {...} n'ont pas à priori besoin. » (M5)

« On a un bon pôle gériatrique et c'est vrai, quand on est embêté, on peut prendre le téléphone, et fin voilà on n'est pas tout seul. » (M10)

« On a démarré tambour battant, parce que c'était quand même très attendu, par moi, par les infirmières du secteur etc. » (M11)

L'attrait pour le projet ne semblait pas non plus être impacté par le profil des patients eux-mêmes. Certains médecins expliquaient que le projet pouvait correspondre à un patient très isolé (géographiquement, socialement...) mais également à un patient entouré par sa famille qui avait des demandes de prises en charge complémentaires.

« J'ai vraiment le cas de personnes avec un profil complètement différent, de la petite mamie isolée sans enfant sans aucune famille tout ça, entourée par le voisinage. (...) À la petite mamie avec une famille très présente, qui refuse l'aide de son fils, qui refuse qu'on lui prépare ses médicaments et qui refuse la toilette. » (M7)

2.2. La coordination autour du patient facilitée par le PAERPA

Certains médecins me parlaient de leurs difficultés à comprendre les nombreux réseaux déjà existants. Ils ne différençaient pas toujours les domaines de compétences de chacun ni la manière de les contacter.

« Le problème c'est qu'il y a énormément de choses, mais comme tout n'est pas centralisé, on a du mal vraiment... » (M4)

« C'est le problème de la multiplication des interlocuteurs. » (M9)

Les médecins exprimaient leur intérêt pour le travail en coordination que le projet pouvait apporter, notamment sur le plan administratif et entre les différents intervenants. Ce qui permettait d'aboutir à une centralisation des aides disponibles. Ils utilisaient alors le PAERPA comme un « méta-réseau » et non comme un réseau supplémentaire.

« L'intérêt, c'est la mise en œuvre (...) du processus de coordination, ça c'est intéressant. » (M1)

« Ce qui était intéressant pour moi c'était que le PAERPA c'était juste une formalisation d'un réseau qui existe déjà. » (M9)

« Ça permet de faire intervenir les différents intervenants. Et c'est coordonné par ce réseau. Ce qui est quand même le plus important. » (M3)

D'autres l'exprimaient comme une porte d'entrée vers un ensemble de réseaux déjà existants.

« Au début je me demandais ce que ça allait changer car on a déjà beaucoup de choses avec le CLIC, Repèr'Âge... Mais comme dit l'animatrice, c'est un premier

niveau de prise en charge. » (M3)

Selon certains, le PAERPA permettait, sur leur secteur, d'amplifier leurs contacts et de mieux connaître les structures existantes.

« Ça m'a permis effectivement d'avoir la grille (du PPS), les réseaux, d'avoir les correspondants, d'avoir les différents intervenants, les structures qui pouvaient exister. » (M6)

Certains médecins avaient pris l'habitude d'appeler directement la plateforme téléphonique lors de la réalisation d'un PPS. Elle était utilisée comme un accès unique aux réseaux de leur secteur.

« C'est vrai quelque fois quand j'ai un petit souci d'orientation je ne sais pas trop vers quel réseau me diriger, j'appelle la plateforme gériatrique, qui m'oriente à ce moment-là. » (M3)

Pour d'autres, ils ne passaient plus forcément par la réalisation de PPS mais contactaient directement la plateforme du PAERPA pour soumettre une demande spécifique. Dans ce cas, ils ne réalisaient pas de bilan complet des besoins de leur patient mais demandaient une orientation vers l'organisme adapté à leur demande.

« Actuellement je suis beaucoup plus efficace sans PAERPA. Maintenant que j'ai mes référentiels, j'ai mes équipes effectivement {...} et généralement je pense que je vais plus vite en les contactant directement et en shuntant effectivement certaines passerelles. » (M6)

Ensuite, l'animatrice était citée par les médecins comme le point central du projet PAERPA, voire indispensable pour certains. En effet sur un des secteurs géographiques du PAERPA, du fait de l'absence de l'animateur pendant plusieurs semaines, les médecins interrogés n'ont pas réalisé de PPS.

« C'est un plus, parce que c'est beaucoup plus pratique, car elle centralise plus de choses, et surtout pour la contacter c'est hyper simple. » (M12)

Pour certains, l'animatrice avait le rôle important d'alléger la charge administrative du PAERPA. Sans cette aide, il ne serait pas réalisable car beaucoup trop lourde et parfois inadaptée au travail du médecin libéral.

« Elle m'a mâché le travail, en l'occurrence, heureusement parce que sinon c'est quand même assez énergivore le dossier, ça prend du temps. » (M4)

Le rôle de l'animatrice faisait évoquer aux médecins « un lien humain » qu'ils jugeaient intéressant car souvent manquant dans les dispositifs existants.

« Mais ce qui était intéressant c'est qu'il y ait quelqu'un qui fasse le lien humainement. Parce que c'est ça qui manque dans le réseau. » (M9)

L'animatrice endossait également le rôle de coordination du PAERPA et avait l'avantage d'être un contact unique pour les PSL.

« Sans animateur territorial pour moi il est pas faisable parce qu'il a ce rôle de coordinateur, de liant (...) Parce que nous on peut pas se prendre 2 heures effectivement à coordonner avec l'infirmière et passer 2 heures sur ça c'était impossible, ça rentre pas dans le planning du médecin généraliste actuellement. » (M6)

« Je trouvais qu'il n'y avait qu'une seule chose qui était intéressante dans le PAERPA, c'était justement l'animatrice réseau. » (M9)

« C'est un plus parce que c'est beaucoup plus pratique, car elle centralise plus de choses, et surtout pour la contacter c'est hyper simple. » (M12)

L'importance du rôle de terrain de l'animatrice était soulignée. Il a d'ailleurs été cité qu'elle devrait être davantage entendue pour apporter des améliorations au projet, transmises par les PSL.

« Je pense qu'elle n'est pas assez écoutée cette dame. Dans la praticité de ce qu'il se passe sur le terrain. » (M5)

2.3. Une prise en charge globale avec le bilan PPS

Selon certains médecins, la réalisation du bilan PPS pouvaient améliorer la prise en charge de leurs patients gériatriques car elle était globale, multidisciplinaire et réalisée au domicile.

« Ça nous permettait aussi d'avoir une vision globale. Tant d'un point de vue social, administratif (...) c'était ça qui m'intéressait beaucoup. » (M7)

« Une prise en charge de vie. » (M8)

2.3.1. Multidisciplinaire

Pour certains généralistes, la réalisation d'un PPS leur permettait de bénéficier d'un autre regard sur leur patient. Ainsi une équipe multidisciplinaire amenait de meilleures propositions de prise en charge.

« Je pars du principe que : plus on regarde les gens, plus on voit de choses. Plus on est nombreux et mieux ça se passe (...) Et puis il y a des gens qui vont avoir (...) des compétences que j'ai pas. (...) Je considère qu'eux vont apporter quelque chose dans un domaine où moi je ne suis pas compétent... » (M8)

Pour d'autres, pouvoir bénéficier d'un autre avis était utilisé comme un appui ou une aide supplémentaire lorsque le patient refusait la mise en place d'aide pourtant jugée bénéfique.

« Ce que j'ai trouvé intéressant c'est qu'il y avait quelqu'un qui allait passer, un professionnel qui allait dire la même chose que moi en gros, que je répète depuis longtemps. Quelquefois quand c'est quelqu'un d'autre qui le dit, c'est mieux entendu ou c'est finalement accepté. » (M11)

L'accès aux professionnels paramédicaux était une notion du PPS qui revenait régulièrement. En effet, en libéral leurs interventions sont parfois difficiles d'accès et ne se font que très peu au domicile.

« Ce qui m'a paru intéressant c'est qu'on pouvait avoir une ergothérapeute, une psychologue, toutes ces choses (...) Tout ça ce n'est pas accessible aux personnes âgées habituellement. » (M11)

De plus, les médecins soulignaient le rôle important de l'infirmière qui est en contact régulier avec les patients. Le PPS donnait l'avantage aux patients de garder leur infirmière habituelle.

« C'est vrai que souvent c'est elle qui peut alerter aussi, qui est là tous les jours chez la personne, alors que moi c'est une fois par mois. » (M3)

Ils exprimaient le fait que l'infirmière était souvent à l'initiative du bilan PPS. Elle sollicitait alors le médecin pour en réaliser.

« Jusqu'à présent c'est les infirmiers qui nous ont proposé de rentrer dans ce processus (...) c'est comme ça qu'on a (...) re-sympathisé avec le processus PAERPA (...) On en a re-discuté avec les infirmiers. » (M1)

De ce fait, lorsque l'infirmière du secteur ne souhaitait pas participer au PAERPA, le médecin avait tendance à faire moins de PPS.

« En général les infirmières qui appellent pour le PAERPA, sont souvent des infirmières déjà très impliquées au départ, donc ça ne change rien à la façon de travailler. » (M3)

« On se connaît bien on travaille beaucoup ensemble. Mais ça n'a fait que renforcer les liens évidemment. » (M4)

2.3.2. Domicile

Pour les généralistes, le PPS permettait de prendre du temps pour analyser les besoins du patient et son environnement. Un temps pris notamment par l'infirmière au domicile.

« On n'a pas forcément le temps de venir apporter une aide d'éducation au patient à domicile, de faire le bilan complet des soucis du quotidien, de la prévention au niveau du domicile etc. Pour tout ce qui est ergothérapie par exemple, on n'a pas tellement le temps de le faire et donc à ce niveau-là j'ai trouvé que c'était bien. C'était bien de pouvoir se pencher vraiment sur les besoins, sur les aides existantes. » (M1)

Selon eux, l'avantage du déplacement au domicile du patient par l'infirmière était non négligeable.

« Le bilan complet des soucis du quotidien et de la prévention au niveau du domicile » (M1)

« Je pense aussi qu'on n'imagine pas (le domicile). C'est bien que ces gens-là, les gens du PAERPA, aillent à domicile pour voir un petit peu. » (M11)

Selon eux, le fait d'avoir un bilan réalisé au domicile avec une grille reprenant les grands items de la prise en charge gériatrique, pouvait permettre de se poser d'autres questions sur le patient ou sur ses besoins et d'avoir un regard différent sur une situation installée.

« Ça peut être bien d'avoir un référentiel auquel se référer (...) pour voir si on n'oublie pas certains items ou si on n'a pas des scotomes sur certaines parties de prise en charge. » (M6)

« Comme on en reparle, on refait attention à certaines choses. On reparle de choses effectivement que le généraliste peut peut-être un peu zapper, parce qu'il a d'autres choses en tête. » (M3)

2.4. Ce projet entraîne une modification des pratiques

Les médecins rapportaient que le bilan PPS leur était présenté par l'animatrice territoriale. Il prenait la forme d'une grille (Annexe n°1) préalablement remplie par l'infirmière lors d'une analyse des besoins au domicile du patient.

« Quand ils viennent faire l'évaluation ils prennent plus de temps, que moi en tout cas, pour cibler les problèmes. » (M12)

Selon eux, suite à cette présentation, ils ne leur restaient que la décision médicale à prendre. Ce qui correspondait à une délégation de tâches.

Certains médecins notaient que cette grille n'était pas toujours adaptée à la situation. Elle pouvait alors servir comme base d'analyse sans être figée.

De cette manière pour certains médecins, le fait de passer initialement du temps pour la réalisation d'un PPS pouvait permettre d'apporter secondairement un gain de temps pour la prise en charge de patients grâce à l'anticipation des problématiques liées à la perte d'autonomie. Ce qui s'inscrivait dans une démarche de prévention.

« On anticipe un peu les problèmes. Plutôt que de réagir on agit. » (M12)

« Moi j'adhère à tout ce qui est bien, qui me fait pas perdre beaucoup de temps, mais ça me gêne pas d'y consacrer du temps. Parce que j'estime que si j'y passe du temps maintenant, bah c'est mieux pour le patient. » (M8)

De cette manière, pour certains, la rémunération était adaptée au temps passé.

Selon eux, cette prise en charge pouvait permettre une autonomisation de certains patients ou familles, qui devenaient acteur de leur prise en charge.

« On dynamisait les patients et les familles à appeler. On leur donnait toutes les coordonnées. (...) Faut savoir aussi les autonomiser et les dynamiser. Et quand eux-mêmes passent à l'acte c'est bien mieux que lorsque c'est nous qui leur forçons la main. » (M5)

« Les gens ont eu tendance à mieux se prendre en charge aussi. Ça les a motivés. » (M4)

Ainsi, la prévention des risques, le bilan au domicile et la prise en charge multidisciplinaire pouvaient selon certains praticiens améliorer leur pratique.

« Je pense que ça l'a amélioré (la pratique). Dans mon sens, parce que le patient est mieux pris en charge. Parce qu'on ne prend pas le temps de faire bien les choses même si on sait ce qu'il faut faire. On prend pas le temps parce qu'on est bouffé par le temps, mais là au moins le patient est pris en charge de manière correcte. Surtout le patient gériatrique. Et on anticipe un peu les problèmes surtout ça. Plutôt que de réagir on agit. Je trouve. » (M12)

« Remettre en question aussi leur environnement, chose que je ne regardai pas avant forcément. Et en fait les bilans qu'on nous propose du fait de ce projet, moi m'ont incité à regarder un petit peu mieux en détail l'environnement des patients. » (M1)

« Il y a des petites choses sur lesquelles je m'arrêtais pas. Maintenant je vais avoir tendance à regarder les tapis qui traînent par terre, voyez pour la chute par exemple. » (M4)

2.5. Projet expérimental qui demande des améliorations

Ce projet est une expérimentation et nécessite des améliorations qu'ont fait part certains médecins généralistes.

Ils souhaitent que la présence de l'aidant ou de la famille du patient soit systématique lors du bilan au domicile. Cela permettrait à ces derniers d'être informés des besoins de leur proche et de le rassurer si besoin.

« Je pense que la chose indispensable qui pourrait peut-être faire changer les choses c'est que l'animatrice quand elle vient, elle demande absolument qu'il y ait le parent, l'aidant principal présent. (...) Qu'il y ait un membre de la famille qui prenne enfin conscience de. Et qui suive et encourage. » (M11)

Pour certaines, la grille utilisée lors du bilan PPS n'était pas toujours adaptée au terrain et ne leur semblait pas adaptée à l'instinct médical. C'est une grille expérimentale qui demanderait des améliorations. (Annexe n°1)

« Parce que les croix rentrent pas dans les cases (...) c'est bureaucratique. C'est des gens qui ne sont plus sur le terrain. C'est fait par des gens qui travaillent à l'hôpital en

gériatrie, c'est fait par des médecins généralistes peut-être qui n'ont plus d'activités en médecine générale. » (M5)

Pour d'autres, lorsque la grille ne correspondait pas à la situation, ils passaient au-delà et discutaient des solutions et aides à apporter.

« Je ne vois pas quels sont les freins. Elle fait tout (l'animatrice). Faut le dire, moi elle me remplit tout. On revoit juste après point par point, on voit ensemble ce qui était ciblé. Mais tout est rempli, j'ai pas de papiers en plus, j'ai pas de charge administrative en plus. » (M12)

La limite d'âge d'inclusion dans le PAERPA à 75 ans semblait parfois être problématique pour des patients en risque de perte d'autonomie moins âgés. Certains médecins proposaient de mettre en place un document supplémentaire pour les situations d'exception.

« J'ai des patients de 70 ans, et c'était trop jeune effectivement. Et pourtant là on était bien dans un dispositif d'alerte avec quelques éléments qui commençaient. » (M6)

Les généralistes, qui avaient l'habitude de travailler avec les dispositifs existants de leur secteur (dispositifs gériatriques, professionnels libéraux, associations...) communiquaient déjà directement avec, sans avoir de temps dédié identifié. Ils échangeaient le plus souvent de manière informelle (Téléphone, sms, fax...). Ils soulignaient alors que le PAERPA ne proposait pas de mise relation directe entre les différents intervenants d'un PPS.

De plus, ils notaient un manque de retour après la réalisation de PPS notamment sur les aides ou prises en charge mises en place pour le patient. Certains proposaient alors de réaliser une ou deux réunions de synthèse par an. D'autres exprimaient la difficulté à se libérer des temps de réunion.

« Là j'ai encore une pharmacie où le fax ne fonctionne pas je les ai appelés ils m'ont donné le mail et les ordonnances je les envoie par mail pour la patiente en question pour être sûr qu'il n'y ait pas d'ordonnance égarée. (...) Je l'envoie sur le portable des

deux infirmières dès qu'il y a une modification, et ça le PAERPA ne va pas le proposer.

» (M6)

« Tous les acteurs de soin, peut-être se réunir, une à deux fois par an pour discuter un petit peu de l'évolution des choses, ce qu'on peut changer ce qu'on peut modifier.

Et ça, ça pourrait être intéressant, éventuellement. » (M12)

Certains médecins souhaiteraient avoir connaissance des pharmaciens de leur secteur motivés pour le PAERPA. Car pour certains : *« Les pharmaciens, rarement motivés et motivants pour ça. » (M5)*. Et pour d'autres : *« J'ai un cas où c'est le pharmacien qui m'a appelé qui m'a dit "qu'est-ce que tu penses si on le rentrait dans le projet ?". Moi j'ai dit ok. » (M4)*. En ayant connaissance des pharmaciens souhaitant participer, ils pourraient réaliser plus de PPS ensemble.

Certains médecins disaient être en relation directe avec les pharmaciens de leur secteur lors de demandes spécifiques pour leurs patients communs (ordonnances, matériels...) mais peu souvent pour un bilan global.

Ainsi, la communication avec les IDE ou les pharmaciens a pu être renforcée parfois, mais elle existait déjà ainsi dans la majorité des cas.

Des médecins soulignaient que ce projet était trop administratif avec le ressenti d'avoir été pensé par des médecins « n'étant plus sur le terrain ». Certains diront alors que le PAERPA était « au profit de l'ARS » avec l'inquiétude de démarrer des prises en charge avec un projet risquant de ne pas être pérennisé.

Discussion

1. Discussion des résultats

Notre étude a permis de construire une théorie sur l'origine des motivations et de l'adhésion des médecins traitants au projet PAERPA. Le « soin intégré » apporté par le projet semble être à l'origine de ces motivations, même s'il est exprimé en d'autres termes.

Ce sont des praticiens sensibilisés aux spécificités de la gériatrie. Ils exprimaient la frustration de ne pas toujours pouvoir réaliser des prises en charge optimales. Les raisons de ces difficultés étaient une perte de temps avec des tâches non médicales, un refus des aides de certains patients et l'aspect chronophage que confèrent ces prises en charge.

Les médecins traitants ont été motivés par la coordination et la centralisation des moyens que le projet apporte, ainsi que par le rôle de l'animatrice territoriale. Elle représente un contact unique et un lien humain nécessaire à cette coordination, elle participe également à alléger la charge administrative qu'engendre le projet.

De plus, leurs motivations sont en lien avec les caractéristiques du bilan PPS. Il permet une prise en charge globale du patient, en étant multidisciplinaire, réalisé au domicile et par l'infirmière du patient.

Les caractéristiques du projet PAERPA et celles du bilan PPS entraînent une modification des pratiques en permettant une délégation de tâches et une démarche de prévention.

1.1. Profils des médecins

Nos résultats sont cohérents avec l'étude publiée en 2009 dans le BMC Health Services Research, (29) qui étudient les motifs de participations ou refus des praticiens à un réseau de soins intégrés. Il s'agit ici du projet SIPA à Montréal.

Selon cette étude, il s'agissait de médecins aux "caractéristiques particulières". Ils sont familiarisés à la pratique collaborative, comme les médecins de notre étude qui travaillent déjà en réseau, et ont des patients âgés dans leur patientèle.

De plus, ces médecins se sentaient concerné par les objectifs du soin intégré. Comme dans notre étude, ils semblaient être sensibilisés aux spécificités de la gériatrie. Enfin, ils étaient influencés par leurs pairs pour participer à ce projet. On le retrouve pour le PAERPA notamment lorsque l'infirmière du secteur mobilisait le médecin, ils réalisaient plus de PPS.

1.2. Coordination

La coordination dans le concept des soins intégrés est un point essentiel.

Dans un premier temps, plusieurs points de notre étude sont cohérents avec le bilan réalisé à 6 mois de la mise en place du projet, publié par l'HAS. (21) Les axes positifs par les médecins interrogés étaient alors :

- Un enrichissement de la prise en charge : plus globale, avec plusieurs regards, en complémentarité et avec temps dédié
- Une reconnaissance et valorisation du travail en réseau, une coordination

Secondairement, nos résultats semblent cohérents avec une étude sur les Soins Intégrés au Québec, publiée en Octobre 2016. Elle analyse, durant la mise en œuvre de soins intégrés dans une maison de retraite, le niveau de satisfaction de ces nouveaux soins. Ils révèlent que les personnes âgées portent davantage d'importance aux relations interpersonnelles que les soins intégrés ont pu apporter, alors que les médecins traitants mettent l'accent sur l'aspect organisationnel qu'ils apportent. (22)

Par ailleurs, on retrouve déjà en 2003 des résultats de l'évaluation du projet PRISMA au Québec. Ils montrent que cette expérimentation de Soins Intégrés entraînerait une diminution de l'incidence du déclin fonctionnel, une diminution du fardeau pour le personnel soignant et une légère diminution de personnes âgées voulant être institutionnalisées. Ce résultat serait dû à plusieurs mécanismes mis en œuvre par PRISMA dont la coordination entre les différents professionnels. (23)

1.3. Animatrice territoriale

Dans la littérature on retrouve, en 2014, la prise de position sur le concept d'intégration par la Société Française de gériatrie et gérontologie. Selon elle, l'objectif est de diminuer les fragmentations, d'améliorer la lisibilité du système et d'apporter des solutions aux conséquences de cette fragmentation (telles que les hospitalisations inappropriées, les doublons d'examen, les difficultés d'accès aux soins). (24)

Dans ce recueil il est cité que la phase consistant à établir une concertation entre les intervenants, qui favorise l'apparition de la communication et amène une compréhension mutuelle, est quasiment absente en France. Pourtant d'après eux, cette phase préliminaire permettrait « la création d'une identité commune (un « nous ») co-responsable des services sur un territoire ».

Dans le projet PAERPA sur le territoire du Valenciennois, le poste d'animateur territorial semble répondre à ces attentes. Il est identifié par les médecins traitants comme un des éléments clés de cette coordination, permettant ainsi une coopération des professionnels autour du patient.

Ce choix de poste n'est pas systématique dans tous les territoires d'expérimentation du PAERPA. Ce choix a été pris car les PSL du Valenciennois-Quercitain sont majoritairement isolés et ne sont regroupés que sur deux maisons de santé pluridisciplinaires.

De plus, l'article paru en 2003 sur le projet PRISMA rapporte que parmi les outils

permettant une amélioration des prises en charge, y figurait un « point d'entrée unique » dans le projet. Cela est cohérent avec la figure de l'animatrice territoriale proposée par le PAERPA, qui est identifiée par les médecins traitants comme « un contact unique ». (23)

Cela est confirmé par l'étude transversale descriptive réalisée à Nancy qui rapporte que 15 des 16 médecins traitants interrogés n'ont jamais réalisé de PPS sans l'aide du DAT (appelé CTA au niveau national). (10)

1.4. Modification des pratiques

Dans nos résultats, nous retrouvons l'opportunité d'une modification des pratiques pour le médecin traitant, notamment par une délégation de tâches. Ils ne leur restaient que la décision médicale, ce qui pouvait éviter de perdre un temps précieux.

On retrouve dans un article, de la Revue Médicale Suisse paru 2010, que l'un des objectifs recherchés dans le travail entre professionnels est la délégation de tâches. Pour eux, « Certaines activités, traditionnellement réalisées par les médecins, le plus souvent, sont transférées à d'autres intervenants tels que les infirmières et/ou des pharmaciens. Le but principal recherché est de faire face à la pénurie médicale et, éventuellement, de réduire les coûts. » (25)

Secondairement, l'anticipation en repérant les fragilités permettait une amélioration des pratiques pour nos médecins interrogés. Une étude qualitative parue dans la revue « Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement » en 2015, portant sur les représentations des médecins généralistes de la fragilité des personnes âgées, montrait qu'ils avaient bien intégré ce concept de fragilité mais que sa mise en œuvre soulevait des difficultés pratiques. (26)

Pour davantage percevoir les caractéristiques des fragilités et mieux les repérer, un des socles du projet PAERPA est la formation de l'ensemble des professionnels de santé pour le repérage du risque de perte d'autonomie du sujet âgé. (9)

Dans le précédent article de la Revue Médicale Suisse, une des manières identifiées d'accompagner le changement de culture est la formation. Il est rapporté que la Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne propose aux jeunes médecins en formation de se familiariser avec les prestations de soins intégrés. Il s'agit pour la nouvelle génération de découvrir d'autres modes de collaboration, que ce soit avec les infirmiers, les pharmaciens ou les assistants sociaux. (25)

1.5.Axes d'améliorations

Certains axes d'amélioration retrouvés sont similaires au rapport de l'HAS réalisé à 6 mois de mise en place du PAERPA : (21)

- Améliorer le retour et le suivi des prises en charge
- Inclure l'aidant
- Améliorer le travail avec le pharmacien

Un travail sur ces axes est donc à prévoir car les objectifs des soins intégrés semblent être bien compris par les médecins traitants mais le retour et le suivi ne semblent pas suffisants.

Il serait également intéressant de développer davantage, comme prévu initialement, la Plateforme Territoriale d'Appui (PTA). Le but étant que les professionnels de santé n'aient qu'un numéro à retenir lors d'une demande de prise en charge globale ou lors d'une demande d'orientation vers le dispositif gériatrique adapté à la demande. À terme, l'objectif pourrait être de développer une plateforme pour d'autres situations complexes telles que le handicap.

2. Discussion de la méthode

2.1.Forces de l'étude

- **Choix du sujet et de la méthode**

Le concept de « soin intégré » est un sujet de réflexion et de travail depuis plusieurs années en Amérique du Nord et en Europe. (27) Il est actuellement mis en œuvre en France par des projets expérimentaux. Dans le PAERPA, le médecin traitant y est au cœur. Des travaux de recherches similaires ont été réalisés sur les autres territoires dans lesquels le PAERPA est en expérimentation. Mais aucun n'avait encore eu lieu sur le Valenciennois Quercitain. En parallèle, un autre travail a identifié les motifs de non-participation des médecins traitants au PAERPA.

La méthode qualitative s'est montrée la plus adaptée pour explorer le ressenti des médecins et ainsi faire émerger des idées nouvelles. Elle permet par son ouverture de ne négliger aucune possibilité contrairement à la recherche quantitative qui impose des choix pré-exploratoires stricts.

- **Échantillonnage**

L'échantillonnage s'est fait auprès de médecins ayant participé au projet PAERPA en réalisant des bilans PPS multirisque.

L'investigateur souhaitait connaître les motivations des médecins dans une zone géographique pilote pour le PAERPA. Il en existait 9 au total en France. Les pistes émises pourraient servir de base de travail à sa généralisation en France.

Le recrutement des médecins se faisait de manière aléatoire sur la liste des médecins, fournie par le DAT. Nous y avons sélectionné les 98 médecins traitants qui n'avaient réalisé que des PPS multirisque et non PPS conciliation médicamenteuse car cela fait l'objet d'un autre travail de thèse. Cet autre PPS est une intervention ciblée sur le risque iatrogène, réalisée au Centre Hospitalier de Denain. Elle vise à optimiser le traitement médicamenteux d'un patient hospitalisé et favorise la transition ville-hôpital.

Pour notre étude, il n'a donc pas été réalisé d'entretiens sur le secteur du Denaisis pour ne pas créer de confusion.

On note quatre refus de participations dans notre travail. Deux médecins disaient ne pas avoir participé à ce projet. Un autre stipulant qu'il recevait bientôt

l'animateur territorial et ne pouvait pas y consacrer plus de temps. Un dernier n'ayant pas réalisé de bilan PPS récemment ne souhaitait pas participer à l'étude.

La taille de l'échantillon n'était pas déterminée à l'avance. Ce fut l'obtention de la saturation des données (absence de nouveaux concepts lors du codage et confirmation par deux nouveaux entretiens), qui commanda l'arrêt des entretiens. Le nombre d'entretiens (douze) est dans la moyenne des thèses en recherche qualitative.

- **Entretiens**

Le choix des entretiens individuels s'est fait pour une approche plus personnalisée des pratiques. Le médecin interrogé pouvait témoigner plus librement sans aucune influence extérieure.

Les entretiens étaient semi-dirigés et abordaient différents thèmes. Les questions ouvertes permettaient de déborder sur d'autres sujets non prévus initialement. Le guide d'entretien était modifié en fonction de nouvelles thématiques. Cette adaptabilité fait la force de l'étude.

- **Analyse**

L'analyse était effectuée après confrontation du codage ouvert, réalisée indépendamment par deux chercheurs. Cela permettait de diminuer la subjectivité et les biais d'interprétation. Les données ont ensuite été confrontées à la littérature.

- **L'échelle COREQ**

C'est une liste de 32 items de validité en recherche qualitative. Cette échelle est référencée par equator-network.org. 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. (28)

2.2.Faiblesses de l'étude

Les entretiens se déroulaient sur le lieu de travail des médecins généralistes après

prise de rendez-vous. Cela pouvait constituer un biais externe par la pression de finir l'interview dans le temps imparti. Les retranscriptions d'entretien pouvaient être retournées aux participants pour commentaire et/ou correction, aucune demande n'a été formulée.

Un biais d'investigation pouvait être lié au fait que l'intervieweur était également l'investigateur. Son manque d'expérience en recherche qualitative pouvait influencer négativement la conduite des premiers entretiens.

Conclusion

L'expérimentation PAERPA est un projet innovant de soins intégrés, actuellement développée sur 9 territoires français dont celui du Valenciennois Quercitain.

Les motivations des médecins traitants pour ce projet sont décrites dans notre étude. Nos résultats montrent que les médecins généralistes sensibles à la gériatrie sont insatisfaits du système de soins actuel et que l'expérimentation PAERPA a été une opportunité d'améliorer la prise en charge des personnes âgées fragiles. Ils semblent l'utiliser comme un « méta-réseau » qui coordonne et centralise les dispositifs gériatriques déjà disponibles sur un territoire ainsi qu'un contact unique représenté par une animatrice territoriale qui semble être fondamental à la réalisation du projet. Le bilan réalisé au domicile du patient avec une proposition de prise en charge multidisciplinaire est le second apport du PAERPA.

Ces résultats montrent que le développement de soins intégrés et des « nouveaux métiers de la santé », tels que l'animatrice territoriale assurant la fonction de coordinateur de soins, peuvent trouver leur place dans le système de soins français et répondent à des attentes de médecins généralistes en France.

Références bibliographiques

1. Integrated care for older people / ICOPE OMS. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258981/1/9789241550109-eng.pdf?ua=1>
2. International survey of older adults finds shortcomings in access, coordination, and patient-centered care. Health Affairs Vol 33 Num 12 Pages 2247-2255. Déc 2014. <https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.2014.0947>
3. 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. 1 sept 2009;17(5):447-58. Epub 2009 Feb 24.
4. SIPA Évaluation du système intégré pour les personnes âgées fragiles. http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/OGC/beland_f.pdf
5. L'année Gérontologique. Soins intégrés pour la personne âgée- OMS. <https://www.youtube.com/watch?v=wb6GUTb6OM0&feature=youtu.be>
6. HCAAM- Rapport de l'assurance maladie sur la perte d'autonomie. http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_rapport_assurance_maladie_perte_autonomie.pdf
7. Atlas des territoires pilotes PAERPA -parcours santé des aînés. <http://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/001-atlas-des-territoires-pilotes-paerpa-parcours-sante-des-aines.pdf>
8. ANAP -Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA). <http://www.anap.fr/les-projets/accompagner-les-etablissements-dans-leur-ouverture-sur-les-territoires/detail/actualites/personnes-agees-en-risque-de-perte-dautonomie-paerpa/>
9. Cahier des charges : projet pilote PAERPA. http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cdc_paerpa.pdf
10. Évaluation qualitative PAERPA. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt135.pdf>
11. Coordination des services aux Personnes âgées en France et au Québec. <http://www.prima-qc.ca/documents/document/SantesocieteetsolidariteRaiche.pdf>
12. Exemple de PPS complété à partir de vignettes cliniques / version HAS. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/exemple_de_pps_complete_a_partir_de_vignettes_cliniques_web.pdf
13. Introduction à la recherche qualitative. http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction_RQ_Exercer.pdf
14. Guide Méthodologique Thèse Qualitative. <https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>
15. Réaliser un entretien semi-directif. https://eureval.files.wordpress.com/2014/12/ft_entretien.pdf
16. 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.
17. Théorisation ancrée. <http://www.theorisationanree.fr/guide.pdf>
18. CERIM. <http://cerim.univ-lille2.fr/accueil.html>
19. F. Sarrazin, Motifs de non-participation des médecins généralistes au projet PAERPA [Thèse pour le diplôme de docteur en médecine], Université de Lille 2, 2018.
20. A. Delesalle, Motivations des pharmaciens participant au projet PAERPA, [Thèse pour le diplôme de docteur en pharmacie], Université de Lille 2, 2018.
21. Mise en œuvre du PPS PAERPA : bilan à 6 mois. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/bilan_a_6_mois_plan_personnalise_sante_vf_web.pdf
22. Soins Intégrés : satisfactions des patients. Antonius J. Poot, Monique A. A. Caljouw, Claudia S. de Waard, Annet W. Wind, Jacobijn Gussekloo. Department of Public Health and Primary Care, Leiden University Medical Center, Leiden, the Netherlands. <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0164536>
23. Hébert R, Durand PJ, Dubuc N, Tourigny A. PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. Integrated Care. 18 mars 2003. <http://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.73/>
24. Somme D, Trouvé H, Passadori Y, Corvez A, Jeandel C, Bloch M-A, et al. Prise de position de la Société française de gériatrie et gérontologie sur le concept d'intégration : texte intégral Première partie. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 mars 2014;12(1):5-12. http://www.jle.com/download/gpn-300057-prise_de_position_de_la_societe_francaise_de_geriatrie_et_gerontologie_sur_le_concept_dintegration_texte_integral_premiere_partie--WpaX2n8AAQEAAAGp1RZUAAAAB-a.pdf
25. Netgen. Soins intégrés : comment accompagner un changement de culture ? Revue Médicale Suisse. <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-273/Soins-integres-comment-accompagner-un-changement-de-culture>

26. Représentations des médecins généralistes sur la fragilité personnes âgées.
http://www.jle.com/fr/revues/gpn/e-docs/representations_des_medecins_generalistes_au_sujet_de_la_fragilite_des_personnes_agees_une_etude_qualitative_305323/article.phtml
27. Réseaux de soins intégrés gériatriques. Revue Médicale Suisse.
<https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-172/Reseaux-de-soins-integres-geriatriques>
28. Échelle COREQ – Recherche Qualitative.
<http://udsmmed.u-strasbg.fr/dmg/wp-content/uploads/2015/06/crite%CC%80res-COREQ.pdf>
29. Fostering participation of general practitioners in integrated health services networks: incentives, barriers, and guidelines. De Stampa, Vedel, Bergman, Novella, Lapointe. BMC Health Services Research. Mars 2009. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-9-48>

Annexes

1. Grille PPS Multirisque – Territoire Valenciennois-Quercitain

Évaluation des risques de chutes – dépression – dénutrition

Date de l'évaluation : Évaluation réalisée par :

dans le cadre de la Coordination Clinique de Proximité

Patient	Médecin (MT)	Infirmier (IDE)	Pharmacien	Kiné

SYNTHESE GLOBALE des évaluations

Risque	Faible	Modéré	Élevé	IDE	Décision MT/CCP
Risque Chutes	oui <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risque Dépression	oui <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risque dénutrition	oui <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>		
Risque Médicaments	oui <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre risque suggéré					
Doute sur Troubles cognitifs	oui <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doute sur intoxication œnologique	oui <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situation sociale à risque	oui <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Actions spécifiques en cas de multirisque : 2 risques ou plus

→ Consultation gériatrique pluridisciplinaire

→ Expertise gériatrique à domicile par le réseau

en cas d'impossibilité de la personne de se déplacer Si nécessité d'examen paraclinique d'emblée, hôpital de jour gériatrique

- En cas de risque Médicaments, une évaluation est à réaliser par le pharmacien d'officine.
- Les actions d'ETP (Education Thérapeutique du Patient) sur les Chutes, la Dépression, l'iatrogénie peuvent constituer des actions du PPS en première intention, en cas de difficulté majeure lors de l'évaluation ou lors d'une réévaluation du PPS

Modalités Globales de suivi du PPS : Actions- référents des actions-temporalité du suivi-

EVALUATION DES RISQUES

Risque de Troubles cognitifs	Faible	Modéré/Élevé		Proposition d'action spécifique		
				IDE	MT	
Mini-COG	3 mots <input type="checkbox"/>	1 mot ou 2 mots <input type="checkbox"/>	Aucun mot <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CS Mémoire Plateforme territoire
Date du jour	Date complète <input type="checkbox"/>	Date partielle <input type="checkbox"/>	Date non connue <input type="checkbox"/>			

Risque CHUTES	Faible	Modéré	Élevé	Propositions d'actions spécifiques		Propositions d'actions générales		
				IDE	MT	IDE	MT	
Marche	sans aide <input type="checkbox"/>	avec canne, déambulateur <input type="checkbox"/>	se tient aux meubles et aux murs <input type="checkbox"/>					Vitamine D per os au rythme d'une ampoule de 100 000 UI par trois mois
Chutes dans les 12 derniers mois ?	pas de chute <input type="checkbox"/>	1 à 2 chutes <input type="checkbox"/>	> 2 chutes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diminuer la consommation des psychotropes		Favoriser l'activité physique au quotidien
Test d'appui monopodal :	> 5 sec <input type="checkbox"/>	< 5 sec <input type="checkbox"/>						Correction des troubles sensoriels (vue, audition)
Timed Get and Go test :	< 20 sec <input type="checkbox"/>	20-29 sec <input type="checkbox"/>	≥ 30 sec <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Réhabilitation pour chuteurs sans fracture : individuelle en situation de vie par le SSIAD		Aides techniques (cane, déambulateur)
Chaussage adapté ?	oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adapter le chaussage		Prise en charge des problèmes podologiques
Test d'hypotension orthostatique :	négatif <input type="checkbox"/>		Positif <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1) Toujours baisser le traitement anti-HTA 2) Port de bas de contention si hypo TA persiste. 3) Conseiller la prudence lors du lever		séances de kinésithérapie à domicile et/ou en cabinet
Incontinence urinaire ou Impériosité mictionnelle ?	non <input type="checkbox"/>	occasionnel <input type="checkbox"/>	fréquent <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Évaluation du risque médicamenteux (anticholinergique)		
Peur de tomber ?	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apprentissage du relevé du sol		Consultation Chutes hospitalière
Antécédent de fracture	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Évaluer l'indication à un traitement par biphosphonates selon le site de fracture		
Domicile	adapté <input type="checkbox"/>	peu adapté <input type="checkbox"/>	Dangereux <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ergothérapie par le SSIAD pour les diagnostics du logement : adaptation du logement		
Risque Chutes	Faible <input type="checkbox"/>	Modéré <input type="checkbox"/>	Elevé <input type="checkbox"/>					
Commentaires – Actions complémentaires - Modalités de suivi du PPS pour les risques TROUBLES COGNITIFS-CHUTE-MEDICAMENT								
Risque Médicaments			Faible	Modéré	Élevé	Proposition d'action générale		
Pb potentiel d'observance ?			non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>		IDE	MT	Évaluation du risque Médicamenteux
Pb potentiel de prise des traitements (galénique, horaire, ...)			non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Risque Médicaments			Faible <input type="checkbox"/>	Modéré <input type="checkbox"/>	Élevé <input type="checkbox"/>			

Territoire Valenciennes Quercitain

Risque DEPRESSION	Faible	Modéré	Élevé	Proposition d'actions générales	
				IDE	MT
Troubles du sommeil	non <input type="checkbox"/>	occasionnels <input type="checkbox"/>	fréquents <input type="checkbox"/>		
Patient déprimé ?	non <input type="checkbox"/>	parfois anxieux ou triste <input type="checkbox"/>	Déprimé <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perception de sa santé par rapport aux personnes de son âge	Meilleure santé <input type="checkbox"/>	Santé équivalente <input type="checkbox"/>	Moins bonne santé <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éléments du Mini GDS				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vous sentez-vous souvent découragé et triste ?	non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Êtes-vous heureux la plupart du temps ?	oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/>		
Idées suicidaires ?	jamais <input type="checkbox"/>		occasionnelle / permanente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vit seul (deuil, séparation récente, ...) ?	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>			
Déjà tentative de suicide ?	non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/>		
Planification d'un acte (procédure opérationnelle claire dans son esprit)	non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risque Dépression	Faible <input type="checkbox"/>	Modéré <input type="checkbox"/>	Élevé <input type="checkbox"/>		
Commentaires – Actions complémentaires - Modalités de suivi du PPS pour le risque DEPRESSION					
Situations sociales à risque	Faible	Modéré	Élevé	Proposition d'actions générales	
Activités instrumentales de la vie quotidienne (faire les courses, préparer ses repas, gérer son budget, utiliser le téléphone, s'occuper de ses médicaments, utiliser les moyens de transport,...)	Faible <input type="checkbox"/>	Modéré <input type="checkbox"/>	Élevé <input type="checkbox"/>		
Activités de base de la vie quotidienne (soins d'hygiène, toilette, habillage, ...)	Faible <input type="checkbox"/>	Modéré <input type="checkbox"/>	Élevé <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes financiers	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Isolement social	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Risque	Faible <input type="checkbox"/>	Modéré <input type="checkbox"/>	Élevé <input type="checkbox"/>		

Territoire Valenciennes Quercitain

Risque DENUTRITION	Faible	Modéré	Élevé	Proposition d'actions générales	
				IDE	MT
Poids =					
Taille =					
Calcul IMC =					
IMC		< 21 <input type="checkbox"/>	< 18 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
perte de poids - par observation indirecte (alliance, vêtements 'flottent')	non <input type="checkbox"/>	faible <input type="checkbox"/>	importante <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de poids - objectivée par la pesée		≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois	≥ 10 % en 1 mois Ou ≥ 15 % en 6 mois		
Albumine à interpréter avec la CRP	> 35 g/l <input type="checkbox"/>	>30 g/l et < 35 g/l <input type="checkbox"/>	< 30 g/l <input type="checkbox"/>		
Perte d'appétit ?	non <input type="checkbox"/>	récente depuis 15 jours <input type="checkbox"/>	nette persistante <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anorexie	non <input type="checkbox"/>	Modérée <input type="checkbox"/>	Franche <input type="checkbox"/>		
Prenez-vous 3 repas ?	oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>		
Problème dentaire	non <input type="checkbox"/>	oui avec suivi dentaire <input type="checkbox"/>	oui sans suivi dentaire <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la déglutition, Troubles de la mastication	non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régime				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- diabétique	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>			
- sans sel	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>			
- amaigrissant	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>			
Contexte du patient					
- Pb d'accès à la nourriture : (achat des aliments) : financier ou déplacement	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pb pour cuisiner les aliments achetés : frigo plein mais ne cuisine pas	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risque Dénutrition	Faible <input type="checkbox"/>	Modéré <input type="checkbox"/>	Élevé <input type="checkbox"/>		
Commentaires – Actions complémentaires - Modalités de suivi du PPS pour le risque DENUTRITION					
Consommation d'alcool : questionnaire DETA				Proposition d'actions	
Avez-vous déjà senti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?				non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?				non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Avez-vous l'impression que vous buvez trop ?				non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?				non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Entretien clinique pour identifier un usage nocif de l'alcool ou une alcoolodépendance

Territoire Valenciennes Quercitain

Entretien pharmaceutique - Alertes/Alarmes pharmacologiques - Bilan de la médication	Problèmes	Proposition d'actions		
		Ph	MT	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Renseigner le Dossier Pharmaceutique
Préparation et prise des médicaments lors de l'entretien pharmaceutique				
Qui prépare les médicaments ? - Vous-même ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Si non, qui ? (en clair)	<input type="checkbox"/> Oubli dans la prise des médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vérifier l'absence de troubles cognitifs par le médecin traitant
Avez-vous un pilulier ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Avez-vous des difficultés pour préparer les médicaments ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Si oui, lesquelles ? Ex : problèmes de vue, problèmes pour fractionner les doses, ...		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si possible, changer les traitements par des médicaments à prise quotidienne unique, aux horaires adaptés aux patients
La préparation des médicaments est-elle faite en 'faisant confiance à votre mémoire' ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ou en relisant votre ordonnance ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Autre : (en clair)	<input type="checkbox"/> Problèmes de formes galéniques rendant la prise de certains médicaments difficile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si nécessaire, mettre en place un pilulier
Un broyage (ou écrasement) des médicaments est-il effectué ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quels médicaments sont concernés ? Avez-vous des difficultés à avaler les comprimés ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si nécessaire, prise sécurisée des médicaments par un tiers
Observance lors de l'entretien pharmaceutique				
<u>Adhésion au traitement (questionnaire d'après Moriski-Green)</u> Aujourd'hui, avez-vous oublié de prendre votre traitement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours, votre mémoire vous fait défaut ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Pensez-vous que vous avez trop de médicaments à prendre ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <u>selon l'Interprétation suivante :</u>	<input type="checkbox"/> Comportement à risque vis-à-vis du médicament : - mauvaise adhésion, - automédication à risque, - adaptation par le patient sans avis médical des posologies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Information thérapeutique (ex : sur les modalités d'adaptation des traitements en toute sécurité, sur les situations à risque, ...) Réévaluation dans les 3 mois, en vue d'une ETP Itrogénie, si nécessaire

Territoire Valenciennes Quercitain

<p>Si votre patient répond</p> <p>- NON à toutes les questions, il est considéré comme bon observant</p> <p>- OUI à 1 ou 2 questions, il est considéré comme non observant mineur</p> <p>- OUI 3 fois ou plus, il est considéré comme non observant</p>	<p>Le patient est considéré comme</p> <p><input type="checkbox"/> bon observant</p> <p><input type="checkbox"/> non observant mineur</p> <p><input type="checkbox"/> non observant</p>			
Connaissance par le patient de son traitement lors de l'entretien pharmaceutique				
<p>Savez-vous quelle affection, quel symptôme traite chacun de vos médicaments ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (les lister un à un) Commentaires éventuels (en clair) :</p> <p>Connaissez-vous le mode de prise de vos médicaments ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (posologie, horaire de prise)</p> <p><u>Pour un patient sous AVK ou hypoglycémiant ou diurétiques</u> Savez-vous reconnaître les signes cliniques de survenue d'un risque iatrogène ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p><input type="checkbox"/> Méconnaissance du patient de - l'indication du médicament prescrit, - l'horaire et modalités de prise</p> <p><input type="checkbox"/> Méconnaissance des situations à risque, des signes d'alerte de iatrogénie (AVK, diurétiques, hypoglycémiant)</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Information thérapeutique</p> <p><input type="checkbox"/> Information thérapeutique - sur la reconnaissance par le patient des signes d'alerte : saignements, déshydratation, hypoglycémie - sur la conduite à tenir dans ces situations</p>
Bilan de médication et Discordance entre les médicaments prescrits et ceux réellement pris et entre les modes de prise prescrits et ceux suivis par la personne lors de l'entretien pharmaceutique et après pré remplissage du tableau de bilan de médication				
<p>⇒ Le pharmacien d'officine complète au cours de l'entretien pharmaceutique avec la personne, le tableau du BILAN de MEDICATION préalablement renseigné des médicaments prescrits, avec les médicaments réellement pris, en vue d'identifier une DISCORDANCE entre la thérapeutique prescrite par le médecin traitant et la thérapeutique prise par la personne</p> <p>⇒ Le détail des écarts figure dans le tableau du BILAN de MEDICATION ci-après</p>				
<p>Écarts entre les médicaments prescrits par le médecin et médicaments pris par la personne <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p><input type="checkbox"/> Discordance entre médicaments prescrits par le médecin et médicaments pris par la personne</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Délivrer le même générique d'une même spécialité princeps = garder la même présentation dans le temps des médicaments</p> <p>Clarifier les thérapeutiques par le médecin traitant en accord avec les objectifs pour le patient</p> <p>Établir le plan de prise des médicaments</p> <p>Information thérapeutique à partir du plan de prise</p> <p>⇒ Le détail des discordances est repris dans le tableau du bilan de médication ci-après</p>

Recherche sur une même ordonnance ou sur des ordonnances dissociées, les situations d'alertes/alarmes pharmacologiques, dans le cadre d'une Optimisation du traitement			
Ordonnances concernées en date du :			
Analyse = Alertes pharmacologiques	Possibilité d'Effet Indésirable Grave associé ?	Actions PPS (décisions communes)	Justification
<input type="checkbox"/> 3 psychotropes ou plus <input type="checkbox"/> BZD de longue durée d'action <input type="checkbox"/> 2 neuroleptiques <input type="checkbox"/> Hypnotique + BZD <input type="checkbox"/> Principe actif à effet anticholinergique anti-muscarinique fort (Hydroxizine +++))	<input type="checkbox"/> Êtes-vous tombé dans l'année ? <input type="checkbox"/> Avez-vous su vous relever seul ? <input type="checkbox"/> Avez-vous tendance à vous endormir plusieurs fois durant la journée ? <input type="checkbox"/> Avez-vous l'impression que vos idées s'embrouillent la journée ? <i>Questions ci-dessus +</i> <input type="checkbox"/> Seriez-vous prêt à arrêter votre traitement pour dormir ? (après explication de l'importance de l'arrêt) <i>Questions chutes et somnolence +</i> <input type="checkbox"/> Avez-vous tendance à être constipé ? (ou prise chronique de laxatifs) <input type="checkbox"/> Avez-vous des difficultés pour uriner ? Devez-vous pousser ? Y a-t-il parfois des « accidents », des fuites ? <input type="checkbox"/> Avez-vous un problème de prostate ? (ou traitement correspondant) <input type="checkbox"/> Avez-vous l'impression d'avoir régulièrement la bouche sèche ?	Priorité (dans l'ordre) <input type="checkbox"/> 1) Arrêt anticholinergique <input type="checkbox"/> 2) Arrêt BZD si 2 BZD <input type="checkbox"/> 3) Arrêt BZD de LDA <input type="checkbox"/> 4) Réévaluer indication NL Arrêt avec soutien psychogé si nécessaire <input type="checkbox"/> 5) Arrêt hypnotique sous impulsion commune MT et pharmacien (+/- IDEL)	Relation psychotropes-chutes Relation psychotropes-confusion L'association de 2 NL n'est pas recommandée, sauf sous contrôle d'un psychiatre. Recommandations HAS et internationales sur l'arrêt des hypnotiques Médicaments non recommandés chez les PA > 75 ans ; Liste des effets indésirables.
<input type="checkbox"/> ≥ 4 antihypertenseurs <input type="checkbox"/> ≥ 2 antidiabétiques oraux dont - 1 glinide ou - 1 sulfamide hypoglycémiant	<input type="checkbox"/> Avez-vous l'impression que la tête tourne/des vertiges quand vous vous levez ? <input type="checkbox"/> Êtes-vous déjà tombé en vous levant ? <input type="checkbox"/> Avez-vous parfois des sensations de faiblesse intense entre les repas ? Calmées par le grignotage ? <input type="checkbox"/> Dernière HbA1c ? <input type="checkbox"/> Est-ce que vous ou quelqu'un surveille les « dextro » à la maison de temps-en-temps ?	<input type="checkbox"/> Arrêt d'un anti-HTA <input type="checkbox"/> Arrêt des anti-HTA centraux en 1 ^{ère} intention <input type="checkbox"/> Recherche d'hypOTA orthostatique ? <input type="checkbox"/> Dosage HBA1c et adaptation selon HAS <input type="checkbox"/> Arrêt du Glimide ou Sulfamide HG ; relai ADO non-hypoglycémiant ?	Recommandations : <ul style="list-style-type: none"> • Pas plus de 3 anti HTA • Pas d'Hyperium • Inh Ca, IEC/ARA2, Diurétiques, BB en 1^{ère} intention Nouvelles recommandations de la HAS
<input type="checkbox"/> Absence de vitamine D sur les 3 derniers mois	<input type="checkbox"/> Est-ce que vous vous êtes déjà « cassé » un os – la hanche, les côtes, une vertèbre – depuis que vous avez 75 ans ?		Recommandations nationales et internationales de la prévention du risque de fracture ostéoporotique

Territoire Valenciennes Quercitain

Check-list d'aide à l'identification des priorités des professionnels (oui / non / ?)

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

Territoire Valenciennes Quercitain

2. Carte du territoire PAERPA - Valenciennes-Quercitain



3. Guide d'entretien final

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

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

Comment définiriez-vous sa place dans votre activité ?

Comment avez-vous connu ce projet ?

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

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

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

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

Lors de la prise en charge des patients, il était nécessaire qu'il y ait au moins un IDE ou un pharmacien d'officine qui participe au projet avec le médecin traitant. Qu'avez-vous pensé de leur participation pour la prise en charge de vos patients ?

Pour la prise en charge des patients, une aide externe pouvait vous être apportée par une animatrice territoriale. Qu'avez-vous pensé de ce rôle ?

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

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

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

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

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

4. Consentement écrit

Je soussigné(e) Mme, Mlle, M..... accepte librement et volontairement la participation à la recherche intitulée « **Les médecins traitants participant au projet PAERPA** », y compris à l'enregistrement audio, qui m'a été proposée par :

- Claire RAMEZ, interne de médecine, qui m'a informée et a répondu à toutes mes questions, m'a précisé que j'étais libre d'accepter ou de refuser la participation à cette recherche.
- L'enregistrement audio sera effacé après avoir été retranscrit de manière anonymisée.
- Je suis parfaitement conscient(e) que je peux retirer à tout moment mon consentement à la participation à cette recherche et cela quelles que soient mes raisons et sans supporter aucune responsabilité mais je m'engage dans ce cas à en informer l'investigateur.
- Si je le souhaite, à son terme, je serai informé par l'investigateur des résultats globaux de cette recherche.

Le _____ :

Nom, Signature du médecin interviewé :

5. Entretiens (Verbatim)

Entretien n°1

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

M1 : Bah importante, importante hein... On dit toujours vieux médecin vieille clientèle c'est un peu ça (rires) J'ai quand même pas mal de personnes âgées oui. Bon, En pourcentage je ne saurais pas vous dire ça doit bien occuper euh 20 à 30% de la patientèle. Je pense. Il me semble...au jugé.

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

M1 : On est venu me le présenter.

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

M1 : Oh, à l'initiative du projet, enfin quand le projet a démarré. Et on n'a pas adhéré tout de suite mon collègue et moi. On n'a pas adhéré parce qu'on avait la crainte des formalités administratives en fait. On ne voulait pas ajouter des formalités administratives à notre exercice qui est déjà un peu lourd à ce niveau-là.

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

M1 : Et bien en fait, euh... On l'a représenté une deuxième fois, en nous amenant justement une facilitation pour la prise en charge justement de tout ce qui était paperasserie administrative donc il y a certaines choses qui sont remplies à notre place, tout ce qui est administratif on va dire et donc ça nous a libéré de, de nos craintes. Donc voilà. Maintenant c'est, on estime que c'est, c'est à dire qu'on signale les personnes et après on fait le point avec les délégués, et puis euh... on a voilà, on a une simplicité on va dire d'action, au niveau paperasserie, c'est surtout ça qui, qui nous gêne, de nous rajouter de la paperasse.

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

M1 : J'ai pas d'avis sur le pharmacien. J'ai pas d'avis peut-être parce que je n'ai pas de retour. Euh, mais par contre au niveau infirmier ça il n'y a pas de problème. Les infirmiers viennent assez facilement nous parler des patients, et puis nous signaler les patients, fin ça, on est assez proches. Fin voilà.

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

M1 : Oui, jusqu'à présent c'est les infirmiers qui nous ont proposé de rentrer dans ce processus en fait.

CR : D'accord.

M1 : Au départ c'est comme ça qu'on a comment dirai-je, re-sympathisé avec le processus PAERPA. (rires) Voilà on en a rediscuté avec les infirmiers.

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

M1 : Bien, fin voilà elles font bien leur travail je trouve.

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

M1 : Bah en fait, elles sont venues nous relancer pour nous dire qu'il y avait en fait une possibilité de leur part d'aplanir un peu nos difficultés en ce qui concerne les dossiers. C'est à dire qu'on ne voulait pas entrer dans des dossiers à remplir trop compliqués parce que on a déjà eu des expériences par ailleurs si vous voulez de dossiers sur certains réseaux de santé qui était un peu compliqué et qui étaient un peu rébarbatif donc on voulait pas refaire un petit peu ce système. Et donc c'est, c'est par les aides territoriales, qui nous a apporté cette facilitation, c'est à dire de nous entre guillemets nous mâcher un peu le travail quoi. Pour qu'on est que la décision médicale en fait à exprimer.

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

M1 : J'ai pas réfléchi à ça, je trouve que c'est déjà pas mal, je trouve que c'est déjà bien de nous aider

à une prise en charge coordonnée, parce que en fait c'est ça le principe. Donc je trouve que ça c'est déjà une bonne chose, euh j'ai pas...non je vois pas trop.

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

M1 : Non...non. On communiquait déjà assez bien avec avant, donc non j'ai pas....Non c'est plus fin moi j'ai plus ressenti l'intérêt c'est la mise en œuvre si vous voulez du processus de coordination, ça c'est intéressant parce que effectivement on n'a pas forcément le temps de venir apporter une aide d'éducation au patient à domicile, euh de faire comment dirai je, le bilan complet des soucis du quotidien de la prévention au niveau du domicile etc. pour tout ce qui est ergothérapie par exemple on n'a pas tellement le temps de le faire et donc à ce niveau-là j'ai trouvé que c'était bien, c'était bien de pouvoir se pencher vraiment sur les besoins sur les aides existantes etc. donc voilà.

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

M1 : Oui, oui, absolument, oui absolument...parce que maintenant, notamment en ce qui concerne la prévention des chutes, un petit peu plus attentif à certaines thérapeutiques, aussi remettre en question les thérapeutiques chez les personnes âgées, et remettre en question aussi leur environnement voilà, chose que je ne regardai pas avant forcément, et en fait les bilans qu'on nous propose du fait de ce projet moi m'ont incité à regarder un petit peu mieux en détail l'environnement des patients, ça oui.

Entretien n°2 :

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

M2 : importante.

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

M2 : Ici en campagne comme ça on est facilement à 40%.

CR : D'accord.

M2 : Mais j'appelle gériatrie comme la personne qui vient d'appeler et qui ne sait plus si elle doit faire une prise de sang à sa sœur ou pas, âgée, qui a 95 ans etc...

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

M2 : Elle est venue se présenter la dame.

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

M2 : Bah oui parce qu'on a besoin d'aide. Nous on est tout seul dans notre campagne. On a besoin d'être entouré un petit peu, d'avoir des contacts, d'avoir un petit peu tout ça. Sinon c'est tout ça devient trop dur.

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

M2 : Des freins c'est sûr, par exemple, par obligation j'ai dû commander moi-même le lit de malade parce que sinon elle dormait sur une espèce de matelas métallique je sais pas quoi là un truc de camping.

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

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

M2 : ...oui

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

M2 : pour l'environnement. Mais là on est bien aidé maintenant ça va.

CR : D'accord,

M2 : Que ce soit les toilettes, que ce soit des tas de trucs, euh, mettre un rehausseur aux toilettes, par exemple. Si la dame passe pas pour le voir, c'est pas à nous d'aller voir aux toilettes si faut mettre un rehausseur ou pas, ou une barre d'appui, ou la douche, ou des choses comme ça.

CR : D'accord.

M2 : le côté technique, et puis il y a le côté associé au malade tout ça, ça c'est plus nos infirmières qui s'en occupent.

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

M2 : Bah un soulagement pour moi, surtout, oui. Et puis savoir que ces gens-là n'allaient pas être seul. Parce qu'ils ne sont pas aidés. Les enfants, pff, y en a des familles où ça va, mais enfin des familles, les enfants ils ne viendront que quand ils seront morts pour hériter. Vous voyez...Vous venez d'où ?

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

M2 : Ah d'accord, c'est bien.

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

M2 : moralement, physiquement....

(CR : pour un gain de temps ?)

M2 : oui tout à fait, comme ça on sait qu'ils ne sont quand même pas abandonnés.

CR : D'accord. Très bien.

M2 : Voilà

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

M2 : oui

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

M2 : Elle est, elle est très bonne, ah oui oui oui, suffit de demander et ça se fait tout seul,

CR : Aussi bien les infirmiers que les pharmaciens ?

M2 : oui oui, mais là j'ai une très bonne équipe d'infirmiers infirmières, ah oui. Ça j'ai de la chance là. Ils sont très compétents, ils prennent des décisions eux-mêmes, ils sont très, ah oui oui.

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

M2 : Aussi, tout à fait.

CR : Un travail d'équipe.

M2 : ah oui oui, vraiment, ça se fait bien.

CR : Il fallait aussi...

M2 : on ne peut plus rester seul comme ça, ici c'est tout on est plus aidé par les structures hospitalières ni tout ça. On est dans le bled. Moi c'est l'impression que j'ai. Je travaille depuis 74, euh on voit la différence quand même. Dans le temps en termes de spécialistes, on avait ce qu'on appelle les consultants, quand on avait un malade difficile, on pouvait appeler un autre médecin venir au cabinet euh voir le malade ou chez lui.

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

M2 : oui tout à fait, se sentir moins seul quand même hein.

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

M2 : oui bon...pas...moyen. Pas terrible.

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

M2 : Oui, non, il n'y a pas la réponse adaptée. C'est un peu déphasé quand même.

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

M2 : Pas....Oui quand même mais bon...euh. Mais c'est surtout l'APA tout ça, là. C'est ce truc là qu'ils font. Pas vraiment. J'vois pas là euh je sais pas j'ai pas trop l'impression que ça m'aide.

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

M2 : Oui ils nous les laissent, oui on les remplit oui oui, oui ça on les rempli il n'y a pas de problèmes. Je voyais encore comme ce matin. Ce matin Mr il a fait une sclérose en plaque, et il est alité, on va le mettre au fauteuil, un fauteuil électrique, ce matin il y avait trois personnes qui étaient là pour euh, une pour gérer les dossiers, deux aides pour la toilette.

CR : Ça pas forcément dans le cadre du PAERPA ?

M2 : Non déjà dans le cadre de l'A.V.A.D. Mais il y a quand même une gestion, il y a une autre dame qui passe aussi pour l'ergonomie.

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

M2 : Bah non, non. C'est un peu encore en plus quoi. On est un peu perdu quelque fois on ne sait plus trop oui. C'est vrai.

CR : Il y a beaucoup de strates différentes ?

M2 : Voilà, tout à fait, un peu de trop. C'est comme l'AVAD tout ça il y a plusieurs systèmes. On ne sait plus trop. Avec le Quesnoy est tout.

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

M2 : Bah on vient de le dire, il faudrait une meilleure synthèse. On sait plus trop où est ce qu'on en est.

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

M2 : oui oui, c'est arrivé.

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

M2 : ah oui oui toujours, bah là on a une Mme Cheval qui gère tout ça, comme il faut, qui fait pas PAERPA mais qui pareil qui synthétise un peu, heureusement, ça été mis en place il n'y a pas longtemps ça.

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

M2 : je ne saurai même pas trop vous dire, moi je l'appelle comme ça Mme Cheval, je la connais, alors euh.

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

M2 : C'est ça oui.

CR : Très bien.

M2 : Nous on a Le Quesnoy qui s'occupe pas mal des Alzheimer et démences.

CR : Oui.

M2 : Donc ils prennent à domicile, ou ils viennent, mais c'est pas nous qui gérons ça. Par exemple pour soulager le Mr, là avec sa femme qui est complétement "azeuzeu" (*Mime une personne démente*) Ils viennent une demi-journée comme ça le Mr il peut aller promener, ou alors ils peuvent la prendre une journée à l'hôpital, Je voulais la mettre ce matin, mais il ne voulait pas elle fait de la température, elle est pas bien grand-mère.

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

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

M2 : Bah moi j'ai toujours communiqué beaucoup, alors ça n'a rien changé pour moi.

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

M2 : ...Non pas vraiment.

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

M2 : Ah oui ça, ça oui oui. Par rapport à la chute, par rapport à la prise des médicaments, par rapport à des choses comme ça, les toilettes oui si quand même oui si si.

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

M2 : ah tout à fait. Tout à fait. Là on a des bonnes équipes. Je ne sais pas vous allez les voir les pharmaciens ?

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

M2 : Oui. J'ai D. à Famars, ça roule tout seul hein. Ça roule tout seul qu'on finit par ne plus savoir c'est vrai, c'est un truc à réfléchir.

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

M2 : Bah là je dis faudrait que tu passes chez machin, il faudra voir pour le lit tout ça et je te ferai tes certificats.

CR : D'accord.

M2 : ça se fait vraiment tout seul hein.

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

M2 : Pareil, pareil ça communique beaucoup, on se...on se communique beaucoup et puis maintenant avec eux. (Il parlait de l'informatique) Quand on est au domicile, bon on fait attention quand même.

CR : D'accord.

M2 : enfin on essaie de prescrire de moins en moins, avec les chutes.

CR : Bon bah très bien parfait.

M2 : Voilà.

Entretien n°3 :

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

M3 : mmh, (dans le sens d'accord, j'ai compris)

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

M3 : euh bah...comment ?

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

M3 : bah ça non, ça a une part importante dans l'activité, euh, après donner un pourcentage je ne saurais pas vous le donner, mais, j'ai quand même un nombre non négligeable de personnes âgées d'ailleurs ça représente en règle générale les visites à domicile que je fais dans la majorité des cas.

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

M3 : donc il y a une personne, euh Estelle, euh... (elle cherche dans son agenda) mmh, Estelle de PAERPA, je ne sais pas son nom (il est noté sur la première page de son agenda !) qui est venu me présenter le projet, qui est une animatrice territoriale, c'est ça je pense ?

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

M3 : Le temps passant vite, je dirai une petite année. Peut-être.

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

M3 : alors elle est venue une seule fois me présenter le projet. Par contre elle est revenue plusieurs fois parce que je lui ai adressé des patients pour des ouvertures de dossiers PAERPA.

CR : d'accord. Et qu'est-ce qui vous a donné envie de participer au projet ? Quelles étaient vos

motivations initiales quand on vous l'a présenté ?

M3 : Bah, alors concernant les personnes âgées, c'est toujours important euh fin moi je trouve c'est toujours important de travailler en réseau avec les infirmières, avec les aides-soignantes, avec tout ça, et euh bah on se sent déjà aidé on n'est pas tout seul à gérer tous les problèmes de la personne, par ce que c'est un peu ça le problème, fin en médecine générale quelque fois on se retrouve bientôt assistant social, euh médecin, et tout en même temps. Ça permet de faire intervenir les différents... et c'est coordonné par ce réseau. Ce qui est quand même euh... (dans le sens important). Et je travaille pas mal avec les réseaux que ce soit PAERPA, Repèr'âge, le CLIC etc... Donc voilà j'aime bien travailler de cette façon-là.

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

M3 : non pas du tout.

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

M3 : Par manque de temps oui pis le fait d'être tout seul, de pas toujours penser à tout, parce qu'on ne pense pas toujours à tout alors que quelque fois il y a des idées qui sont données, ou des orientations thérapeutiques des choses comme ça, qui sont intéressantes.

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

M3 : ...je ne me rappelais plus du pharmacien, mais c'est souvent plutôt l'infirmière effectivement qui par exemple quand elle va tous les jours donner les médicaments, ou qu'elle va faire des pansements, c'est vrai que souvent c'est elle qui peut alerter aussi, qui est là tous les jours chez la personne, alors que moi c'est une fois par mois

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

M3 : Oui, intéressée par ça, oui bien sûr.

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

M3 : ...alors au départ j'avoue que oui, parce que je n'y pensais pas systématiquement, que c'était encore même un peu flou j'allais dire dans ma tête la façon dont ça pouvait fonctionner, euh maintenant c'est même peut être plus moi qui suis à l'initiative,

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

M3 : eh bah...ça m'a l'air efficace, (rires) c'est ouais c'est quelqu'un...fin pour cette personne que je connais, euh c'est quelqu'un d'assez tonique ouais.

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

M3 : oui.

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

M3 : J'ai le numéro de l'animatrice, je passe directement par elle, maintenant c'est vrai quelque fois quand j'ai un petit souci d'orientation je ne sais pas trop vers quel réseau me diriger, j'appelle la plateforme gériatrique, qui m'oriente à ce moment-là. Ça m'arrive aussi de faire comme ça.

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

M3 : je ne pense pas non, par rapport à ça je fin non. En générale les infirmières qui appellent pour euh PAERPA, sont souvent des infirmières déjà très impliquées au départ, donc ça ne change rien à la façon de travailler.

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

M3 : Non parce que en fait je ne me rappelle pas trop finalement d'avoir de retour par rapport à ça avec les infirmières c'est plus euh le projet qui se met en plus après euh c'est un projet coordonné je suis d'accord mais j'ai pas forcément le retour de l'infirmière ni elle de moi, fin c'est pas, sauf pour certaines infirmières avec qui j'ai l'habitude de travailler mais j'allais dire on avait presque déjà notre petit réseau PAERPA à nous, puisqu'on faisait déjà comme ça avant que ça se mette en place,

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

M3 : ...pour l'instant non parce que c'est encore trop récent, euh j'ai pas encore assez suffisamment de recul, ni envoyé suffisamment de patients pour me rendre compte, mais oui ça peut améliorer les choses on ne se sent pas tout seul, (rires)

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

M3 : Oui c'est plutôt la deuxième chose que vous dites, effectivement, comme on en reparle on refait attention à certaines choses, on reparle de choses effectivement que le généraliste peut peut-être un peu zapper, parce qu'il a d'autres choses en tête, forcément...

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

M3 : Faire mieux les choses, faire mieux les choses, voilà les faire de façon plus consciencieuse, et avec moins de risque pour la personne parce que c'est vrai que bon j'allais dire c'est presque facile de passer chez la personne, faire une ordonnance et la laisser se débrouiller comme ça, là il faut un petit peu plus s'impliquer mais en même temps on est aidé donc c'est plus facile, oui.

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

M3 : C'est donc que je ne dois pas avoir beaucoup de pharmaciens qui...fin je ne pense pas.

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

M3 : Ça arrive qu'un pharmacien oui s'interroge sur des posologies, ou des choses comme ça euh mais c'est vrai maintenant que vous me le dites, je vais peut-être pouvoir revoir ça avec eux aussi oui pourquoi pas.

CR : d'accord, bon parfait.

Entretien n°4 :

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

M4 : vous parlez en quoi ? en pourcentage ?

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

M4 : la gériatrie, oui c'est, ça représente une grosse partie de notre activité qui est croissante, en plus, qui demande... un acte en gériatrie sera plus long qu'un acte en pédiatrie, et comme vous le soulignez c'est beaucoup de déplacements.

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

M4 : comment j'ai connu le projet PAERPA...parce qu'il m'a été présenté par des...délégués, alors euh, je ne sais plus comment vous les appelez ?

CR : des animatrices territoriales.

M4 : voilà.

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

M4 : au tout début.

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

M4 : une fois en présentation, et après c'est toujours la même personne que j'ai vu, je l'ai revu lors de l'élaboration de quelques dossiers.

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

M4 : Bah...on m'a présenté le projet, bon sur le fond j'ai trouvé que c'était intéressant, et j'avais justement des cas bien précis, donc je les ai fait rentrer.

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

M4 : bah oui, concernant ces personnes oui, c'était en général des gens chez qui j'avais quelques difficultés euh... de prise en charge globale.

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

M4 : alors manque de temps évidemment, manque de moyens, manque d'entourage familial, des personnes...les 3 ou 4 projets auxquels je pense c'était des gens quand même assez isolés. Ou là j'avais un besoin d'aide pour continuer à les suivre à leur domicile.

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

M4 : Alors, il faut bien expliquer aux gens, sinon en effet tout de suite en effet ils se disent "mon dieu la sécurité sociale est venue à la maison, ils ont regardé ce que j'avais dans mon armoire comme médicaments". Donc si vous expliquez bien, ça passe. Sinon euh, c'est mal perçu. Carrément, et là c'est notre rôle de médecin d'expliquer.

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

M4 : J'ai pas eu de refus.

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

M4 : bah elle était très bien, parce que moi sincèrement j'ai pas eu énormément de temps à consacrer, donc à la limite j'ai signé à la fin j'ai regardé les conclusions, donc le pharmacien dans le cas auquel je pense a fait une grosse partie du travail.

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

M4 : j'ai un cas où c'est le pharmacien qui m'a appelé qui m'a dit "qu'est-ce que tu penses si on le rentrait dans le projet ?". Moi j'ai dit ok.

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

M4 : euh...bah j'ai eu une personne qui avait chute à répétitions à domicile, hospitalisations itératives, et puis après un peu de iatrogénie.

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

M4 : ah bah moi elle m'a mâché le travail, en l'occurrence, heureusement parce que sinon c'est quand même assez énergivore le dossier, ça prend du temps quand même. Donc elle-même a participé.

CR : C'était quasiment systématiquement ?

M4 : après je ne sais pas bien son rôle, en fait, bon mise à part qu'au départ elle m'a présenté le projet PAERPA, après elle m'appelait, elle me disait "est-ce que vos patients ça va ?" "est-ce que vous voulez que je vous aide ? etc..." moi je disais toujours oui évidemment. J'ai du mal à définir son rôle.

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

M4 : non.

CR : donc en fait elle faisait systématiquement le lien.

M4 : C'est elle qui faisait le lien. En fait c'était le lien.

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

M4 : non, parce que c'est quand même assez complet. Les grandes directions, la iatrogénie, euh je ne me souviens plus des items.

CR : la chute la dénutrition et la dépression.

M4 : et la iatrogénie.

CR : oui c'est ça.

M4 : 4 grands items. Non c'était assez complet.

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

M4 : alors j'ai des cas vraiment précis en tête sur lesquels il y a eu une amélioration et les gens ont eu tendance à mieux se prendre en charge aussi. Ça les a motivés.

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

M4 : alors le problème c'est qu'il y a énormément de choses, mais comme tout n'est pas centralisé, on a du mal vraiment...

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

M4 : C'est ça la chose essentielle dans tout ça c'est qu'il existe beaucoup beaucoup de choses, mais ça n'est pas centralisée, donc on est un peu perdu, dans les aides proposées pour les personnes âgées.

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

M4 : on avait déjà des bonnes communications, entre nous, on se connaît bien on travaille beaucoup ensembles. Mais ça n'a fait que renforcer les liens évidemment.

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

M4 : bah par la force des choses oui. Il y a des petites choses sur lesquelles je m'arrêtais pas. Maintenant je vais avoir tendance à regarder les tapis qui trainent par terre, voyez pour la chute, par exemple. La iatrogénie ça je m'en méfiais déjà pas mal, et bah j'ai tendance en renouvelant une ordonnance d'aller voir dans le tiroir ce qu'il reste, à demander qui prépare les médicaments, à solliciter l'aide d'un tiers pour la préparation du pilulier, fin donc ça ça n'a fait que renforcer évidemment.

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

M4 : d'autres patients pourraient correspondre au projet bien entendu, le problème c'est le temps, et puis c'est vrai que l'animatrice territoriale je ne la vois plus...

CR : donc parfois en relançant peut être ?

M4 : ouais bah c'est sûr que si elle me relance ça va avoir tendance à raviver tout ça. Mais c'est toujours le problème, c'est le temps. C'est quand même un projet qui prend du temps.

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

M4 : oui ça a pu arriver oui oui.

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

M4 : non non

Off : connu le projet aussi par quelqu'un a l'initiative du projet auprès de l'ARS.

Entretien n°5 :

CR : La gériatrie, est ce qu'elle a une place importante dans votre activité ?
M5 : 30%

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

M5 : Plus de temps que d'autres patients oui, ça prend plus de temps naturellement, ils prennent plus de temps de manière globale dans la relation au cabinet. On est tous digitalisé maintenant, donc ils prennent plus de temps car il faut leur laisser une ligne téléphonique s'ils appellent, s'ils n'appellent pas ils viennent. Donc il y a toute une lourdeur de prise en charge de la personne plus âgée par rapport aux plus jeunes avec des pathologies lourdes parce que ça va très vite avec les jeunes. Ils manquent une ordonnance on fait un mail, on se fait des sms, ils passent par la page Facebook ils ont à la fois des informations en direct. Eux il faut garder l'affichage, il faut leur expliquer, il faut leur donner des petits papiers. Je vous montrerai ensuite ce que j'ai publié ce que j'ai construit moi pour les informer sur le réseau PAERPA. C'est une prise en charge plus lourde, voilà maintenant on est tous très rapide très connecté et ça c'est pour moi une lourdeur de prise en charge, en plus de la pathologie elle-même où il faut effectivement un peu plus de temps.

CR : Comment vous avez connu le projet PAERPA ?

M5 : Par Delphine D., que je connais très bien. Avec qui je travaille avec qui on a déjà travaillé ensemble sur le PAERPA. Moi je suis responsable de la formation médicale continue de tout le bassin de vie. Donc euh, elle souhaitait présenter son projet donc on a eu l'occasion d'en discuter puis en tant que médecin généraliste démarché par Estelle Baroux pour mettre en place les choses. Donc j'ai un regard assez critique là-dessus parce que j'étais très volontaire dans la mise en place du réseau et euh qui pour moi est en échec au niveau locale. Donc voilà j'ai plein de choses à vous dire si vous voulez.

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

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

M5 : Non. Réseau PAERPA en fait tous les médecins de l'amandinois puisque je peux parler en leur nom (vu que je suis président de leur association et on en a déjà largement parlé), n'ont pas à priori besoin du PAERPA. Nous sommes le seul bassin de vie qui sollicitons le moins le réseau PAERPA, par rapport à Denain, tous les petits bassins de vie... On nous a démarché pour ça, on a ouvert la formation médicale continue à Mme D. pour qu'elle puisse parler de tout ça justement pour dynamiser.

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

CR : D'accord.

M5 : D'accord (?) Donc on y est vraiment allé. Ça fera un an en septembre. Donc on a un petit peu de recul. Et euh, moi j'avais dit à tous les médecins, tous les médecins de l'amandinois m'ont dit "ah tu nous embêtes avec ton truc, euh c'est l'ARS qui nous a donné 5 ans de budget, après les gens vont être abandonné comme d'hab, on aura pas de retour, c'est toujours bien pour briller au niveau de l'ARS et que le projet fonctionne. Et finalement nous sur le terrain ça nous embête plus qu'autre chose, il y a toujours une lourdeur administrative, c'est nous qui allons nous taper les papiers, les machins, les trucs". Donc moi je l'ai dit clairement : vous arrêtez, on pourra juger de ça à partir du moment où on l'aura testé réellement. Mon grand-père me disait toujours "euh tu pourras juger quelqu'un au niveau professionnel une fois que tu auras passé 24h dans ses mocassins". Donc le PAERPA on a fait pareil.

CR : D'accord.

M5 : On s'y est introduit, on s'est immergé, on a interagi. Maintenant on peut l'ouvrir un petit peu plus, parce qu'on l'a testé. Donc pourquoi je l'ai fait, parce que je pense qu'il fallait le faire parce qu'on a été dynamisé et puis je voulais voir réellement ce que ça valait. Ensuite, au niveau pratique pour les patients c'était de voir si on pouvait les aider puis certains patients en ont besoin, euh je pense. On l'a fait aussi pour les patients derrière.

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

M5 : Pour nous ils n'ont pas besoin du PAERPA d'emblée, sinon on aurait accédé rapidement je pense.

Mis à part les freins dont je vous ai parlé tout à l'heure. Je trouve qu'on est super organisé. C'est sans prétention, et euh, mais je ne pense pas qu'on ait besoin.

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

M5 : Oui.

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

M5 : *Hochement de tête pour dire oui.*

CR : D'accord.

M5 : C'est vrai que c'est plus une contrainte de passer par le PAERPA actuellement. En plus...pff...

Allez y je vous laisse continuer.

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

M5 : AH OUIII. Ils ne savent pas qui est-ce, euh en fait, j'ai eu le sentiment d'être un agent commercial, un visiteur médical pour le PAERPA. Fallait vanter le PAERPA, fallait les convaincre d'appeler le PAERPA, ils n'en veulent pas. Ça, je vais être vulgaire mais tant pis, ça les embête vraiment pour être poli de faire rentrer quelqu'un chez eux, ils sont tout le temps solliciter par les commerciaux qui leur vendent des volets des machins, ils ont envie de personnes, ils sont bien. Certes ils sont peut-être à risque, mais ils sont bien, donc ouais ça les embête. Moi je l'ai fait vraiment à fond pendant 6 mois, j'avais l'impression de vendre un projet pour l'ARS, alors que finalement je me disais que peut être je pouvais m'en sortir sans.

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

M5 : plus ouvert oui, quand on leur vendait, peut être un petit peu plus quand ils avaient pris conscience du risque quotidien, mais sans plus.

CR : C'était pas franc.

M5 : En plus ça crée pas mal de contraintes pour eux, je me souviens d'une dame de Rumezies qui m'appelait pour que je lui fasse ses bons de transport pour aller faire ses bilans de mémoire je sais pas où à Le Quesnoy. Aller ceci, aller cela, aller à droite à gauche. Finalement la dame m'a dit moi j'ai pas envie de sortir de chez moi. Et moi franchement ça m'embêtait réellement d'être sollicité pour faire de l'administratif pour un réseau qui normalement devrait tout prendre en charge. C'est un peu gonflant quand même pour un médecin généraliste.

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

M5 : très beau sur le papier, euh, en pratique, j'ai pas de retour donc, je sais qu'ils sont présents car on partage la fameuse codification PPS de 100€. Mais j'ai pas de retour. Ça augmente pas la collaboration entre nous.

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

M5 : ça change pas grand chose, on communique quand on a besoin de communiquer, et le fait qu'il y ait le PAERPA ça n'a pas donné d'espèce de labellisation de qualité de la prise en charge.

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

M5 : tout au début les infirmiers les kinés. Les pharmaciens rarement motivés et motivant pour ça. Je pense que, alors il faudrait voir les chiffres, j'étais à l'issue de beaucoup de début de PAERPA.

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

M5 : Estelle B. Géniale. C'est une fille géniale. c'est enregistré je suis content de le dire ça sera entendu. Elle est pragmatique, pertinente, euh, d'une humanité, que j'ai rarement rencontré. Elle est dans

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

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

M5 : Ouais elle est présente. Il y a aucun souci. Je l'ai rencontré plusieurs fois via soirées de formation. Ils ont fait une soirée avec des jeux de rôle ils ont super dynamique, on s'est rencontré plusieurs fois. L'aide elle est évidente. Après je pense qu'elle est bloquée aussi par votre système d'évaluation des patients, comme je le trouve moi complètement obsolète, mais c'est mon positionnement.

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

M5 : On avait pris le parti avec les médecins de l'amandinois que c'est pas nous qui appelons la plateforme. Donc on dynamisait les patients et les familles à appeler. On leur donnait tous les coordonnées on leur expliquait ce que c'était mais je ne suis pas l'assistante sociale je ne suis pas là pour appeler à la place des gens. Faut savoir aussi les autonomiser et les dynamiser. Et quand eux-mêmes passent à l'acte c'est bien mieux que lorsque c'est nous qui leur forçons la main à passer à l'acte. Donc euh, j'ai jamais appelé en direct. Peut-être une ou deux fois, mais pas la majeure partie du temps.

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

M5 : soit les patients soit la famille.

CR : D'accord.

M5 : J'appelais jamais l'animatrice pour qu'elle puisse...c'est eux qui faisait.

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

M5 : En fait, dans l'approche que vous aviez, c'était l'évaluation d'un risque potentiel. On est d'accord. J'ai listé me semble-t-il de tête, 17 patients à risque potentiel. Sur les 17 patients, il n'y a qu'un seul patient qui a été retenu. Qui n'avait pas un risque potentiel, mais un risque avéré, parce qu'il avait déjà eu des chutes par exemple, et des erreurs thérapeutiques médicamenteuses, et un syndrome dépressif et un trouble alimentaire. Donc cette personne a été retenu. C'est cette personne qui m'a dit moi je ne prends pas d'ambulance pour aller à droite et à gauche moi ça m'embête. Et moi ça m'embêtait aussi d'aller en plus de ça me taper une charge administrative. Sur les 17 autres il n'y en a aucun qui a été retenu. Il y en a 2 qui ont refusé, ok. Donc sur ceux qui restent, il en reste donc 14. Sur les 14, tous ceux qui ont été refusés (parce qu'ils n'étaient pas dans les critères) Il y en a la moitié qui ont fait un gros souci de santé. Qui sont tombés et le jour où E. est venue me voir pour me dire que Mr untel ou Mme n'a pas été retenu, je pouvais l'emmener le jour même passer chez eux, ils avaient tous des hématomes de face parce qu'ils avaient chuté chez eux, ils avaient des troubles thérapeutiques. Donc il y a eu un gros problème à ce niveau-là...

CR : ...de sélection.

M5 : Donc le PAERPA pour moi il est pas valable. Et à l'heure actuelle, je ne le stimule absolument plus. Parce qu'en fait vous n'intégrez pas (pas vous personnellement) le flair, alors il faudrait trouver un autre terme...

CR : le ressenti ?

M5 : c'est pas le ressenti, c'est peut-être instinctif, mais je pense qu'on pourrait ça se serait un bon sujet de thèse, comment peut-on créer un autoréférentiel de l'instinct médical lors d'une consultation. Tous les médecins vous le diront, j'étais urgentiste on voyait rentrer des gens rien qu'en voyant la couleur de peau ou leur comportement, on savait qu'il y avait une pathologie grave. On voit ces gens, moi je les connais depuis 6 ans, je suis installé depuis 6 ans, je les vois évoluer, je sais que là ils arrivent sur une brèche, ils n'y sont pas encore. Je l'ai signalé, ça n'a pas été retenu. Finalement, maintenant ils rentrent dedans parce qu'ils ont un problème. J'étais beaucoup plus dans un système de prévention, qui est absolument pas préventif. Votre score est trop à valeur prédictive positive, je trouve qu'il n'est pas adapté tout simplement.

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

M5 : Oui bien sûr c'est justifié. Parce que les croix rentrent pas dans les cases. C'est pour ça que je vous dis que c'est technocratique. C'est technocratique, c'est bureaucratique. C'est des gens qui ne sont plus sur le terrain. C'est fait par des gens qui travaillent à l'hôpital en gériatrie, c'est fait par des médecins généralistes peut être qui n'ont plus d'activités en médecine générale. Et ça c'est une grosse problématique. Vous ne partez pas des gens qui sont au contact tous les jours et vous leur donnez pas les moyens même sur un retour ou une interview comme ça...actuellement on est tellement rincé...Je comprends les vieux médecins de l'amandinois qui refusaient d'accéder au PAERPA, c'est tout ce que je suis en train de vous dire je le fais aujourd'hui, je l'ai déjà fait. Mais je sais déjà pertinemment que ça ne portera pas ses fruits. Le système sera verrouillé, l'ARS a son enveloppe, a testé un truc, euh ça marche pas. Finalement ce sera la faute de qui ? probablement encore des médecins généralistes qui n'ont pas adhéré au PAERPA. Voilà, c'est assez amusant. Je peux vous l'écrire, c'est bien c'est enregistré on aura une preuve. Mais vous verrez dans 5 ans il y aura rien qui aura changé.

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

M5 : j'en ai qu'une qui a fait le PAERPA. pffff, j'ai pas l'impression que ça ait changé ma vie ni celle des patients, sincèrement.

CR : D'accord.

M5 : et en plus de ça on n'a pas de chiffre. Le PAERPA c'est bien mais est ce qu'on nous a montré, que le PAERPA était efficace ? Avant de savoir si moi, instinctivement parce que vous me demandez, si j'ai eu l'impression de. Est-ce que le PAERPA peut me dire dans telle région pour un certain nombre de patients, pour une totalité de signalement, nous avons retenu une partie des patients, pour ce type de patient voilà ce qu'il s'est passé, en terme, en chiffre, en qualité de vie, en espérance de vie, en diminution des facteurs de comorbidité. Qu'est-ce qu'il se passe ? que dale on en sait rien du tout. Vous le savez-vous ?

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

M5 : C'est toujours le "normalement", pfff on en a ras le bol, et c'est pour ça qu'on en a ras le bol de ce système euh quasi français gouvernemental, qui nous pond des trucs à tire larigot qui sont fait par des gens qui sont ne comprennent rien à ce qu'il se passe. C'est un peu fatigant.

CR : D'accord

M5 : Je suis en colère, vous pouvez remarquer.

CR : oui pas de soucis.

M5 : Mais si je n'avais pas poussé la totalité de mes médecins, parce que moi je me suis pris la tête avec eux, à intégrer le PAERPA, à dynamiser le PAERPA, à se dire on est volontaire on voit ce que ça donne. Si je ne l'avais pas fait je ne l'ouvrirai pas autant, là on a fait l'effort, euh vous pouvez leur parler, je pense qu'ils avaient plusieurs appels par jour de ma part, fin en tout cas de mes patients, je pourrai pas l'ouvrir comme je l'ouvre maintenant, mais le constat il est pour moi dramatique.

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

M5 : ...ouais pour moi ça sert à rien, c'est pas de la prévention, c'est de l'action. Puis il y a des gens qui sortent de l'hôpital qui sont pas eux même réintégré par l'hôpital dans le PAERPA, il y en a qu'on devrait

même pas nous stimuler, hein. Hospitalisation pour une chute à domicile ou une occlusion intestinale avec la perte de 10 kilos et une amyotrophie, une dénutrition protéino-énergétique et euh des difficultés à la marche, on n'a pas besoin d'appeler le PAERPA ils devraient les attendre chez eux et dynamiser les choses avant.

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

M5 : Mais on n'a pas le temps, vous savez j'ai travaillé à l'hôpital pendant 10 ans en tant qu'assistant puis praticien hospitalier, j'avais des temps de réunion. Super, on appelait ça les réunionites on pouvait se dire les choses en 15 minutes mais on y passé 2 heures. C'était bien on était payé pour le faire. Ici on n'a pas le temps le pharmacien il n'a pas le temps, l'infirmier n'a pas le temps. On n'a pas le temps de se réunir ensemble. C'est pas possible, on a déjà pas le temps de manger. Euh, je ne vois pas comment on va faire pour aller passer une heure avec des gens en plus de ça qui sont payés pour être en réunion. C'est fatigant. Quand je parle des gens qui sont payés pour être en réunion, c'est des gens qui sont payé par l'ARS.

CR : Oui bien sûr.

M5 : Ils peuvent prendre 2 h pour venir voir un médecin pour faire le point. Moi ça me sidère. Ça me sidère.

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

M5 : Nan, on n'est pas dans le même monde. Et les pharmaciens n'ont pas le temps non plus. Ils ont énormément de contraintes aussi, les infirmiers c'est pareil, donc euh nan on n'en discute pas, et euh quand on vraiment une grosse problématique on se passe un petit coup de fil ou un petit sms, pour dire tel tel problème on va agir comme ça maintenant. Mais on commence pas à se touiller pendant 2 h, en pensant à ce qu'on va faire quoi.

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

M5 : Oui parce que c'est fatigant pour nous, ça nous demande beaucoup d'énergies, on était volontaire, on ne connaissait pas la finalité. Finalement ça a servi à rien. Clairement, dans mon petit recrutement, et les autres médecins se sont épuisés aussi.

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

M5 : Mais l'animatrice elle fait super bien son boulot, elle est d'accord avec moi, posez-lui la question. Alors je vais peut-être la mettre en porte à faux, parce qu'elle n'osera peut-être pas se positionner de ma manière parce qu'elle est salariée, donc c'est toujours pareil. Euh, mais ouais elle est au courant.

CR : D'accord, très bien.

M5 : Je lui ai dit, je le dirais à Mme D. quand je la verrai, et en plus de ça le 9 ou le 6 juin il y a une grande journée sur le PAERPA. Ou j'interviens, je suis dans les bureaux, donc c'est bien je vais avoir un auditoire officiel pour pouvoir dire les choses.

Entretien n°6 :

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

M6 : Moi, j'ai surtout une activité à orientation pédiatrique. Donc forcément, fin en étant jeune installé, c'est vrai que généralement on a plus de patient pédiatrique, là j'ai vraiment orientation pédiatrique. Donc gériatrique, j'ai un certain nombre de patients en fait que j'ai gardé depuis le début de l'activité, de temps en temps j'en ai. Mais non ce n'est pas une activité principale.

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

M6 : La gériatrie ? est-ce qu'elle se fait surtout en visite ou au cabinet ? c'est ça la question ?

CR : oui

M6 : euh, majoritairement, fin la gériatrie comme j'en ai peu, je vais dire c'est du 50/50, entre guillemets, euh tous les gens qui peuvent se déplacer viennent facilement au cabinet, et après quelques personnes qui sont effectivement très âgées, je les vois en visite.

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

M6 : Il m'a été présenté par les animateurs du projet.

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

M6 : Alors je ne sais pas comment il est organisé sur différents secteurs, mais c'est vrai qu'on a l'animatrice territoriale en fait qui au départ, quand moi je l'ai utilisée, elle prenait vraiment elle m'était vraiment la prise en charge entre guillemets, donc euh je l'ai utilisée via l'animatrice au départ de manière très ouverte pour les premiers patients que j'avais repéré. Donc les deux fois où j'ai utilisé le projet c'était notamment avec l'aide de l'animatrice, en fait effectivement.

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

M6 : Je suis toujours très ouvert pour essayer de travailler en concertation donc euh effectivement dans le cadre d'une expérimentation je suis toujours ouvert pour essayer de voir les différents projets qui peuvent être proposés.

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

M6 : Moi c'est un peu particulier parce que le PAERPA s'est mis en route à peu près de manière conjointe à mon installation. Donc je dirai que les deux, c'était une mise en route aussi qui a pu permettre de tester au fur et à mesure alors que moi j'avais pas encore un réseau qui était bien établi en fait, et de tester ce que ça pouvait m'apporter. Donc euh, c'est vrai qu'il y avait cette demande-là, à partir du moment où je n'avais pas encore le réseau qui était développé.

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

M6 : oui pour moi effectivement ça pouvait être une première approche.

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

M6 : oui voilà ça rejoint la question précédente, en fait c'est exactement ça ça me permettait aussi de, je me replace dans le contexte quand je l'ai utilisée, euh d'avoir effectivement le contact et d'augmenter le réseau d'avoir les différentes personnes, donc ça m'a été présenté aussi dans ce cadre-là, c'est là où ça été utile aussi.

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

M6 : 2/3, donc 2, non...fin ça c'est fait progressivement encore une fois à chaque fois. Une des patientes a nécessité effectivement de présenter de bien expliquer. L'une pas du tout et il y en a une qui a refusé clairement et catégoriquement.

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

M6 : Ça été dans la continuité de prise en charge, c'était dans la continuité. Dans la prise en charge aussi avec les infirmières, puisque à chaque fois j'étais effectivement LE nouveau médecin traitant, donc bien entendu il y a eu une rupture de fonctionnement, donc dans ce cadre de cette rupture de fonctionnement et de nouvelles mises en route ça s'est fait assez naturellement.

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

M6 : Alors je pense que je vais anticiper sur les questions suivantes, pour moi c'est naturel et c'est déjà

quelque chose qui est fait naturellement. Et c'est vrai que là maintenant, je dirai que j'ai un peu mon réseau, qui est fait. Mais aussi bien au niveau paramédical. C'est à dire que quand j'ai des difficultés avec un patient c'est vrai que j'ai tendance à travailler avec un certain nombre d'équipe infirmière. On travaille vraiment en concertation de base.

CR : D'accord.

M6 : Et avec les pharmaciens, je suis de toute façon déjà en contact avec tous les pharmaciens du secteur. Quand je me suis installée je me suis présentée à tous les pharmaciens de manière à ce que l'on puisse communiquer. C'est vrai qu'on est déjà en communication téléphonique voire même par mail pour certain, donc c'est vrai que voilà j'ai déjà une manière de fonctionner qui était de toute façon à visé collégiale.

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

M6 : Non. Non. Chaque fois c'était moi qui était à l'initiative.

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

M6 : oui. oui. Encore une fois à l'époque c'est vrai que l'animatrice territoriale avait fait le tour de toutes les pharmacies avec la liste des personnes qui étaient opposées. Et en l'occurrence de mémoire pour les deux patientes surtout je n'avais pas de problèmes pharmacologiques.

CR : D'accord.

M6 : Donc c'est vrai qu'on a fait je crois des PPS infirmiers. Surtout une prise en charge à domicile. Mais j'avais peu de problème pharmacologique, pour des patients qui étaient peu polymédicamentés.

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

M6 : ... il est fondamental pour des questions de temps. Fondamental pour des questions de temps. Parce que le formulaire est très chronophage, et la prise en charge déjà gériatrique est très chronophage avec vraiment une nécessité de prendre en charge la personne âgée. Et quand on en a besoin effectivement de coordination, de trouver aussi bien infirmiers ou médecins en quasiment 2 heures c'est quasi impossible. Au vu des planning actuels.

CR : D'accord.

M6 : Donc pour moi il est fondamental. (le rôle de l'AT)

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

M6 : Maintenant je passe directement par la plateforme téléphonique directement.

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

M6 : Alors pour la petite histoire, ça fait un an que les animateurs du projet me tannent pour une formation PAERPA sur le territoire. Je viens de m'inscrire à une qui vient de se faire annuler... Donc pour une fois que j'avais les remplaçants justement, par faute de participants j'ai pas pu y participer... Le but du PAERPA c'était justement d'initier une prise en charge globale entre guillemets, et de faire. Mais elle est pour moi beaucoup trop administrative entre guillemet. Quand on voit les pavés qui a a remplir (me montre un dossier) c'est trop, ça ne correspond pas à une activité de médecine libérale, à une activité de médecine générale actuellement. Moi actuellement je suis beaucoup plus efficace sans PAERPA. Maintenant que j'ai mes référentiels, j'ai mes équipes effectivement. Où quand j'ai un patient qui est à risque ou autres, on a la plateforme téléphonique, on a les avis de consultations gériatriques si il faut. Et avec les infirmiers, les infirmières on va travailler beaucoup plus, de manière beaucoup plus rapide par SMS par des cahiers de liaison au domicile qui étaient déjà instauré et euh par se téléphoner, avec les pharmaciens se coordonner. Que par la lourdeur administrative du PAERPA qui beaucoup trop cloisonné en fait.

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

M6 : ...c'est beaucoup plus pragmatique que de faire ce lourd travail administratif qui est déconnecté, qui n'est pas faisable dans notre activité surchargée, et la plupart du temps, la plupart des items je les

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

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

M6 : ...moi j'ai déjà cet esprit, j'ai cet esprit-là, effectivement. Alors encore une fois c'est comme toujours si on n'a des interlocuteurs qui ont cet esprit-là aussi, qui est le PAERPA ou pas, bah on va le mettre en route très rapidement et très facilement. Là j'ai encore une pharmacie où le fax ne fonctionne pas je les ai appelé ils m'ont donné le mail et les ordonnances je les envoie par mail pour la patiente en question pour être sûr qu'il n'y est pas d'ordonnance égarée, même l'ordonnance je la prend en photo et je l'envoie sur le portable des deux infirmières dès qu'il y a une modification, et ça le PAERPA ne va pas le proposer, ils vont nous proposer un truc centralisé qui va être extrêmement chronophage qui va nous faire perdre du temps à tous, alors que là ça fonctionne déjà très bien comme ça.

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

M6 : Oui, oui. Alors encore une fois, alors c'est toujours ces patients-là qui sont les plus réfractaires à instaurer des choses, l'instauration du réseau. Mais le problème c'est souvent ces patients isolés qui veulent le moins d'intervenants possible. Or donc voilà. C'est plutôt un travail de longue haleine, Or faire intervenir le PAERPA de manière ponctuelle généralement quand on arrive à les faire accepter, effectivement il y a déjà beaucoup de choses qui sont en place, donc euh voilà. J'ai plus eu la difficulté avec le PAERPA aussi parce que finalement le but c'était du "repérage" où j'aurai voulu j'aurai eu besoin de la mettre en place finalement chez des patients que je jugeais à risque effectivement où j'avais des premiers signaux d'alerte et...patients trop jeunes.

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

M6 : J'ai eu deux dames refusées effectivement parce qu'ils étaient trop jeunes, pour faire rentrer dans le PAERPA. Donc j'ai des patients de 70 ans, et c'était trop jeune effectivement, et pourtant là on était bien dans un dispositif d'alerte avec quelques éléments qui commençaient à arriver ou finalement souvent le PAERPA en m'étant à 75 ans pour les patients à risque, alors où on a des patients 80 ans qui sont très actifs qui viennent au cabinet qui n'ont pas nécessité de déclencher le plan du PAERPA parce que pour eux ce n'est pas utile et qu'ils sont déjà capable, ou c'est déjà des patients isolés mais quand dans ce cas ils ont 75 ans ça fait déjà un certain temps qui le sont et qu'il y a eu les signaux d'alerte, qu'il aurait fallu le mettre en place bien avant.

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

M6 : ...ne sont pas toujours adaptés au terrain. Exactement ça.

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

M6 : De prime abord j'aurai tendance à répondre non. Maintenant ça serait peut-être bien de temps en temps que je reprenne la grille pour voir si je n'oublie pas des items. De manière générale. C'est encore une fois c'est plus dans ce sens là où ça peut être bien d'avoir un référentiel auquel se référer effectivement pour voir si on n'oublie pas certains items ou si on n'a pas des scotomes sur certaines parties de prise en charge. Donc de ce point de vue là ça peut être intéressant. Maintenant encore une fois si on arrive à travailler de manière globale avec un réseau avec plusieurs intervenants je pense qu'on arrive à faire une prise en charge globale.

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

M6 : ... Exactement.

CR : Et après c'était tout.

M6 : Exactement. C'est plus ça m'a permis effectivement d'avoir la grille, les réseaux, d'avoir les correspondants d'avoir les différents intervenants les structures qui pouvaient exister, et généralement je pense que je vais plus vite en les contactant directement et en shuntant effectivement certaines passerelles.

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

M6 : ...actuellement je suis plutôt passé par le réseau alors le problème moi c'est que n'ayant pas une patientèle gériatrique, mais plutôt pédiatrique, le PAERPA me paraît pas être pour tout de suite pour c'est patient là (rires). En nouveau patient je ne prends pas de patient non pédiatrique actuellement, donc voilà. Sur les patientèles, maintenant ma patientèle je l'ai, elle peut être à déclencher sur certaines personnes dont une situation peut évoluer. Mais avec le réseau je ne pense pas que j'aurai à déclencher le PAERPA qui serait plus sur des nouveaux patients où là je dirai on reprend tout à zéro et effectivement là oui ça peut être intéressant.

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

M6 : oui voilà effectivement, par des petites choses, pas re-déclencher la lourdeur du PAERPA.

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

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

M6 : ...au départ sur la présentation du projet bien entendu, mais là effectivement c'est elle qui remplissait les 12 feuillets effectivement ou autres ou alors moi j'avais rempli les premières choses où j'avais repéré effectivement et après les différentes choses où il faut prendre le temps avec les personnes âgées c'est très très long de remplir les cases.

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

M6 : Exactement.

Entretien n°7 :

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

M7 : Alors, comment je définirais la place de la gériatrie dans mon activité...(réfléchis) Bah c'est une place prépondérante quand même dans l'activité, après je ne sais pas trop ce que vous...

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

M7 : Alors, au niveau organisation tout dépend vraiment de l'âge et de la pathologie du patient, pour motif de consultation...voilà. Après c'est s'il y a eu hospitalisation pas eu d'hospitalisation, etc. etc. En règle générale une consultation, les patients on finit par bien les connaître, donc les consultations sont relativement bien cadrées, ça va relativement vite, après c'est sûr, les patients prenant de l'âge rapidement c'est des visites à domicile. Donc ça c'est vrai que c'est un petit peu plus long mais globalement, voilà. Après le temps c'est variable selon le motif de consultation.

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

M7 : euh, bah c'est suite à notre formation médicale, sur Saint Amand on a une association qui regroupe l'ensemble des médecins généralistes et spécialistes, de l'amandinois. Donc on travaille avec l'hôpital et plein de confrères. Donc ça nous a été présenté à ce moment-là, par l'hôpital.

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

M7 : bah c'est un réel besoin, nous c'est vrai, on a aussi, c'est vrai que les consultations peuvent aussi rapidement devenir chronophage, et du coup ça nous permettait aussi d'avoir une vision globale. Tant d'un point de vue sociale, administrative, tout ça. Donc c'est vrai que c'était ça qui m'intéressait beaucoup.

CR : Est-ce que, initialement, vous ressentiez des difficultés ou des freins à une prise en charge optimale

pour prendre en charge vos personnes âgées ?

M7 : ouais, tout le temps, même avec le PAERPA. (rires)

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

M7 : bah paradoxalement, quand on leur propose, nous en tant que médecin traitant, nous quand on leur propose le projet tout ça, ils adhèrent tout le temps. Et tous les patients que j'ai adressés au PAERPA, à partir du moment où il y a eu propositions de mise en place de soin, ils ont tous refusé.

CR : Ils ont tous refusé ?

M7 : tous refusé. Alors qu'au départ, quand je leur avais présenté le truc bah il trouvait ça bien. En disant voilà ça va être... voilà. Et à chaque fois, euh...l'infirmière coordinatrice venait me voir désespérée, en me disant voilà on a proposé ça, ça, ça. Bah je disais oui c'est exactement ce qu'il fallait, euh mais les gens ont refusé. Et du coup j'ai eu 4 cas je crois. 4 patients que j'ai adressés.

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

M7 : ah oui oui, justement. Bah ce qui répond au PAERPA, donc des patients un peu isolés, où on se retrouve vraiment démuné...

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

M7 : Bah en fait moi j'ai jamais assisté, en fait à chaque fois que j'ai demandé le passage du PAERPA, j'ai appelé l'animatrice, qui s'occupe ici à Saint Amand. A chaque fois, que je lui ai présenté le dossier, je suis jamais allée à la visite avec le patient, avec elle. Parce que ça c'est trop chronophage, c'est impossible. Donc quand il y a une infirmière, fin dans deux cas ces patients n'avaient même pas d'infirmière parce qu'il n'avait pas vraiment de soins tout ça. Donc c'est une infirmière qui est venue avec euh...(l'animatrice), donc la patiente avait deux personnes inconnues en face d'elle. Et dans les autres cas c'était des patients où c'était l'infirmière depuis tout le temps.

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

M7 : non

CR : c'est toujours vous ?

M7 : ouais. Dans les cas que j'ai eu oui.

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

M7 : non, jamais.

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

M7 : Pas sûr non. Pas sûr.

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

M7 : non, souvent c'était des patients sans famille un peu isolé, et souvent elle s'en sorte parce qu'au départ elles ont des amis, voilà mais la plupart du temps c'est des gens sans...fin, quoique non un patient il y a avait son fils et tout ça. Mais son fils était un peu démuné parce que la patiente ne voulait pas de prise en charge, et en fait...Allez sur ma petite expérience, la majorité c'était des gens qui avaient quand même peu de famille et étaient quand même assez isolés, et j'ai deux cas où la famille était très proche, très demandeuse.

CR : D'accord.

M7 : Mais c'était la patiente qui cette fois-ci a... (refusé ?)

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

M7 : non.

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

M7 : ah c'est bien. Très bien, un bon intermédiaire.

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

M7 : non, je passe par l'animatrice, beaucoup plus simple. En plus avec le temps on finit par se connaître tout ça, du coup c'est beaucoup plus facile. Et à la rigueur je lui explique le dossier déjà par téléphone. Et puis du coup la patiente arrive, et moi je donne en plus le nom de cette dame là à ma patiente. Et du coup déjà il y a un... je dis voilà il va avoir une dame qui va venir, c'est Mme Untel, et puis voilà. c'est plus simple.

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

M7 : oui, on est souvent mal renseigné en tant que généraliste.

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

M7 : oui oui.

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

M7 : ...comme ça non.

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

M7 : non je pense pas...je sais pas. Au départ, moi j'avais beaucoup, au départ quand le projet a été présenté j'étais vraiment très content. On était vraiment super content. Et on attendait beaucoup de ça. Et moi j'ai vraiment été très surpris du refus de prise en charge des patients. Là j'ai vraiment pas compris. Alors que c'était des gens que je connaissais bien. Et que je vois toujours et je ne comprends pas. Là vraiment il y a un truc que...

CR : et en discutant avec ces patients ?

M7 : Bah du coup-là leur réponse c'est non, "non j'ai pas besoin". Mais on leur dit, vous voyez il y a ça qui va pas, il y a ça qui va pas. Là vous pourriez être aidé pour ça. Vous pourriez avoir des aides pour ça. "Ah bah non ça va aller je vais attendre." Et c'est vraiment très surprenant.

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

M7 : (rires...) Je n'en ai eu aucun.

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

M7 : bah je pense pas, je pense que la prise en charge, la façon dont les choses ont été amenées étaient bien. C'est vraiment voilà c'est vraiment le patient qui, qui a toujours l'impression qu'il va encore pouvoir se débrouiller seul. C'est ça qui est vraiment très paradoxal.

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

M7 : non

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

M7 : pour l'instant non, mais je, c'est vraiment une arme que je garde, et que je propose vraiment régulièrement en espérant que...après peut être qu'avec le temps, peut être que dans 6 mois ce qui a été fait pour ces patients -à, il y a déjà une première mise en place qui a été faite, ce sera peut-être plus simple, de revenir dessus et de dire au patient bah vous voyez il y avait ça qu'on vous avait proposé, est-ce que maintenant vous l'acceptez ? Et peut-être à ce moment-là ça va aller beaucoup mieux, parce qu'il y aura déjà une première approche qui a été faite. Là je pense que la deuxième cartouche ça va être bon. Je pense que voilà. Mais pour l'instant c'est encore un projet tout neuf, donc.

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

M7 : chaque rappel est toujours bon à prendre, de toute façon, on s'inscrit toujours dans le temps dans des bonnes ou des mauvaises habitudes, je pense que c'est toujours bien de revoir un peu les choses.

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

M7 : je ne pense pas. Non je crois pas, non je ne pense pas.

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

M7 : bah c'est déjà le cas.

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

M7 : ouais ouais, (rires), oui oui. Fin je comprends pas bien.

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

M7 : C'est plutôt pour des personnes qui s'isolent par eux-mêmes qui refusent les soins, une prise en charge, une aide à la préparation des médicaments. Ce genre de choses quoi. Une aide à la toilette ou souvent c'est des choses comme ça.

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

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

M7 : non ça ne prend pas plus de temps, que voilà, non c'est assez efficace, c'est vraiment un système, c'est vrai qu'on a toujours un peu peur en médecine générale, on se dit ça va être chronophage. Et là pas du tout. Je pense que l'appel direct, ensuite la synthèse qui est faite par l'animatrice, je trouve que c'est bien ça prend le temps d'une consult. C'est pas mal. Puis après c'est vrai le fait que le patient peut être vu par d'un autre œil. Par un gériatre, par un psychologue, tout ça est quand même assez intéressant.

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

M7 : pour revenir sur l'histoire du temps je pense ça a vraiment été bien conçu sur ce sujet-là.

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

Entretien n°8 :

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

M8 : ...3-4, je dirai, il me semble, parce qu'après la personne qui était dédiée à ça elle a changé. Donc là j'ai revu le monsieur qui a pris sa suite, il y a peut-être quinze jours.

CR : D'accord.

M8 : Donc on a plus ou moins remis ça en route, et là je vais commencer à revoir où en sont mes patients, donc je suis en train de me faire un petit listing de ce que je vais lui confier.

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

M8 : ...Bah, je dirai importante parce que la population vieillit, parce qu'elle est polymédiquée, parce qu'elle est en attente de soin, parce qu'elle est je pense un peu trop cadrée dans notre vaste région avec les consultations mensuelles qui à mon avis infantilise beaucoup les patients, les rendent peu autonome les rendent dépendant du médecin dépendant intellectuellement et euh voilà. Donc moi je pense que c'est important d'avoir une bonne prise en charge, surtout explicative, pour leur montrer que, voilà on peut travailler bien comme il faut en les voyant tous les 3 mois. Et que c'est pas parce qu'ils toussent qu'ils doivent avec des antibio, c'est pas parce qu'ils ont 80 ans qu'ils doivent avoir des statines, tout ça. Donc la gériatrie je pense que c'est quelque chose de très important qui à mon avis, est pas...si compliqué que ça. Contrairement à ce qu'on veut bien nous apprendre. Ça demande juste de consacrer

le temps qu'il faut aux personnes qu'il faut. Si on veut voir 50 personnes par jour il ne faut pas faire de gériatrie. Je pense que voilà le généraliste à toute sa place en gériatrie, parce que je pense que si on est un bon généraliste on fait 99% de la gériatrie. Et l'utilisation des spécialistes elle est marginale. S'ils m'entendent ils vont gueuler. (rires)

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

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

M8 : c'est la personne qui est venue me voir, euh la déléguée je ne sais plus comment on appelle ça.

CR : L'animatrice territoriale.

M8 : Voilà c'est ça.

CR : Et vous avez adhéré tout de suite ?

M8 : Moi j'adhère à tout ce qui est bien, qui me fait pas perdre beaucoup de temps, mais ça me gêne pas d'y consacrer du temps. Parce que j'estime que si j'y passe du temps maintenant et bah c'est mieux pour le patient. Ce qui est mieux pour le patient est mieux pour moi. Et voilà. Donc moi je suis pour tout ce qui est bon pour le patient, à partir du moment où j'adhère. Surtout dans une prise en charge qui est non médicamenteuse, qui est une prise en charge de vie etc. Donc tout ce qui est bon pour le patient moi j'adhère. O partir du moment où ça rejoint mes principes et que ça rejoint quelque chose qui pour moi à une efficacité qui semble être prouvée.

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

M8 : Pas plus que ça. Mais je pars du principe que plus on regarde les gens plus on voit de choses, plus on est nombreux et mieux ça se passe. Donc moi j'essaie de prendre du temps j'essaie de bien analyser les choses. J'ai la chance d'avoir des internes des SASPAS et tout qui viennent compléter mon regard. Mais je me dis qu'on peut passer à côté. Et puis il y a des gens qui vont avoir, s'il y a des ergo des machins, ils vont avoir des compétences que j'ai pas. Donc voilà à partir du moment que je considère qu'eux vont apporter quelque chose dans un domaine où moi je ne suis pas compétent...

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

M8 : pas encore, parce que ça été relativement court, c'est à dire que la dame elle a vu peut-être quelques personnes, moi à l'époque, ça doit faire huit mois un an, que c'est tombé à l'eau, moi je n'avais pas une vaste patientèle parce que je suis installée depuis un peu plus de deux ans. Donc ce n'était pas carabinée comme patientèle, donc je pense que j'avais pas encore assez de patients à leur fournir et que voilà...Mais je pense que c'est amené à se développer. Clairement.

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

M8 : non, c'est comme tout, moi je pense que les choses se passent bien à partir du moment où vous expliquez les choses calmement, que vous expliquez le bénéfice, que vous expliquez ça avec le sourire et pas comme le mandarin du CHU qui va vous pourrir parce qu'il l'a décidé. C'est tout après si le patient a l'impression que c'est dans son intérêt que vous lui expliquez bien que vous allez pas lui mettre le couteau sous la gorge et que voilà. Qu'il est acteur de son truc, s'il est d'accord c'est formidable, s'il ne veut pas il n'y a pas de problème, je ne vais pas le juger je ne vais pas le pourrir et tout ça, ça se passe bien.

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

M8 : Moi j'ai trouvé que ça c'était bien passé, a priori, l'animatrice (fin je ne sais pas comment on dit) a peut-être un tout petit peu galéré vis à vis de certains infirmiers libéraux qui je crois malheureusement sont déjà à flux tendu et voilà. Donc voilà moi après je trouve que le fait de travailler tous ensemble c'est bien, ça veut pas dire qu'on est d'accord, mais ça veut dire que déjà on va voir des choses différentes et que moi je peux avoir un avis sur tel truc et que le pharmacien a un avis différent, après moi j'ai argumenté auprès du patient, et puis on va voir comment ça se passe.

CR : d'accord. Est-ce que vous étiez dans les projets que vous avez eu à l'initiative ou ça été parfois le

pharmacien ou l'infirmier qui parfois était à l'initiative de la mise en place du PAERPA ?

M8 : ...on n'en a pas fait beaucoup, je crois que si on en a fait trois j'ai dû être à l'initiative de deux. Et peut-être un qui m'a été suggéré par une infirmière, je ne sais plus. Franchement, je ne sais plus, mais globalement comme on s'entend bien moi je suis très open à ce qu'ils me disent bah tiens on pourrait peut-être proposer tel ou tel patient et tout. Au contraire.

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

M8 : oui oui, par ce qu'il faut quelqu'un pour coordonner ça. Moi je sais que les paperasseries c'est pas mon truc, si je dois commencer à gérer tout un tas de machin, c'est clairement ce qui était aussi dans les clous avec cette dame c'est que moi je voulais bien, je voulais bien consacrer un temps parce que faut aussi voir comme on est rémunéré pour ça, fin c'est quand même aussi normal que j'y passe du temps. Mais je ne suis pas là pour signer un papier en trois minutes et me faire payer je ne sais plus combien là. Mais euh après, le but ce n'est pas non plus que je remplisse des paperasses tout le temps et que je doive recevoir quelqu'un toutes les cinq minutes, et passer une demi-heure à chaque fois. Non il y a un moment où si c'est faire des papiers pour faire des papiers etc, non on ne s'en sort pas. Après pour beaucoup, s'il y a un truc bien organisé qui est bien comme il faut que moi je peux consacrer un petit peu de temps que le temps que je consacre est proportionnel à ce qui m'est payé et que surtout ça suffise pour que le patient ait un bénéfice net c'est formidable.

CR : D'accord.

M8 : Après si c'est y passer du temps pour qu'on ait fait plein de papiers et que le patient il y ait aucun intérêt...mais le je trouvais que c'était bien, je trouvais que le cadre était bien fait. Il y avait les rôles de chacun, c'était bien comme il fallait, ça se passait comme ça, comme ça, comme ça.

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

M8 : ah oui pour moi c'est positif, il n'y a aucun problème là-dessus.

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

M8 : Non

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

M8 : Non parce qu'en plus comme c'était passé un peu à la casserole, bah après j'ai un peu laissé tomber, je ne savais plus trop où ça en était. La dame avait envoyé un mail pour expliquer qu'elle avait changé de poste je ne sais plus trop quoi. Donc après moi je m'étais dit qu'il n'y avait plus personne qui avait pris la suite, donc voilà. Donc non je ne suis pas passé par ça. Et voilà, et après avec elle je crois qu'elle avait mon portable perso, j'avais le sien. Je lui envoyais un texto en disant voilà j'ai un patient son nom c'est tac tac tac, ses coordonnées machin, je l'ai prévenu voilà, boum terminé.

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

M8 : Pas plus que ça, parce qu'après je dirai qu'à partir du moment où on arrive, il y a des trucs qui se mettent en place des fois chez tel ou tel patient, vous connaissez pas trop, et souvent de ce côté-là les infirmiers, les patients cherchent, trouvent, et après soi-même on découvre les choses. Donc j'avoue encore, je dois être un peu à la rue pour tous ces machins-là quoi. Donc après s'il faut contacter, je connais plus ou moins les noms, donc je leur dis d'appeler tel truc tel truc, ils appellent et souvent il y a un interlocuteur en face qui après fait la transition. C'est comme tout...ça prend du temps.

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

M8 : Non moi j'ai trouvé que c'était bien, j'ai trouvé que c'était bien et que voilà, le seul petit frein, c'est un peu les 75 ans, parce que là par exemple j'ai une dame qui est malheureusement, qui a un Alzheimer carabiné, qui est à risque de chute monstrueux, enfin elle a le tableau parfait du patient qui aurait peut-être besoin d'un regard extérieur, sachant qu'elle est déjà bien entourée, mais elle a 73 ans. Donc je me dis qu'on devrait avoir peut-être une espèce de clause d'exception en disant que globalement c'est plus de 75 mais vous avez des personnes à 70 ans ils sont dans un état catastrophique, donc pour le coup est-ce qu'on pourrait pas de temps en temps peut-être je ne sais pas faire soit un papier supplémentaire, ou alors dire aux gens qu'on va être voilà dans quelques choses d'un peu exceptionnel. Mais avoir une certaine flexibilité là-dessus.

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

M8 : Bah moi j'utilise beaucoup Le Quesnoy pour les consultations de prise en charge des chutes du Dr S., parce que mon interne mon SASPAS a fait sa thèse là-dessus, j'ai découvert que c'était bien et je pense qu'après il y a une bonne prise en charge rééducative etc. Et je me dis pour le coup vous allez voir quelqu'un d'extérieur qui prend la personne une journée en hospit de jour, regarde mon ordonnance et va peut-être me dire bah écoutez là vous mettez des Benzo à demi vie longue c'est peut-être un peu merdique comme prescription. Donc je vais avoir besoin de quelqu'un qui me critique, et j'aime bien qu'on me critique. Et peut-être quelque chose qui va me permettre moi d'avoir un argument en plus auprès du patient pour lui dire vous voyez ça fait deux trois fois que je vous bassine avec votre Lexomil. Que je vous dis qu'il faudrait l'enlever, vous avez vu l'autre médecin il a dit que ce n'était pas bien non plus donc bon ça fait un argument en plus. Voilà, surtout pour avoir des kinés spécialisés là-dedans, des ergo, des machins, je trouve que c'est intéressant. Après je dirai que Le Quesnoy je passe par eux pour les hospit, bah je ne sais pas moi, j'ai une pyélo, une pneumopathie etc., après la gériatrie j'ai pas besoin de consultation de gériatre pour les maladies d'Alzheimer, pour les démences pour tout ça quoi.

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

M8 : Pour moi, tout ce qui est bon à prendre, et qui ne va pas à l'encontre pour moi de mes données scientifiques et de tout ce qui peut apporter aux patients, est bénéfique. Après s'il faut passer par un gériatre, si je dis bah écoutez Mme Machin elle a 76 ans, une maladie d'Alzheimer tout ça, et que je l'envoie chez le gériatre et qu'il me la colle sous Exelon, là je vais gueuler. Là pour le coup c'est terminé il ne la verra plus et je ne lui enverrai plus personne jusqu'à ce que mort s'en suivent. Donc à un moment je suis un tout petit peu psychopathe de ce côté-là c'est à dire que pour moi l'intérêt c'est le patient. C'est pas...s'il y a un traitement efficace pour le patient si moi je prescris mal quelque chose et que le médecin me dit qu'il faudrait changer ça, si effectivement il a raison et que je n'ai pas d'argument contre, voilà si en gros moi je lui dis mais moi ça fait deux ans que j'essaie d'arrêter le Lexomil et qu'elle ne veut pas et qu'on y arrive pas et que c'est le bordel, donc voilà lui il a eu raison de le proposer mais moi j'ai mes arguments. Après voilà si c'est pour me bousiller tout ce que je suis en train de faire, parce que moi je vois le patient tout le temps, avec des arguments médicaux qui n'en sont pas, là je ne suis pas d'accord.

CR : D'accord.

M8 : Donc c'est pour ça que j'ai une utilisation relativement restreinte des gériatres je dirai dans tous les bilans cognitifs etc. parce que je les fais et puis c'est tout.

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

M8 : Pour moi non, parce que j'ai de très bon contact avec les pharmaciens. Ils ont besoin il m'appelle on peut faire des avances de médicaments des trucs. Pour moi le but c'est que ce soit flexible. Pour les patients...pour les infirmières plutôt, voilà moi je suis très libre, ils ont mon portable perso, et on s'envoie des textos des machins, pour les INR et tout, on s'envoie des textos c'est moderne. Donc voilà ils m'appellent ils ont mon portable, ils me disent voilà j'ai vu telle patiente elle décaroche complètement faut la voir en urgence, hop je lui donne le rendez-vous à lui, il a la personne à côté il lui dit vous y allez à telle heure, donc terminé. Et puis j'ai les infirmières j'ai des textos trois fois par semaine. Donc on gère les trucs.

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

M8 : Bah je dirai que sur le pratique, j'ai pas beaucoup changé, parce qu'au final je...suis super fort (rires) Non je déconne. Mais non en gros, ça n'a pas changé des masses les choses, après je pense que...oui c'est plus pour compléter, des fois pour que peut être les gens voient un avis un petit peu extérieur. En gros je ne change pas mes espèces d'organigrammes, les choses comment je vais les organiser, mais des fois je me dis que voilà peut-être je vais tiens on va faire tel et tel truc, et puis ça va être une prise en charge supplémentaire pour le patient. Une prise de conscience supplémentaire donc euh... Après voilà c'est peut-être aussi parce que je n'ai plus en tête, mais ça a peut-être changé 2-3 détails, après bon peut être que je considère comme acquis une prise en charge qui ne l'était pas avant, voilà, je me suis peut-être appropriée un truc qui n'est pas de moi (rires)

CR : Parfait.

M8 : Mais c'est tout après, mais c'est aussi pourquoi je pense qu'il faut être plusieurs, voilà, à mon avis le médecin qui travaille tout seul, et là je ne parle même pas des associations de médecins où il faut avoir un cabinet de santé, vous pouvez être quatre médecins, si vous voyez vos patients et l'autre il voit ses patients, ça sert à rien. Moi je considère que le seul moyen de bien travailler c'est de travailler avec des stagiaires des internes, avec des gens qui vont voir dans vos conditions de consultations les mêmes patients. Ce qui n'est pas le cas pour moi de quelqu'un qui est complètement extérieur. Mais il peut donner un avis qui est totalement extérieur et qui est tellement extérieur qu'il va être complètement détourné de ce que moi je mets dans mon ordinateur où j'influence les autres personnes. Mes internes notamment. Donc voilà je suis très influençant, je suis très modélisant. Trop.

CR : Très bien parfait je vous remercie.

M8 : Mais il n'y a pas de quoi.

Entretien n°9 :

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

M9 : Alors moi la place de la gériatrie elle est très importante parce que j'ai une formation complémentaire en gériatrie, et j'ai été médecin coordinateur de deux maisons de retraite au départ puis d'une maison de retraite pendant fort longtemps, une maison de retraite attenante à l'hôpital de Le Quesnoy. Donc euh voilà, le travail en réseau et avec les collègues du service de gériatrie et voilà donc c'est quelque chose qui est important, et maintenant je n'ai plus de poste de coordinateur mais bon comme tout à chacun...j'ai déjà une fibre gériatrique et comme tout à chacun j'ai beaucoup beaucoup de patients gériatriques.

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

M9 : On m'a démarché. En fait non. J'étais au courant parce que mon épouse travaille, elle est psycho à l'hôpital du Quesnoy. Donc en gériatrie bien sûr, donc j'étais au courant très en amont, et puis après il y a la référente réseau qui m'a contacté pour me dire est-ce que vous êtes d'accord.

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

M9 : Alors moi très clairement, et je l'ai dit très clairement à l'animatrice, j'ai...je trouvais qu'il n'y avait qu'une seule chose qui était intéressante dans le PAERPA, c'était justement l'animatrice réseau. Et que c'était justement le fait de nommer quelqu'un, et c'est pour ça que j'ai trouvé ça mais alors d'une idiotie totale de l'arrêter et de supprimer les animateurs réseaux, ce qui était intéressant pour moi c'était que le PAERPA c'était juste une formalisation d'un réseau qui existe déjà. Parce que moi je travaille en réseau avec les infirmières libérales, je travaille en réseau avec les kinés, avec les podologues, avec l'hôpital, avec les services de soins à domicile. Donc ça on le fait déjà. Mais le seul intérêt pour moi du PAERPA c'était qu'il y ait une personne humaine qui fasse le lien et en plus qui vienne chez les différents professionnels. Alors même si après ça peut être re-complété par du virtuel et de l'échange d'information par mail ou par téléphone ou peu importe. Mais ce qui était intéressant c'est qu'il y est quelqu'un qui fasse le lien humainement. Parce que c'est ça qui manque dans le réseau.

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

M9 : Bah non, parce que là apparemment il n'y a plus d'animateur PAERPA sur le secteur d'après ce que j'ai compris.

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

M9 : Bah peut-être. En tout cas...de mémoire comme ça je crois qu'il a repris rendez-vous là dans pas tellement longtemps. Mais il y a eu un trou d'un an ou six, ou huit mois je ne sais plus le temps qui est passé. Mais voilà, par contre l'animatrice qui avait c'était vraiment intéressant parce qu'elle était très dynamique, et elle venait avec des patients qui avaient déjà été repéré éventuellement pas d'autres professionnels et elle me disait "et vous ? machin", donc c'était vraiment un échange et du coup elle faisait vraiment le lien entre les différents intervenants, mais humainement. Et ça c'est bien.

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

M9 : Nan, j'ai plus fait de PAERPA, parce que de toute façon la problématique du médecin généraliste en ville, c'est la charge administrative. Donc de toute façon voilà. Et l'animatrice réseau ce qui était bien aussi c'est que c'était nous en fait sous forme, même s'il y avait deux trois formulaires à remplir, c'était sous forme d'un échange verbal. Parce que la prise en charge, moi je vais être claire, la prise en charge qui a été faite par le PAERPA, elle est, c'est pas pour euh... la ramener ou se mettre sur un pied d'estale, mais elle est pas différente de ce qu'on faisait avant et de ce qu'on fait maintenant. Parce que quand une infirmière voit que ça va pas elle nous appelle, ou elle envoie un texto, quand il y a une famille qui dit "alala les chaussons ça va pas" on a l'impression que... Quand nous on arrive et que les gens viennent nous ouvrir avec des chaussons pas possible, voilà. Ou la prévention chute quand le kiné...bon voilà. Donc il n'y a pas eu d'apport en termes de soins. En offre de soins il n'y a pas eu d'apport. Par contre en qualité de soin il y a dû avoir une amélioration de par la coordination, uniquement. Fin moi j'en suis totalement convaincue.

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

M9 : Absolument.

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

M9 : Nous on n'a pas, fin je sais pas les collègues du Quesnoy, mais je ne pense pas que ce soit possible d'avoir des difficultés de prise en charge de la personne âgée ici au Quesnoy. On a toute la filière, bon moi en plus j'ai un peu un pied que j'avais, je garde un peu un pied... Mais mes collègues ça change pas en plus on est une petite ville on est sur un bassin de vie de 20 000 habitants, on est quand même pas mal centré nous les généralistes sur Le Quesnoy, nous on est des jeunes. L'hôpital de Le Quesnoy c'est quand même des jeunes donc on se connaît, ou on se croise... Et on a toute la filière. Donc c'est compliqué d'avoir des problèmes de prise en charge. Et puis après les problèmes de prise en charge c'est aussi, pas toujours dû à l'offre de soin qu'on peut amener.

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

M9 : Alors de mémoire je ne saurais pas vous dire mais je pense que oui. Et puis les freins ils vont être, fin les freins ils sont surtout quand on est un début de suspicion de troubles cognitifs et qu'il y a une anosognosie. Fin comme toute le monde. Donc c'est vraiment ça le frein. Et puis après il y a aussi un petit peu le non-dit des familles, fin le déni des familles parfois. Et après le dernier écueil qui peut arriver, mais pour moi ça ne concerne pas le PAERPA, parce que quand je juge le PAERPA je juge pas le résultat final, par exemple la dame qui a besoin d'aides à domicile, c'est pas forcément (quand j'essaie de me dire qu'est-ce que ça apporte le PAERPA) c'est pas forcément que la dame est vraiment des soins à domicile si elle a refusé. C'est que dans les conditions les plus rapides et les plus optimales on est pu à un moment donné avoir quelqu'un notamment l'animatrice ou quelqu'un d'autre, ou la coordinatrice des soins à domicile, qui est venue en me disant voilà on peut vous mettre 6-8 heures par semaine d'aide à domicile. Après la dame refuse, pour plein de raisons, elle refuse. Mais c'est d'arriver à amener l'offre de soins.

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

M9 : Bah les infirmières, de toute façon, j'ai l'impression que les infirmières ont peut-être plus joué le jeu que les pharmaciens, mais je ne suis pas, fin...on a vraiment des infirmières qui sont supers, après (comme c'est anonymisé on peut le dire) comme toujours je pense qu'il y a des équipes qui sont un peu plus dans la prise en charge globale (ils fonctionnent beaucoup par équipe par duo ou trio ici) donc...il y en a qui sont peut-être plus dans la prise en charge globale et dans le travail de réseau. Et les pharmaciens...je ne saurais pas trop vous dire, les pharmaciens je n'ai pas forcément de retour, mais les pharmaciens je pense qu'il y a un beau travail à faire sur l'observance et la dispensation des médicaments sans forcément que ça passe systématiquement par les infirmières. (Mais je le redis parce que c'est anonymisé) Je crois qu'il y a un moment donné une problématique économique qui faut regarder clairement, une infirmière quand elle va avoir préparation et dispensation des médicaments

bah ça lui fait des actes. Donc voilà. Donc le pharmacien il va peut-être pas non plus se fâcher en ayant un service qui permet de préparer des plaquettes d'avance. Nous on est en dehors de ça.

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

M9 : Bah c'est pareil, les pharmacies, nous on a trois pharmacies au Quesnoy, la moyenne d'âge elle doit tourner aux alentours de 42 ans, même si moi quand je me suis installée, ça fait douze ans, que je suis installée, fin ça devient l'eldorado médical ici chez nous. (rires) Bah ouais ouais, parce que les pharmaciens sont super attentifs et même les pharmaciens qui étaient installés depuis longtemps, ils appelaient systématiquement, ils se décarcassaient pour trouver un produit, fin vraiment c'est vraiment une très bonne qualité. On n'est pas du tout sûr je délivre une ordonnance et puis basta. On est vraiment sûr autre chose. Dès qu'il y a une confusion, dès qu'il y a un problème, ils appellent tout de suite.

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

M9 : Alors c'est l'animatrice qui me contactait plutôt, parce qu'en plus elle savait très bien et moi j'étais très claire avec elle dès le départ, donc je lui ai dit si moi je fonctionne avec le PAERPA, oui mais avec un seul interlocuteur etc. Et voilà. Le problème des réseaux et c'est comme un peu partout en France, à mon sens, c'est le problème de la multiplication des interlocuteurs. Il faudrait que voilà... On a le réseau de truc on a le réseau de machin. "Ah c'est super il y a le CLIC, ah oui mais le CLIC il ne s'occupe pas de tel machin" Puis après on a un coup de fil d'un gériatre de Valenciennes qui dit alors vous avez une patiente en accueil temporaire dans une maison de retraite etc. résultat des courses cet été j'ai eu un souci. Parce que l'information n'est pas remontée jusqu'à moi, comme quoi j'avais une de mes patientes que je suis en ville qui a été un mois dans une maison de retraite du Quesnoy et c'est un autre médecin qui l'a pris en charge. C'est un peu limite quand même. C'est franchement limite. Et donc euh...réseau réseau réseau réseau réseau réseau.

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

M9 : non, parce que nous, moi je fonctionne plus avec le CLIC ici, en plus il y a un accueil humain, parce qu'il y a une permanence du CLIC ici nous chez nous. Donc les gens connaissent l'hôpital, en général ils aiment bien les voir, c'est quelqu'un qui est assez dynamique et tout ça. Donc c'est pareil soit les gens appellent, mais moi à mon sens une plateforme téléphonique un peu anonyme etc., ça ne va pas bien. Ça va pas bien.

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

M9 : Moi, je vais vous dire mais vous vous en doutez comme ça va complètement dans la droite ligne de la phrase que je viens de terminer. C'est pour moi, ce qui est évident, c'est qu'on claque un fric monstrueux dans les réseaux, il y a des dizaines et des dizaines de réunions de réseaux de machins de trucs etc., il faut absolument fédérer et il faut qu'il y ait une animatrice qui se déplace chez les infirmières, qui se déplace chez les kinés, qui ait un territoire à mon sens relativement limité pour bien connaître les gens et qui doit fédérer l'ensemble des réseaux. Et on devrait ne pas parler de MAIA, de machins de trucs. Même si on garde et qu'il y a une spécificité et que là-dessus il n'y a pas de soucis. Mais on doit avoir un réseau personne âgée, fin "on doit avoir"...moi c'est mon point de vue. On doit avoir un réseau personne âgée, avec une animatrice qui connaît l'ensemble des réseaux qui va éventuellement re-déclencher tel réseau et tel réseau. Et on doit avoir nous UN interlocuteur. Fin c'est évident.

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

M9 : ah oui oui oui, bien sûr.

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

M9 : Alors en terme, de...

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

M9 : Oui oui, un petit peu, notamment sur les consultations qui peuvent exister, spécifiques, incontinence ou chute. Parce que parfois c'est pareil on a quand même une multiplication des consultations. Sinon pas plus que ça. Il y a d'autres formes d'actions qui ont été faite par exemple récemment sur la iatrogénie, qu'on était beaucoup plus intéressante.

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

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

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

M9 : Ouais parce que je trouve que...oui je suis complètement d'accord avec eux parce que, moi je trouve que la définition de la perte d'autonomie elle est quand même très très très large, et qu'à la limite le seul critère d'avoir, si on regarde vraiment stricto sensu à la loupe, je dirai qu'à la limite presque le seul critère de au-dessus de 75 ans c'est suffisant pour être en perte d'autonomie (rires) Donc oui je suis d'accord ouais.

CR : Ok...

M9 : Moi je reverrai les critères, vraiment pour dire perte d'autonomie, pour définir vraiment le RISQUE de perte d'autonomie. Et puis l'allonger, oh peut être jusque 70. Peut-être pas avant.

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

M9 : non non.

Entretien n°10 :

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

M10 : alors j'ai pas beaucoup, j'ai fait le DU de gériatrie, j'ai même fait cours à la capacité, au DU de gériatrie, moi sur mon sujet de thèse, mais par contre c'est pas volontaire mais j'ai pas une patientèle très âgée en fait. Quand je regarde, quand je compare, vous savez sur les trucs de la sécu, j'ai beaucoup beaucoup d'enfants, de petits enfants, de bébés, et j'ai quelques personnes âgées, mais pas tant que ça en fait. C'est pas, fin voilà, c'est pas spécialement volontaire ou pas volontaire, c'est je pense que quand on s'est installée il y a 10 ans, 2 médecins jeunes, on a eu tout de suite beaucoup plus de patientèle plus jeune. Alors notre patientèle elle vieillit un peu, mais en même temps comme on. Fin je sais pas après c'est peut-être le fait d'être femme, qu'il n'y ait pas de pédiatre tout près, mais on a beaucoup, fin je fais beaucoup de pédiatrie. Sur une journée, je vais voir plus d'enfants, que de personnes âgées de plus de 80 ans ça c'est clair.

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

M10 : Il y a quelqu'un qui était venu le présenter.

CR : Ouais, est ce que vous avez adhéré tout de suite ? Est ce qu'on a dû vous relancer ?

M10 : On a dû me relancer, pis c'est aussi se demander si c'est pas encore un truc qui est mis en place... On a la chance de travailler avec l'hôpital local du Quesnoy, qui est un petit centre hospitalier. Il n'y a pas de chirurgie, il n'y a pas d'urgences, y'a pas de machin. Mais par contre on a un bon pôle gériatrique et c'est vrai quand on est embêté on peut prendre le téléphone, et fin voilà on n'est pas tout seul. Je ne me sens pas toute seule face à ça. Ils ont une consultation chute, consultation mémoire. On peut faire des hospitalisations transitoires, bilan etc. On n'est pas, même si on est un peu à la campagne,

on n'est pas perdu tout seul au milieu de nul part. Voilà c'est le sentiment que j'ai par rapport à la gériatrie.

CR : Donc en fait quand on vous l'a présenté ce projet là, vous avez plutôt vu ça comme...

M10 : ...bah par exemple il y a le truc sur les chutes, je me suis dit bah ouais il y a déjà une consultation chute au Quesnoy, je ne vois pas trop le truc. Fin ouais pas comme...

CR : Donc juste un réseau en plus ?

M10 : En plus, mais pas comme quelque chose qui m'ait apparu forcément comme...fin ça ne me manquait pas, ça ne me manquait pas avant que ça apparaisse.

CR : D'accord. Donc du coup comme vous n'étiez pas à l'initiative du projet est ce que les patients qui en ont bénéficié, est-ce que par exemple vous vous souvenez de patients qui en ont bénéficié ?

M10 : ...Mme B. ? je ne sais plus. Vous vous avez les noms de ceux qui en ont bénéficié ?

CR : Non non.

M10 : Je ne sais plus, je crois qu'il y a madame B. (*cherche sur son ordinateur*) Bah l'infirmière d'E. elle fait pas donc c'est pas tout ceux d'E. Je me demande s'il n'y a pas eu madame S. Je ne sais plus en plus ça remonte à un moment. Je crois que j'en ai deux qui ont bénéficié.

CR : Et est-ce que vous avez vu...il y a des choses qui ont été mise en place ?

M10 : bah il n'y a pas eu de gros changements, pour vous dire je ne m'en souviens même pas. (rires) Alala, je crois qu'il y en a eu deux. Mais c'est pour ça quand vous m'avez dit que vous veniez m'interroger là-dessus, je ne m'en souviens même plus...

CR : ...ah non non ne vous embêtez pas.

M10 : Il n'y en a pas eu récemment en tout cas. Et du coup sur ce que ça a donné, fin voilà ça n'a pas été...

CR : Vous n'êtes pas obligé de regarder. (*sur l'ordinateur*) Mais quand vous avez des soucis avec des personnes âgées, ou des prises en charge un peu plus globale à mettre en place, vous ne passez pas nécessairement par le PAERPA, vous avez déjà votre propre réseau ?

M10 : Ouais bah en fait par l'hôpital du Quesnoy, directement avec les gériatres. En fait un des gériatres c'est le mari de mon associé de déjà. Déjà ça simplifie, fin voilà. Avec l'équipe gériatrique du Quesnoy, quand on a besoin, on arrive à les contacter facilement, à faire les choses facilement, fin c'est...

CR : D'accord, bah c'est intéressant pour nous de voir que quand il y a déjà des choses à proximité, bah en fait le PAERPA ne sert pas forcément.

M10 : Bah je ne ressentais pas forcément le besoin. Après le PAERPA, il n'y a pas aussi le truc pour l'hospitalisation ? c'est eux ou c'est pas eux ?

CR : Hospitalisation non.

M10 : En cas de l'hospitalisation de l'aidant etc. C'est pas le PAERPA ?

CR : L'aide aux aidants ?

M10 : oui

CR : nan ça c'est encore autre chose oui.

M10 : Parce que, alors là pour le coup j'avais été déçu, la seule fois où j'ai appelé, je me suis fait baladée de trucs en trucs et en fin de compte, j'ai dû me débrouiller toute seule pour hospitaliser le patient parce que c'était vendredi après-midi. Donc on me proposait quelque chose pour le lundi. Mais sauf que bon voilà... Pour le coup j'avais été déçu mais c'est pas le PAERPA. C'est pas le même truc.

CR : Est-ce que vous avez plutôt vu ça comme un premier niveau de contacts avec un animateur territorial ? car je sais qu'il y a des collègues dans le secteur qui appelle ou qui envoie un message. Pour dire tel patient j'aimerais bien l'inclure. Et en fait après c'est l'animatrice qui fait tout le reste administratif. Est-ce que vous vous l'avez vu comme ça ?

M10 : Oui c'est ça.

CR : d'accord pas de soucis. Est-ce que vous savez si les infirmières ont déjà eu des réticences par les

patients ?

M10 : alors par les patients je ne pense pas, par contre je sais que celle (*l'infirmière*) d'E. je sais qu'elle ne voulait pas...fin elle trouvait qu'elle le faisait déjà et qu'elle n'avait pas besoin de PAERPA pour le faire. C'est vrai que sur le village avec les infirmières on s'entend bien, on est bien épaulée, on prend facilement le téléphone, on s'envoie des messages et c'est en dehors du PAERPA.

CR : D'accord, très bien. Et en fait il pouvait aussi avoir une proposition par les pharmaciens.

M10 : Alors ça je ne crois pas en avoir, je crois que j'ai eu 2 patients qui ont été inclus si je me souviens bien, et c'était par les infirmiers à chaque fois.

CR : D'accord, par rapport à l'animatrice territoriale, est ce que vous vous souvenez qu'elle était venue... ?

M10 : Oui je me souviens qu'elle était venue, oui.

CR : Là apparemment sur le secteur...

M10 : ... là j'ai un monsieur qui a pris rendez-vous cet après-midi. Je suis désolée je vous l'avais dit...

CR : oui oui c'est vrai.

M10 : C'est bête, il vient cet après-midi.

CR : Non non pas de soucis, parce que du coup il y a eu une petite pause, un moment il n'y a pas eu d'animateur sur votre secteur.

M10 : du coup forcément, c'est pour ça que je vous dis, c'est pour ça les deux patients ça remonte à, à mon avis, au moins deux ans. Fin c'était au début tout au début du truc. Du coup c'est un peu loin les souvenirs

CR : du coup si l'animateur revient et vous le re-propose, est ce que vous seriez amené...

M10 : ...bah faut voir si, mais la première fois qu'on me l'a proposé, j'ai pas eu l'impression que ça allait être un truc qui allait vraiment changer les choses.

CR : Parce que vous avez déjà tout à disposition quasiment ?

M10 : oui. Après fin voilà après peut-être qu'il va me représenter et je vais me dire "ah bah oui tiens voilà" et puis c'est vrai qu'on est aussi pris par le temps faut pas se leurrer. Fin moi j'ai fait le choix de pas travailler tous les jours. Donc il y a des semaines où je travaille 3 jours et demi, et des semaines 4 jours. Et donc du coup il faut tout caser sur la semaine, fin voilà on n'est...

CR : Bien sûr. Et est ce qu'on vous avait parlé de la plateforme téléphonique ? Un numéro qui relie tous les réseaux ?

M10 : probablement oui.

CR : Du coup ça aussi vous aurait peut-être le rappel, ce qu'il y a de bien c'est qu'avec un rappel (*venu de l'animateur*) on peut le garder quelque part puis s'en resservir.

Au niveau des axes d'amélioration du coup c'est peut-être un peu difficile, de l'envisager ? Moi je suis contente d'avoir des avis de gens qui le font beaucoup, peu.

M10 : bah ouais j'ai pas fait beaucoup et ça remonte à un moment. Pis c'est pas forcément, quand on me l'a présenté, je me suis pas dit c'est nul comme truc, c'est juste que je ne ressentais pas le besoin, ou de besoins particuliers. Tant pour le coup, je vous ai dit j'ai fait ma thèse sur le CLIC, le CLIC je vais orienter les patients, fin les aidants quand ils ont besoin de choses je vais les orienter parce que là ça me fait gagner du temps. Parce qu'on va leur présenter une offre de services etc. Donc pour le coup j'oriente des patients vers le CLIC. Pour le coup PAERPA, en fait, bon voilà c'était un peu plus....

CR : oui vous avez déjà un réseau qui est fait, des habitudes.M10 : Je me souviens dans les trucs il y avait la chute, les interactions médicamenteuses, je ne me souviens plus exactement.

CR : la chute, la dépression, la iatrogénie, les troubles cognitifs...

M10 : oui c'est ça. Alors troubles cognitifs et chute on a déjà des consultations spécifiques, donc c'est vrai que du coup...

CR : Et est-ce que ça a modifié la manière dont vous avez discuté avec les pharmaciens ou les

infirmières ? ou là pour le coup avec les infirmières y a-t-il eu des échanges supplémentaires comme elles étaient dans le PAERPA ?

M10 : non c'est pareil.

CR : d'accord très bien. Est-ce que vous avez l'impression que ce projet peut ou a pu modifier les prises en charge des personnes âgées ?

M10 : Ouais ça fait un rappel, oui quand on vient vous parler de la iatrogénie, la fois d'après quand vous allez en visite voir une personne âgée, vous refaites le point, "est ce qu'il a besoin de tout ça ?". C'est bête on le sait, mais, c'est facile, on met en route des traitements et puis en fait de temps en temps savoir se dire, tient "qu'est-ce qu'on pourrait enlever ?" c'est bien aussi. C'est vrai que là reparler de iatrogénie bah du coup on y repense.

CR : d'accord, très bien. Est-ce que vous avez d'autres choses à ajouter ?

M10 : non, c'est pas une vision négative, c'est juste qu'en fait je ne suis pas rentrée dedans vraiment, alors après je pense aussi que le fait que l'infirmière du secteur elle n'ait pas adhéré au projet je pense que ça n'aide pas non plus. Parce que c'est des patients qui ont été pris en charge c'est l'infirmière d'autres villages. Donc après on va dans les autres villages, mais forcément les personnes âgées que j'ai c'est ici. Le fait d'avoir une bonne base avec le centre hospitalier, avec un recours quand même assez facile quoi. Par exemple, le délai pour les consultations mémoire est long, mais si une fois, nous on appelle la secrétaire et qu'on dit non là ça va pas du tout, ils vont s'arranger, ils vont rajouter. Aussi des fois si on a un problème ils vont nous prendre le patient en hospitalisation quelques jours pour faire un bilan. Fin c'est vrai on n'est pas démuni. Et en même temps comme je vous disais c'est compliqué, parce que je n'ai pas tant que ça de patients. Donc du coup voilà.

J'ai une de vos collègues qui fait une thèse de pédiatrie il n'y a pas longtemps, ils m'ont envoyé des questionnaires c'était pour les enfants de moins de 3 ans, j'avais une pile de questionnaire à remplir pour les parents, si je voyais les parents même si l'enfant était pas là, à faire remplir. En fait ça était rempli super vite, parce que des moins de trois ans j'en vois tous les jours.

CR : Parfait.

Entretien n°11 :

CR : en première question un petit peu plus globale, par rapport au PAERPA, la place de la gériatrie dans votre activité ou dans vos journées, comment vous la définiriez ?

M11 : Énorme, mais bon j'ai un profil de patientèle, j'ai repris une succession donc il y a presque 23 ans maintenant, donc pis c'est la campagne donc j'ai un pourcentage sur les deux dernières tranches d'âge qui est en moyenne, je vois ça tous les ans, de 18 à 20% supérieur au référentiel région de ma caisse, donc CPAM du Hainaut. Je ne dois pas être la seule mais on est en campagne, donc plus de personnes âgées. C'est sûr.

CR : D'accord, et j'imagine que c'est ça qui vous prend parfois le plus de temps ? c'est beaucoup de visites ?

M11 : Oui beaucoup de visites, beaucoup de temps, beaucoup de contact avec les familles, pas toujours facile, les infirmiers au téléphone, les services de soins, voilà.

CR : D'accord, comment vous avez connu le projet PAERPA ?

M11 : je ne me souviens plus, je pense que j'ai reçu un courrier. Oui je me souviens j'ai été contacté par la gestionnaire de cas qui devait s'occuper de mon secteur, Mme C., que je connaissais déjà d'avant, parce qu'elle a fait une reconversion professionnelle, elle était déléguée médicale avant, voilà. Et donc...

CR : ...elle était venue vous présenter le projet ?

M11 : Oui, elle a été super réactive, on a démarré tambour battant, parce que c'était quand même très attendu, par moi, par les infirmières du secteur etc. Elle a travaillé avec nous 6 mois, puis je ne lui en veux pas, elle a été, on lui a proposé un poste ailleurs, là où elle habite, moins de kilomètres donc euh elle est partie. Et puis il y a eu un trou. Là depuis que S. est partie... Il y a un Mr qui m'a contacté récemment, qui reprend le secteur, donc j'ai rendez-vous avec lui la semaine prochaine.

CR : D'accord.

M11 : on va pouvoir redémarrer un peu les prises en charge.

CR : Très bien, et donc par rapport à ça, qu'est-ce qui vous a donné envie de participer au projet ? Là vous me dites qu'il y avait beaucoup d'attentes de votre part et de celle des infirmières ?

M11 : Les personnes âgées sont difficiles à bouger, j'étais encline à changer, tout ce qui est nouveau ça leur paraît compliqué. C'est pas facile de changer les habitudes, ils ont toujours peur d'avoir des choses à payer, la famille ne se rend pas toujours compte parce que la personne âgée à mon avis masque à ses enfants ses défaillances pour ne pas les embêter...Et donc tout ça c'est très compliqué, on se bat pendant des mois contre une carpette, avec des chaussures qui ne tiennent pas aux pieds, sur le sujet de la téléalarme parce que ça va coûter des sous, sur le problème des repas parce que ça coûte des sous, etc. etc. Fin tout est négocié mais âprement et parfois pendant des mois et parfois on n'aboutit à rien parce que "oh bah ça a toujours été comme ça et puis voilà".

CR : D'accord, et donc vous attendiez ce...

M11 : La notion de risque est, elle est, c'est tout le monde pareil, le risque tant qu'il n'est pas arrivé on ne le mesure pas.

CR : C'est vrai, et donc ça quand on vous a présenté le projet vous...

M11 : alors moi ce que j'ai trouvé intéressant c'est qu'il y avait quelqu'un qui allait passer, un professionnel qui allait dire, la même chose que moi en gros, que je répète depuis longtemps. Quelque fois quand c'est quelqu'un d'autres qui le dit, c'est mieux entendu ou c'est finalement accepté. Surtout quand la personne peut rassurer sur la prise en charge financière. Et ce qui m'a paru intéressant c'est qu'on pouvait avoir une ergothérapeute, une psychologue, toutes ces choses, éventuellement je crois qu'il y a diététicienne aussi. Enfin voilà tout ça ce n'est pas accessible aux personnes âgées habituellement. D'abord c'est coûteux c'est loin, il n'y a pas de transports. Donc là ça vient à domicile, moi j'avais trouvé que c'était une très bonne idée.

CR : D'accord.

M11 : Puisqu'on nous demande de faire du maintien à domicile à outrance parce que ça coûte moins cher à la maison et il paraît qu'ils sont mieux à la maison qu'en institution. Quand on voit certaines maisons on se dit que..., et certain fonctionnement de famille on se dit que ce n'est pas toujours le cas. Mais bon, voilà. Après la maison de retraite ça fait peur parce que c'est cher. C'est parfois insoluble. 2000 euros par mois euh...au minimum.

CR : Et dans cette prise en charge, dans le PAERPA, il fallait être associé soit avec une infirmière soit avec un pharmacien, qu'est-ce que vous avez pensé de ce principe ?

M11 : Le plus souvent c'est les infirmières, parce que c'est elles qui font le plus de boulot à domicile. Le pharmacien je ne vois pas trop...Il n'y a pas de pharmaciens dans votre famille ? (rires)

CR : Justement est-ce que parfois c'était plutôt les infirmières qui vous proposaient d'inclure des patients dans le PAERPA ou ça était...comment ça se passait souvent ?

M11 : On en a parlé et on est tombé d'accord sur un certain...après ça leur arrivé de me dire, "ah mais mamie untel ça serait bien aussi", ah bah je dis oui vous avez raison je n'y avais pas pensé. Pis vice et versa, moi j'ai pensé à des gens auxquelles elles n'avaient pas forcément pensé. Mais voilà, il y a toujours plus d'idées dans deux têtes que dans une.

CR : Bien sûr, et au niveau des pharmaciens effectivement, en fait parfois il peut en avoir qui peuvent déclencher aussi des choses, par des prescriptions ou de rediscuter sur des ordonnances ?

M11 : *visage disant non*

CR : c'était pas le cas ? ça a toujours été avec des infirmières ?

M11 : oui. Le pharmacien il ne sait pas toujours trop ce qu'il se passe à domicile. Alors ils peuvent être alertant quand il y a des ordonnances qui viennent de différents médecins. En général ils nous téléphonent directement en disant "vous savez que, entre temps il y a tel médecin qui est intervenu, tel médecin, il y a eu telle prescription.

CR : D'accord, très bien. Concernant donc cette aide externe, l'animatrice territoriale, qu'est-ce que vous avez pensé de son rôle quand elle était encore là ?

M11 : Indispensable. C'est elle qui, quand ils sont dynamiques et entreprenant, ça avance. Ceci dit, malgré tout son bon vouloir, et son dynamisme, parce qu'elle m'a vu une dizaine de cas en un temps record. Le résultat final il n'est pas terrible. Parce que bon il y a eu des cas où elle m'a dit à "ça y est mamie machin elle a accepté les chaussures il n'y a plus qu'à faire la prescription, la téléalarme c'est

en cours, elle est d'accord pour ci pour ça, il n'y a plus que les prises en charge mais ça va se mettre en route" pis moi quand je suis repassée 15 jours plus tard chez la mamie elle me dit je ne signerai rien mon fils il m'a dit de surtout ne rien signer. Le fils interpellé il me dit "je ne suis même pas au courant, de toute façon elle n'en fait qu'à sa tête, et j'ai rien à dire".

CR : et donc pour vous est-ce que c'était une des forces du projet initialement d'avoir cette animatrice territoriale, est-ce que sans animateur, quand elle n'était pas là, est-ce que vous avez fait des...

M11 : non il n'y a rien eu de fait.

CR : ce n'était pas pratique de faire sans animatrice ?

M11 : oui voilà.

CR : D'accord, est-ce que vous vous êtes déjà passés directement par la plateforme téléphonique, sans passer par l'animatrice territoriale ?

M11 : non.

CR : Au niveau des axes d'amélioration du projet. Si je veux résumer un petit peu, vous vous étiez motivés car c'était une attente, il y avait l'animatrice qui était un point fort, par contre est-ce dans les axes d'amélioration, est-ce que vous avez eu l'impression que ça a aidé les patients ? est-ce qu'il y a eu des choses qui ont été mises en place ? est-ce que ça a porté ses fruits ?

M11 : oui, il y a beaucoup de déception, évidemment, mais en même temps je ne suis pas très surprise puisque c'est des choses qu'on essaie de mettre en place et on rame. L'idée c'est si quelqu'un d'autre qui intervient "peut-être que". En gros c'est peut-être que oui, un sur dix. C'est mieux que rien.

CR : d'accord, pour vous c'était un outil supplémentaire, mais...

M11 : Moi je pense que la chose indispensable qui pourrait peut-être faire changer les choses c'est que l'animatrice quand elle vient, elle demande absolument qui est le parent, l'aidant principal, présent. C'est le fils qui fait les courses ou voilà. Qu'il y est un membre de la famille qui prenne enfin conscience de. Et qui suive et encourage, parce que la mamie elle va pas oser dire. Et puis après la famille n'étant pas présente au courant etc. C'est des méfiants en campagne, on sait jamais ça pourrait coûter des sous, on va peut-être me demander de l'argent. Et c'est plus vite fait de dire "laisse tomber tout ça". "ou non moi je ne m'en occupe pas". Ils ont toujours peur de payer.

CR : et concernant le travail en réseau. Est-ce que c'était une attente avec le PAERPA, ou est-ce que vous avez déjà à disposition autour de vous les réseaux nécessaires ?

M11 : Bah il y a le service de soins à domicile, oui il y a des réseaux. Moi je trouve dans un réseau ce qui est important c'est pour nous sur le terrain, mon emploi du temps est quand même assez chargé. Je suis dans une situation précise au domicile d'une patiente, il y a tel ou tel problème si je peux avoir mon intervenant au téléphone, nous on gère les problèmes là maintenant tout de suite. J'ai contacté la personne elle a pris les coordonnées, ça suit. Si je note sur un petit bout de papier, quand j'aurai le temps j'appellerai le service machin, truc muche, j'ai jamais le temps. (rires) Après oui je vais avoir le temps à 20 heures à 22 heures, j'ai personne. Donc euh. Service de soins à domicile, l'état est bien gentil mais il découpe donc moi maroilles j'ai des secteurs différents en SSIAD, selon que je suis dans tel ou tel village. Je travaille avec trois services de soin à domicile. Il y a des services de soin à domicile ça marche super bien, parce que j'ai le portable de la coordinatrice je suis en situation "allo Michelle, tatata" Elle note tout, elle me dit je passerai, pas demain pas après demain, telle date, voir la personne. Moi si je note sur mes tablettes quand j'aurai le temps je contacterai la plateforme machin je vais leur envoyer un mail à dix heures du soir, quinze jours après parce que tout d'un coup (*j'y pense*). Voilà quoi c'est compliqué, pour nous ce qui est, nous on gère, c'est-ce qu'attendent de nous nos patients. Ils arrivent à la consultation ils ont ce problème-là, ils attendent la résolution du problème là maintenant tout de suite. On est dans l'instant présent on n'est pas dans... Alors ça ça était un côté décevant, avec cette institution là, mais avec toutes les institutions. C'est on va prendre le cas, il va passer en réunion. Dans 15 jours, dans 3 mois.

CR : ça dont le PAERPA vous dites ?

M11 : pas forcément, avec S. ça travaillait au coup par coup, elle listait, je savais qu'une fois qu'elle avait les coordonnées de la personne, elle s'organisait elle passait un coup de fil elle disait je vais voir Mme machin demain à telle heure. Une paire de fois j'ai réussi à me débrouiller pour être en même temps qu'elle. Mais sinon... voilà.

CR : D'accord. Est-ce que vous avez, la communication avec les pharmaciens, avec les infirmières ça a modifié quelque chose le PAERPA dans cette communication ?

M11 : Non.

CR : D'accord. Est-ce que vous avez l'impression que ce projet a modifié un peu, c'est un grand mot, votre pratique médicale ? C'est à dire que ça vous a, parfois quand on rafraichit la mémoire sur quelque chose, on se dit la prochaine fois j'y penserai un peu plus. Est-ce que ça a modifié quelque chose ? ou pas nécessairement ?

M11 : Non.

CR : Est-ce que vous pensez qu'avec un nouvel animateur vous allez refaire des dossiers ?

M11 : Oui.

CR : Oui ? d'accord. Très bien. Une petite question en plus, est-ce que par rapport au PAERPA vous aviez l'impression que ça pouvait faire une prise en charge plus globale pour un patient qui est en risque d'autonomie ?

M11 : de toute façon la perte d'autonomie elle finit par arriver. Bah soyons logique. Ils continuent à vieillir.

CR : et est-ce que le PAERPA pouvez être une prise en charge plus globale, quand il venait à la maison il voyait plusieurs choses ?

M11 : oui.

CR : Parfois il y a des collègues qui me disent qu'ils avaient l'impression que ça prenait trop la main par rapport à eux, ou est-ce que vous c'était votre sentiment ? Il y en a qui m'ont dit je n'ai pas besoin de ça pour savoir ce que je dois faire.

M11 : ah bah on sait ce qu'on doit faire. Mais on n'y arrive pas. C'est là le blocage il est là. Je me souviens d'une histoire de carpette à la sortie du lit. Le monsieur était à risque de chute, sa fille habitait loin, il y avait une belle carpette grecque, et pas moyen, avec du carrelage bien lissé. Bon donc un jour je suis arrivée avec du scotch double face, parce que j'ai compris que la carpette c'était un souvenir de sa femme, leur dernier voyage après elle était tombée malade, elle était morte. Ah bah on ne pouvait pas toucher à la carpette. Alors j'ai mis du scotch double face. Et puis le mois suivant quand je suis repassée, il avait disparu, je dis bah pourquoi il a disparu ? Bah c'est la femme de ménage elle n'arrive pas à laver dessous. Je dis qu'est-ce qui est le plus important ? qu'il n'y ait pas de tâche sur le carrelage mais que vous finissiez à l'hôpital avec un col du fémur ? Donc j'ai remis du scotch. Mais l'aide-ménagère...Donc voilà et ça c'est terminé comme ça malheureusement, il a fait une chute il a été hospitalisé, c'était pas cette carpette là c'était une autre bon. Il y a les escaliers de la cave, toute sorte de chose. Maintenant je pense aussi qu'on n'imagine pas, c'est bien que c'est gens-là, les gens du PAERPA aille à domicile, pour voir un petit peu. Les hospitaliers des fois ils devraient y mettre le nez aussi, parce que des fois on entend des jugements d'hospitaliers, bah allez-y dans la maison de la mamie, c'est 19ème siècle, ça n'a pas bougé.

CR : donc pour vous c'était une aide supplémentaire un autre regard qui pouvait appuyer aussi auprès du patient...

M11 : ...ce qu'on dit voilà oui.

Entretien n°12 :

CR : Je voulais savoir un petit peu, la place de la gériatrie dans votre pratique ?

M12 : Alors moi j'en fais beaucoup, parce que j'ai fait le DU de gériatrie, donc j'ai beaucoup beaucoup de patients gériatriques, et voilà.

CR : Est-ce que c'est beaucoup de déplacements ? de visites ?

M12 : Il y a beaucoup de visites, j'en ai beaucoup au cabinet aussi.

CR : Comment vous avez connu ce projet du PAERPA ?

M12 : Je l'ai connu déjà quand j'ai fait mon stage en gériatrie. Parce que j'ai fait un stage d'une semaine donc là on m'en avait parlé qu'il y avait le PAERPA qui commençait à se mettre en place. J'y étais passé dans le cadre du DU, pas en tant qu'interne. Et du coup après c'est l'infirmière coordinatrice du PAERPA (*sous-entendu l'animatrice**) qui est venu nous faire un petit cours entre guillemets, fin un petit rappel

de leur existence, à quoi ça servait tout ça...

CR : D'accord, très bien. Et initialement, est-ce que vous aviez des attentes, et c'était quoi vos attentes de ce projet ?

M12 : Alors les attentes que j'avais, c'était 1, d'avoir un regard différent sur le patient. 2, d'avoir plus de temps pour le patient. Quand ils viennent faire l'évaluation ils prennent plus de temps, que moi en tout cas, pour cibler les problèmes. 3, ça me facilite énormément les choses parce que tu coups ça coule un peu tout seul je trouve. Fin ça ne me demande pas beaucoup d'énergie, hormis moi je vois les familles, fin les patients qui peuvent avoir des problèmes potentiels. J'ai juste envoyé un mail en disant "bah voilà..." Je pense qu'une fois que vous avez ciblé tel ou tel patient, faire une évaluation gériatrique globale standardisée, pour voir justement, authentifier les problèmes qu'il y a. Et après on met en place les choses qu'il faut.

CR : D'accord, et quand vous me dites avoir un regard différent c'est avoir... ?

M12 : Une autre personne qui regarde, je trouve que c'est mieux de travailler en complémentarité et d'avoir un regard multidisciplinaire aussi.

CR : D'accord. Et est-ce qu'initialement vous aviez des freins à une bonne prise en charge avant le PAERPA ?

M12 : Avant le PAERPA ? Les freins c'était le temps, c'est à dire que ça demande énormément de temps de faire une évaluation gériatrique standardisée. D'autant plus à domicile, c'est là où c'est le plus intéressant. Mais c'est là où ça demande le plus de temps parce qu'il faut se déplacer. J'ai déjà pas mal de visites de manière générale, donc ce n'était pas du temps que je pouvais prendre. Ou alors si si je peux le prendre, mais finir à 22h c'était pas mon mode de vie.

CR : D'accord. Et quelles difficultés vous avez eu auprès de vos patients pour les faire adhérer à ce projet ?

M12 : Alors c'était faire rentrer, il y a quelques patients, je pense il doit y en avoir 2, sur la totalité. Ce qui ne voulait pas de personnes étrangères, de personnes intrusives, qui rentrent en plus que le médecin chez eux. Notamment une infirmière (*sous-entendu l'animatrice*) qu'il ne connaissait pas. Et voyait pas forcément l'intérêt. Alors soit c'est parce que je ne l'ai pas bien expliqué, soit c'est parce qu'ils n'ont pas bien compris. Ça ça arrive aussi. Et il y en a 2 principalement qui ont été réfractaires à ça. Sinon ça se passe bien.

CR : D'accord, très bien. Lors de la prise en charge avec les patients, il y avait besoin qui est avec le médecin traitant, soit l'infirmière, soit le pharmacien. Qu'est-ce que vous avez pensé de cette participation ?

M12 : des différents acteurs ? Alors je pense que le pharmacien devrait toujours être intégré dans le sens où, moi ce qui me pose le plus de soucis c'est plus les génériques. Mais c'est pas souvent le cas. Parce que c'est pas ce qui est ciblé. C'est que les génériques, je ne sais pas s'ils ont une charte officielle ou pas, mais je pense que pour les personnes âgées il ne faut pas changer de marques de génériques en tout cas. Parce que j'ai déjà vu le cas, ça se retrouve assez fréquemment qu'ils ont 2 boîtes différentes et qu'ils ne savent pas en fait ce qu'ils doivent faire. Et ça ça peut-être problématique pour le patient. Qu'ils aient des génériques moi ça ne me choque pas particulièrement, mais il ne faut pas changer de marques. Il y a des pharmaciens qui changent tous les 3 mois d'appels d'offres. Et ça c'est le meilleur moyen pour les rendre confus pour les patients.

CR : D'accord, et les pharmaciens ?

M12 : Alors j'ai pas de retour.

CR : C'était toujours avec une infirmière à chaque fois ?

M12 : Bah c'est toujours l'infirmière j'ai jamais rencontré le pharmacien, alors est-ce que l'infirmière elle le fait venir ça je sais pas. Mais je n'ai jamais rencontré de pharmaciens dans le cadre du PAERPA.

CR : Et lors du projet, quand vous avez voulu inclure des patients, c'était à votre initiative, à l'initiative de l'infirmière du secteur ?

M12 : Non c'est quasiment toujours à mon initiative, bien souvent, ce que je fais, je me fais des rappels. C'est principalement des patients en visite. Donc quand je les vois je les cible, j'ai une liste qu'après j'envoie par mail à l'infirmière coordinatrice (*sous-entendu l'animatrice*), en notant les adresses, les numéros de téléphones, en mettant un petit mot sur le pourquoi de la demande. Et après c'est elle qui

y va et on se revoit bien souvent c'est un ou deux mois après, une fois qu'elle a eu le temps de les voir. On se revoit on fait le point sur les patients, en disant elle ce qu'elle a ciblé, ce qu'elle a remarqué, et ce qui serait bien de faire. Et on va dire à 95% des cas je suis en accord avec ce qu'elle a vu et on va dans le même sens.

CR : D'accord, et donc vous me parlez de l'infirmière coordinatrice, nous on parle de l'animatrice territoriale...

M12 : C'est ça voilà, on parle de l'animatrice territoriale pardon.

CR : Et donc qu'est-ce que vous avez pensé de ce rôle dans le PAERPA ?

M12 : Pour moi très intéressant, parce qu'elle me fait gagner du temps, puis elle permet de bien, elle fait une vraie évaluation standardisée déjà, elle me cible des points que je n'ai pas forcément vu, alors je vois qu'il peut y avoir des points mais par aussi précis aussi pointu. Notamment sur les troubles de l'équilibre, sur l'alimentation / dénutrition. Et de toute façon je suis assez complémentaire parce que j'aime bien aussi les envoyer faire des évaluations standardisées en hôpital. Mais l'hôpital n'est pas le même que le domicile non plus, c'est pour ça que c'est intéressant de les voir à domicile. Et des fois, le réseau Repèr'âge, c'est pareil je travaille beaucoup avec eux, du coup ils n'ont pas toujours le temps c'est pas non plus, ça ne relève pas non plus de leur ressort de certains problèmes spécifiques.

CR : est-ce que vous avez fait effectivement la différence entre Repèr'âge qui est peut-être plus pour les personnes qui ont déjà une perte d'autonomie avérée...

M12 : oui oui c'est ça

CR : et le PAERPA ?

M12 : des fois après de toute façon c'est le PAERPA qui me rebascule, quand ils font une évaluation ils disent "là c'est peut-être un peu trop important". Il bascule soit sur Repèr'âge soit sur le réseau de psychogériatrie. Qui se déplace aussi à domicile, donc c'est pas trop mal.

CR : Donc c'était aussi une importance le domicile, ce projet, qu'ils viennent au domicile et qui voient le domicile ?

M12 : Pour moi c'est très bien qu'il se déplace, parce que déjà les patients on ne les envoie pas à l'hôpital, ça limite les freins, ils acceptent plus facilement de faire une consultation, et surtout c'est qu'on les évalue à domicile. Parce qu'au final ce qui est important c'est dans leur milieu. C'est là où les problèmes apparaissent, si on les voit à l'hôpital qu'on leur demande "est-ce qu'il y a un tapis au sol ? est-ce que vous avez des barres ?" Bon. C'est toujours moins parlant que quand on le voit et quand on peut plus envisager comment organiser leur maison après.

CR : D'accord, est-ce que vous avez déjà pensé à des axes d'améliorations pour ce projet ? Des modifications à apporter ?

M12 : Bah je sais qu'il était question éventuellement de faire des réunions multidisciplinaires, avec plusieurs médecins. Pour justement pour faire des axes de réflexion voir ce que l'on peut faire. Concrètement à l'heure actuelle des choses j'ai pas forcément de pistes d'améliorations à apporter, je pense que si on m'en propose c'est sûr que je vais y réfléchir, et puis c'est peut-être là ça me fera prendre conscience de "ça peut être un bon point". Mais non moi je ne vois pas d'axes principalement, en tant que tel ça me semble déjà pas trop mal.

CR : D'accord et j'ai des collègues qui me parlent aussi de la grille pour inclure les patients, qu'est-ce que vous pensez de cette grille ?

M12 : C'est quoi ça ?

CR : les grilles à cocher...ou est-ce que c'est l'animatrice territoriale ?

M12 : elle me remplit tout.

CR : d'accord donc vous n'aviez pas de papiers ?

M12 : si faut juste remplir les feuilles de soins (rires) non non elle fait vraiment...fin c'est pour ça je ne vois pas quelles sont les freins. Elle fait tout. Faut le dire moi elle me remplit tout, on revoit juste après point par point, on voit ensemble ce qui était ciblé. Mais tout est rempli fin j'ai pas de papiers en plus, j'ai pas de charge administrative en plus, fin c'est pareil quand il y a des troubles de l'équilibre voilà c'est elle qui se met en réseau avec l'estrade qui leur demande après de passer à domicile, j'ai juste à remplir une ordonnance, c'est un gain de temps.

CR : Après, sur des secteurs où il y a déjà beaucoup de choses qui sont faites pour les patients gériatriques, comme Valenciennes ou le Quesnoy par exemple, on me dit souvent que c'était pas une attente ce projet car il y avait beaucoup de choses, vous finalement, j'ai quand même l'impression qu'il y a eu un plus ?

M12 : c'est un plus parce que c'est beaucoup plus pratique, car elle centralise plus de choses, et surtout pour la contacter c'est hyper simple. Je la contacte par mail, et puis après je lui envoie tout par mail, donc ça me prend, un fois que j'ai ciblé mes patients, ça me prend 5 minutes à rédiger le mail avec les coordonnées tout ça. Je lui envoie la liste de patients et après on se revoit une fois qu'elle a le temps de tous les voir. Donc je trouve que c'est plus didactique, et puis surtout elle centralise les choses. C'est comme ça que je le vois et après on distribue sur les intervenants différents.

CR : Parfait, est-ce que ce projet a modifié la communication que vous aviez avec les infirmières ou les pharmaciens du secteur qui s'occupent du même patient que vous ?

M12 : non, pas tellement. Non parce que c'est vrai que c'est un peu compartimenté, c'est peut-être ça qui manque. C'est les réunions multidisciplinaires, peut-être...

CR : Pour avoir des retours des collègues ?

M12 : ou c'est à dire qu'une fois ou deux fois par an, de se faire une réunion avec plusieurs pharmaciens, qui participent au projet, plusieurs médecins qui participent au projet, et plusieurs infirmières aussi. Donc tous les acteurs de soin, peut-être se réunir, une à deux fois par an pour discuter un petit peu de l'évolution des choses, ce qu'on peut changer ce qu'on peut modifier. Et ça ça pourrait être intéressant, éventuellement.

CR : Parfait, une dernière question, est-ce que ce projet a modifié votre pratique médicale ?

M12 : Je pense que ça l'a amélioré. Dans mon sens, parce que le patient est mieux pris en charge. Parce qu'on ne prend pas le temps de faire bien les choses même on sait ce qu'il faut faire. On prend pas le temps parce qu'on est bouffé par le temps, mais là au moins le patient est pris en charge de manière correcte. Surtout le patient gériatrique. Et on anticipe un peu les problèmes surtout ça. Plutôt que de réagir on agit. Je trouve.

AUTEUR : Nom : RAMEZ

Prénom : Claire

Date de Soutenance : 23/03/2018

Titre de la Thèse : Identifier les motivations des médecins traitants à participer et à adhérer au projet PAERPA

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : Soins intégrés, PAERPA, Personnes âgées, Autonomie, Médecins traitants, Gériatrie

Résumé :

Introduction : Le projet PAERPA (Personnes âgées en Risque de Perte d'Autonomie) est un dispositif innovant de soins intégrés. Le médecin traitant réalise un PPS « multirisque » (Projet Personnalisé de Soins) avec pour objectif de faciliter le repérage des personnes âgées ayant au moins un des quatre risques de perte d'autonomie (Chute, Dénutrition, Dépression, Iatrogénie) et d'organiser le parcours de santé de ces patients à risque sur le plan médicosocial et sanitaire. L'objectif de cette étude était de rechercher les motivations des médecins traitants à participer et à adhérer au projet PAERPA.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative avec analyse par théorisation ancrée. Tout médecin traitant ayant réalisé au moins un PPS multirisque était éligible. Des entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés entre avril et octobre 2017. Les entretiens ont été retranscrits puis analysés sur le logiciel NVIVO®.

Résultats : Douze entretiens ont été réalisés pour obtenir la saturation des données. Les motivations des médecins traitants à participer et adhérer au projet PAERPA étaient la coordination et la centralisation des moyens autour du patient, sous la responsabilité du médecin traitant. Ainsi que la présence d'une animatrice territoriale, qui représente un contact unique et allège la charge administrative. La réalisation d'un bilan PPS permet une prise en charge globale du patient, multidisciplinaire et réalisé au domicile. Cela entraîne une modification des pratiques en permettant une délégation de tâches et une démarche de prévention.

Conclusion : Les avantages des soins intégrés sont sources de motivations pour les médecins traitants. L'amélioration de la communication entre professionnels autour de la prise en charge du patient et de son suivi renforcerait le développement du projet.

Composition du Jury :

Président : Pr Éric Boulanger

Assesseurs : Pr Jean-Marc Lefebvre, Dr Matthieu Calafiore, Dr Delphine Dambre, Dr Jean-Baptiste Beuscart