



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2017

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Motivations des médecins traitants à élaborer des plans personnalisés de santé de conciliation médicamenteuse dans le cadre du projet PAERPA.

Présentée et soutenue publiquement le 1^{er} décembre 2017 à 18h00
au Pôle Formation
Par Maxime LOTIN

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Eric BOULANGER

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Michel LUYCKX

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Monsieur le Docteur Jean-Baptiste BEUSCART

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Régis HANOT

Avertissement

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

Table des matières

Liste des abréviations

Résumé

INTRODUCTION	1
1 Le projet PAERPA	1
2 Les soins intégrés	2
3 Intervention hospitalière et PPS de conciliation médicamenteuse	2
3.1 Inclusion des patients au projet PAERPA	3
3.1.1 Critères d'éligibilité	3
3.1.2 Critères de non inclusion	3
3.1.3 Critères d'exclusion	4
3.2 Recrutement des professionnels de santé libéraux	4
3.2.1 Médecins traitants et pharmaciens de ville	4
3.2.2 Recrutement des autres professionnels de santé	5
3.3 La conciliation médicamenteuse	6
3.4 Documents produits	6
3.5 Le plan personnalisé de santé	7
3.6 La coordination clinique de proximité	7
3.6.1 Rôle du médecin traitant	7
3.6.2 Rôle du pharmacien	8
3.7 Rôle de l'animatrice territoriale	8
4 Objectifs de l'étude	9
MATERIELS ET METHODES	10
1 Type d'étude	10
2 Population	10
3 Guide d'entretien	11
4 Recueil des données	11
5 Analyse des données	12
5.1 Retranscription des données	12
5.2 Utilisation du logiciel NVIVO®	13
5.3 Codage	13
5.4 Réflexion collective	14
RESULTATS	15

1 Réalisation de l'étude.....	15
1.1 Description des participants.....	15
1.2 Description des entretiens.....	17
1.3 Modifications du guide d'entretien.....	17
2 Résultats de l'étude.....	18
2.1 Difficultés de l'exercice gériatrique en ambulatoire.....	18
2.2 Motivations des médecins traitants à élaborer des PPS.....	20
2.2.1 Motivations conceptuelles.....	20
2.2.1.1 Pluridisciplinarité.....	20
2.2.1.2 Coordination.....	21
2.2.1.3 Place du médecin traitant.....	22
2.2.1.4 Gain de temps.....	22
2.2.1.5 Rémunération.....	23
2.2.2 Motivations pour les patients.....	24
2.2.3 Conciliation et courrier de synthèse médicamenteuse.....	24
2.2.3.1 Difficultés à la conciliation médicamenteuse en ville.....	25
2.2.3.2 Accepter la conciliation médicamenteuse.....	26
2.2.3.3 Avantages de la conciliation médicamenteuse hospitalière.....	26
2.2.3.4 Bénéficiaire du courrier de synthèse médicamenteuse.....	28
2.3 Implication des pharmaciens d'officine.....	29
2.3.1 Points positifs.....	29
2.3.2 Points négatifs.....	31
2.4 Implication de l'animatrice territoriale.....	32
2.4.1 Points positifs.....	32
2.4.2 Points négatifs.....	34
2.4.3 Statut de l'animatrice territoriale.....	35
2.5 Communication inter-professionnelle.....	36
2.5.1 Difficultés liées à la communication.....	36
2.5.2 Modes de communication.....	37
2.5.3 Confraternité des communications.....	38
2.5.4 Lien ville-hôpital.....	38
2.5.5 Pharmaciens et CCP.....	39
2.5.6 Conclusion.....	42
2.6 Axes d'amélioration.....	43
2.6.1 Informations.....	43
2.6.2 Communication et coordination.....	45
2.6.3 Plan personnalisé de santé.....	45
2.6.4 Manque d'émulation.....	46
2.6.5 Exclusion de patients.....	46
2.6.6 Améliorations sur l'intervention de conciliation médicamenteuse.....	46
2.6.7 Actualiser le plan de prise.....	47

2.6.8 Faciliter l'accès au courrier de synthèse médicamenteuse.....	48
2.6.9 Promouvoir l'éducation thérapeutique.....	48
2.6.10 Renforcer le contrôle de l'observance.....	48
DISCUSSION.....	49
1 Analyse du diagramme de flux.....	49
1.1 Refus de participation.....	49
1.2 Absence de réponse.....	49
1.3 Sujet interrogé exclu.....	49
2 Analyse des résultats de l'étude.....	50
2.1 Motivations des médecins traitants.....	50
2.2 Implication des pharmaciens d'officine.....	51
2.3 Implication de l'animatrice territoriale.....	53
2.4 Communication inter-professionnelle.....	55
2.4.1 Concernant les acteurs hospitaliers.....	55
2.4.2 Concernant les acteurs ambulatoires.....	55
2.5 Discussion sur les axes d'amélioration.....	57
2.5.1 Manque d'information.....	57
2.5.2 Charge administrative.....	57
2.5.3 Plan personnalisé de santé.....	57
3 Forces de l'étude.....	58
3.1 Préparation de l'étude.....	58
3.2 Recueil et étude des données.....	59
3.3 Modifications du guide d'entretien.....	60
3.4 Échelle COREQ.....	60
4 Limites de l'étude.....	60
4.1 Limites liées à l'investigateur.....	60
4.2 Limites liées à la population.....	61
4.3 Limites liées aux entretiens.....	61
CONCLUSION.....	62
REFERENCES.....	63
ANNEXES.....	65

Liste des abréviations

ARS : Agence régionale de santé

AT : Animatrice territoriale

BMO : Bilan médicamenteux optimisé

CCP : Coordination clinique de proximité

CSM : Courrier de synthèse médicamenteuse

CTA : Coordination territoriale d'appui

DAT : Dispositif d'appui territorial

DCI : Dénomination commune internationale

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

IPP : Inhibiteur de la pompe à protons

GIR : Groupe iso ressources

ML : Maxime LOTIN, investigateur

PAERPA : Personnes âgées en risque de perte d'autonomie

PPS : Plan personnalisé de santé

PSL : Professionnels de santé libéraux

Résumé

Introduction : Le projet PAERPA (Personnes âgées en Risque de Perte d'Autonomie) est un dispositif innovant de soins intégrés. Le Plan personnalisé de santé (PPS) de conciliation médicamenteuse est une intervention ciblant la iatrogénie. Au cours d'une hospitalisation, les patients bénéficient d'une conciliation médicamenteuse. En ville, les Professionnels de santé libéraux (PSL) s'organisent en Coordination clinique de proximité. Ce travail est formalisé par Le PPS. L'objectif de cette étude est de chercher les motivations des médecins traitants à élaborer des PPS.

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

Résultats : Sur 53 sujets éligibles, il a été réalisé 18 entretiens pour obtenir la saturation des données. Le nombre de PPS médian par médecin traitant était de 9. Les motivations conceptuelles des médecins traitants à élaborer des PPS étaient la pluridisciplinarité, la coordination, la place du médecin traitant, le gain de temps et la rémunération. Les motivations pratiques étaient l'amélioration de la prise en charge et la conciliation médicamenteuse hospitalière. Les médecins traitants étaient satisfaits de l'intervention du pharmacien d'officine, malgré une faible connaissance de leur rôle. L'aide de l'AT était aussi appréciée, mais les médecins traitants regrettaient son faible suivi. La communication inter-professionnelle n'a pas été modifiée par le projet PAERPA. Les contacts sont rares mais confraternels et suffisants. Les axes d'amélioration du projet

concernaient l'information délivrée aux médecins traitants, la communication en CCP, la charge administrative du PPS, l'exclusion de patients.

Conclusion : Les avantages des soins intégrés sont sources de motivations pour les médecins traitants. Une meilleure information aux PSL et une meilleure communication des PSL entre eux renforcerait le développement du projet PAERPA.

INTRODUCTION

L'insuffisance de coordination entre les différentes prises en charge sanitaires, sociales et médico-sociales ainsi que le recours abusif à l'hospitalisation sont les causes principales de rupture dans le parcours de santé des personnes âgées(1).

Les instances réglementaires françaises préconisent la mise en place de parcours pilotes dont l'objectif est d'atteindre, par une pratique plus coopérative entre professionnels et une participation plus active des personnes soignées, une qualité d'ensemble et dans la durée, de la prise en charge soignante(1).

1 Le projet PAERPA

Le projet PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) est un projet national déployé depuis 2014 sur des territoires pilotes par l'Agence régionale de santé (ARS). Le Valenciennois Quercitain est l'un des territoires pilotes du projet PAERPA. Des instances locales ont été créées pour gouverner l'expérimentation(1). Dans le Valenciennois Quercitain, il s'agit du Dispositif d'appui territorial (DAT), établi à Saint-Amand-Les-Eaux (équivalent local de la Coordination d'appui territorial (CTA) dans les autres territoires PAERPA).

Un des enjeux majeurs de l'expérimentation est d'aller au-delà des approches préexistantes de structuration de la coordination des acteurs, de décloisonner les secteurs sanitaire, médico-social et social, ainsi que de créer de la coordination entre l'hôpital et la ville, en impliquant de manière forte les Professionnels de soins libéraux (PSL)(1).

2 Les soins intégrés

L'OMS définit les soins intégrés comme la gestion et la prestation de services sanitaires de qualité et sûrs permettant à la population de bénéficier d'un ensemble de services aux différents niveaux et sur les différents lieux de soins dans le cadre du système de santé(2).

Le patient se situe au centre de cette approche. Il doit avoir la possibilité de prendre en charge ses soins, tout en étant encadré par un réseau multidisciplinaire. Ce réseau comprend 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. Les membres de ce réseau travaillent ensemble et avec le patient. Chaque intervenant peut offrir sa propre expertise(3).

Les soins intégrés visent une optimisation du système de soins de santé, fondée sur la réalisation conjointe des objectifs suivants :

- Améliorer l'état de santé de la population en général.
- Améliorer la qualité des soins (accessibilité, evidence-based medicine).
- Accroître l'efficacité des moyens alloués(4).

3 Intervention hospitalière et PPS de conciliation médicamenteuse

Parmi les procédures mises en place par le projet PAERPA, une intervention cible le risque iatrogène : Il s'agit du Plan personnalisé de santé (PPS) de conciliation médicamenteuse.

3.1 Inclusion des patients au projet PAERPA

L'inclusion des patients est réalisée au centre hospitalier de Denain, soit par le gériatre, soit par l'infirmière de l'Équipe mobile de gériatrie (EMG). Les services concernés par l'inclusion sont le service de médecine A, de médecine B, de pneumologie, de court séjour gériatrique, de soins de suite et réadaptation, de convalescence.

3.1.1 Critères d'éligibilité

Les critères d'éligibilité des patients sont :

- Être admis en hospitalisation en urgence à l'hôpital de Denain.
- Avoir un âge supérieur ou égal à 75 ans.
- Résider dans le territoire PAERPA du Valenciennois-Quercitain décrit en annexe 1.
- Être à risque de perte d'autonomie, défini par le fait d'avoir au moins un des

critères suivants :

- Présenter trois pathologies ou plus.
 - Recevoir un traitement anticoagulant oral : anti-vitamine K ou anti-coagulant oral direct
 - Recevoir un traitement diurétique.
- Avoir un projet de retour à domicile.

La recherche du consentement de participation est réalisée pour tout patient éligible.

3.1.2 Critères de non inclusion

Les critères de non inclusion des patients sont :

- Refus de participation du patient.
- Refus de participation du médecin traitant et/ou du pharmacien de ville.

- Hospitalisation uniquement en unité d'hospitalisation de courte durée des urgences.

- Retour à domicile après un passage aux urgences sans hospitalisation.

La non inclusion est justifiée dans les deux derniers cas par une impossibilité de réaliser l'intervention hospitalière dans le temps imparti.

3.1.3 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion des patients sont :

- Transfert du patient dans un autre établissement de soins.
- Les patients dont le médecin traitant travaille pour la Carmi.
- Les patients vivant en EHPAD.
- Les patients présentant des troubles cognitifs sévères.
- Les patients dépendants, de stade GIR 1 ou 2.
- Les patients sous tutelle ou sous curatelle.

L'exclusion est justifiée dans les quatre derniers cas par une autonomie déjà altérée.

Tout patient éligible, n'ayant aucun critère de non-inclusion ni d'exclusion est inclus.

3.2 Recrutement des professionnels de santé libéraux

3.2.1 Médecins traitants et pharmaciens de ville

Le médecin généraliste recruté doit être le médecin traitant déclaré du patient. Le pharmacien d'officine recruté doit être le pharmacien de l'officine dans laquelle le patient se rend habituellement.

Les médecins traitants et les pharmaciens de ville peuvent être recrutés de deux façons :

- Si le patient hospitalisé est pris en charge par des PSL non informés du projet PAERPA, ceux-ci sont contactés par l'Animatrice territoriale (AT) pendant l'hospitalisation. Un contact téléphonique d'information est réalisé. Un consentement de participation au projet PAERPA est recherché. Une visite au cabinet ou à l'officine peut venir compléter *a posteriori* l'information et l'acculturation des PSL au PAERPA.

- Dans la majorité des cas, les PSL sont contactés par l'AT en amont de toute inclusion. En effet, l'AT effectue un travail systématique d'information des PSL. Si le patient hospitalisé est pris en charge en ville par des PSL déjà informés du projet PAERPA et ayant accepté le projet, le patient est inclus et l'AT signale au médecin traitant cette inclusion.

Les autres moyens de communication du projet aux médecins traitants sont :

- Information via les délégués de l'assurance maladie.
- Information par des réunions organisées par le DAT.
- Information via l'URPS.
- Information pendant les formations mises en place par les organismes gestionnaires de la formation professionnelle continue.

3.2.2 Recrutement des autres professionnels de santé

Les autres PSL travaillant autour du patient sont sollicités par l'AT, notamment l'infirmière et le kinésithérapeute. Un refus de la part de ces professionnels de santé n'entraîne pas la non inclusion du patient dans le projet PAERPA.

3.3 La conciliation médicamenteuse

Un Bilan médicamenteux optimisé (BMO) est réalisé. Il s'agit d'établir la liste complète et exacte de tous les médicaments que prend la personne âgée habituellement à son domicile. Le BMO est réalisé par le pharmacien hospitalier.

A partir du BMO, une analyse pharmaceutique est conduite en concertation avec le gériatre. Une optimisation des traitements est proposée en regard des antécédents du patient, des données cliniques et des référentiels de prescriptions appropriées et inappropriées chez la personne âgée (Liste de Laroche(5) et critères STOPP-START(6)).

Lorsque la sortie d'hospitalisation du patient est programmée, une nouvelle conciliation médicamenteuse est réalisée. Cette conciliation favorise la transition ville-hôpital. L'ordonnance de sortie est réalisée si le traitement a été modifié par rapport au BMO. Un entretien est réalisé avec le patient pour l'informer des changements thérapeutiques et de son traitement de sortie.

3.4 Documents produits

Les documents produits à la sortie d'hospitalisation sont :

- Le courrier de synthèse médicamenteuse (annexe 2), remis au patient à destination du médecin traitant et du pharmacien de ville.
- Le plan de prise des traitements (annexe 3).
- Si besoin, l'ordonnance de sortie avec la mention « quantité suffisante pour 7 jours ».

3.5 Le plan personnalisé de santé

L'intervention hospitalière sus-décrite permet au médecin traitant d'initier un plan personnalisé de santé. Il s'agit de la formalisation du travail de la Coordination clinique de proximité (CCP).

Le PPS (annexe 4) est présenté sous la forme d'un dossier type composé de :

- Des informations générales sur le patient et ses contacts utiles.
- Un plan d'actions (plan de soins et plan d'aides).
- L'entretien pharmaceutique réalisé à un mois de l'initiation du PPS.
- Une check-list de problèmes à traiter par les PSL.
- Un tableau de suivi du PPS.

3.6 La coordination clinique de proximité

La CCP désigne la coopération entre les professionnels de santé libéraux travaillant autour du patient. Elle est placée sous la responsabilité du médecin traitant. Une CCP comprend au moins le médecin traitant et le pharmacien de ville, et éventuellement l'infirmière et/ou le kinésithérapeute. Cette CCP est mise en place afin de coordonner les soins du patient et d'élaborer une synthèse d'évaluation, formalisée par le PPS.

Une rémunération est attribuée par l'ARS aux membres de la CCP pour un PPS par an et par patient. Son montant est de 100€, à partager entre les différents PSL.

3.6.1 Rôle du médecin traitant

Le médecin reçoit les documents produits à l'hôpital. Le médecin traitant utilise ces documents, sa propre expertise et sa propre connaissance du patient pour valider ou non

les propositions thérapeutiques. Le cas échéant, il propose les modifications adéquates. Il élabore le PPS et réalise son suivi par la coordination de la CCP.

3.6.2 Rôle du pharmacien

Le pharmacien reçoit le courrier de conciliation médicamenteuse et l'ordonnance de sortie le cas échéant. Il participe à la CCP avec le médecin traitant.

A la sortie d'hospitalisation, il réalise un 1^{er} entretien avec le patient sur son ordonnance. A un mois de l'hospitalisation, il réalise l'entretien pharmaceutique.

Celui-ci comprend :

- La délivrance des traitements.
- Une enquête d'observance.
- Une évaluation du risque iatrogénique.
- Avec accord du patient, une révision de l'armoire à pharmacie du patient peut être réalisée à domicile.

Cet entretien pharmaceutique est formalisé sous la forme d'un feuillet du PPS.

Si le patient présente des difficultés dans la prise de son traitement, le pharmacien peut proposer au médecin traitant la prescription d'une éducation thérapeutique.

3.7 Rôle de l'animatrice territoriale

L'animatrice territoriale est un membre du DAT, la structure locale qui met en application les directives nationales du projet PAERPA. L'animatrice territoriale du Denaisis est Madame Sophie Becque.

L'animatrice territoriale a pour mission de :

- Former et acculturer les PSL au projet PAERPA.
- Chercher le consentement des PSL à participer au projet PAERPA.

- A la sortie d'hospitalisation du patient, elle fait le lien entre les acteurs hospitaliers et les acteurs ambulatoires.

- Guider les PSL engagés dans une CCP, et les accompagner dans l'élaboration des PPS.

4 Objectifs de l'étude

Le projet PAERPA est un dispositif innovant de soins intégrés. Un parcours de santé hospitalier et ambulatoire ciblant la iatrogénie est créé. Il fait intervenir différents intervenants spécialisés autour du patient. La coordination de ces acteurs a pour but l'optimisation du système de santé et de la prise en charge du patient.

La mise en œuvre des soins intégrés constitue un changement des pratiques habituelles. Le frein principal à un changement de pratiques est souvent la résistance des acteurs concernés.

Ainsi, il paraît intéressant de rechercher le point de vue de ces acteurs sur les innovations proposées par le projet PAERPA.

Cette étude a pour objectif principal de chercher quelles sont les motivations des médecins traitants à élaborer des plans personnalisés de santé de conciliation médicamenteuse dans le cadre du projet PAERPA.

Les objectifs secondaires sont de :

- Recueillir les ressentis des médecins traitants quant à l'implication d'aides externes (pharmaciens de ville et animatrices territoriales).

- Évaluer la communication inter-professionnelle dans le cadre du PAERPA.

- Identifier les axes d'amélioration du projet PAERPA.

MATERIELS ET METHODES

1 Type d'étude

Ce travail était une étude qualitative avec analyse par théorisation ancrée.

La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer. Elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative(7). La théorisation ancrée est un type de recherche issue de la « grounded theory » décrite en 1967 par Glaser et Strauss. Elle se base sur les données de terrain. Elle permet d'explorer un phénomène inconnu par une approche inductive et de générer des hypothèses(7).

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. La recherche bibliographique est réalisée après l'investigation afin d'aborder le sujet étudié en étant neutre et de ne pas influencer les participants(8).

2 Population

Il s'agissait d'une étude monocentrique dans le Denaisis. Une liste des médecins traitants ayant accepté de participer au projet PAERPA a été élaborée par le DAT, mentionnant le nombre de PPS réalisés par médecin traitant.

Tout médecin traitant ayant réalisé au moins un PPS de conciliation médicamenteuse était éligible. Le recrutement des participants a été réalisé rétrospectivement aux interventions de conciliation médicamenteuse et de PPS.

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

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

3 Guide d'entretien

Un guide d'entretien a été réalisé pour préparer les entretiens (annexe 5). Il s'agissait d'un document résumant les questions à poser concernant les différentes thématiques à aborder, et différentes relances en fonction de la réponse donnée. Il a été rédigé en amont de la réalisation du premier entretien par l'investigateur, en coopération avec le groupe de travail lillois d'évaluation qualitative du PAERPA.

Le guide d'entretien a été modifié au cours de l'étude. Le guide d'entretien final est disponible en annexe 6.

4 Recueil des données

Les données ont été recueillies lors d'entretiens individuels semi-directifs. Les entretiens ont été réalisés entre le 23 mars et le 19 juillet 2017.

Un entretien individuel est un type de communication directe réalisé entre deux personnes : l'investigateur et le participant. Un entretien semi-directif est un entretien où l'investigateur propose des questions ouvertes au participant pour favoriser son expression libre et de recueillir son point de vue sans l'influencer(9).

Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone. Le recueil des données a été identique pour l'ensemble des médecins interrogés.

Pendant l'entretien, l'investigateur prenait des notes concernant la forme (contexte) ou le fond (compréhension) de l'entretien.

L'investigateur orientait l'entretien en fonction des réponses du participant. L'ordre des questions posées et le choix des relances étaient adaptés pour favoriser le dialogue. Aucun entretien n'a été réalisé en présence de non-participant.

Un formulaire de consentement de participation à l'étude était signé par le participant et par l'investigateur (annexe 7). Une fiche de données administratives était remplie pour connaître les caractéristiques des participants (annexe 8). L'investigateur proposait systématiquement au participant de lui adresser par e-mail la retranscription de son entretien et le travail final de l'étude. Il s'enquérissait de remarques éventuelles.

5 Analyse des données

5.1 Retranscription des données

Après réalisation de l'entretien, l'enregistrement par dictaphone était retranscrit manuellement en intégralité par l'investigateur sur le logiciel de traitement de texte LibreOffice® Writer. Des commentaires étaient ajoutés selon le contexte (interruption de l'entretien, désignation d'un courrier, expression *etc...*).

La retranscription de l'entretien prenait le nom de *verbatim*. Il était intégré pour analyse au logiciel QSR NVIVO®. L'intégralité des *verbatim* est disponible en annexe 9.

5.2 Utilisation du logiciel QSR NVIVO®

L'analyse des données a été réalisée en utilisant le logiciel QSR NVIVO®11.4.1.1064. QSR NVIVO® est un logiciel de traitement de données qualitatives. Il permet de collecter et d'analyser les *verbatim* par le codage.

5.3 Codage

Le codage est un « processus par lequel les données brutes sont transformées systématiquement et agrégées dans des unités qui permettent une description précise des caractéristiques pertinentes du contenu » (Holsti, 1969).

Il existe trois types de codage : le codage ouvert, le codage axial et le codage sélectif(10).

- Le codage ouvert correspond à une lecture approfondie du *verbatim* pour relever chaque élément pertinent. Les éléments pertinents sont nommés par un code.

- Le codage axial est un travail de catégorisation. L'analyse du code ouvert permet de regrouper plusieurs éléments du même thème en sous-catégories puis en catégories par arborisation.

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

Le codage a été réalisé entre mars et septembre 2017. La rédaction du *verbatim* et le codage ouvert ont été réalisés par l'investigateur systématiquement après chaque entretien, et avant la réalisation d'un nouvel entretien.

Une triangulation du codage ouvert en double aveugle a été réalisée. Il s'agissait de faire coder les *verbatim* par une tierce personne. La concordance des codages a été recherchée.

5.4 Réflexion collective

Ce travail de thèse fait partie d'un ensemble de travaux d'évaluation qualitative du projet PAERPA. Un groupe de travail lillois a été formé. Il a été réalisé sous l'impulsion et la coordination docteurs BEUSCART, CALAFIORE et AVERLANT.

Le groupe de travail lillois d'évaluation qualitative du projet PAERPA s'est réunis tous les mois. Au cours de ces réunions, les résultats préliminaires de l'étude ont été présentés. Une réflexion collective a été réalisée autour de ces résultats. Cela a permis de consolider la démarche réflexive nécessaire à l'analyse par théorisation ancrée, de mettre en perspective cette étude avec les autres travaux de recherche qualitative du PAERPA et de structurer l'orientation globale de cette étude.

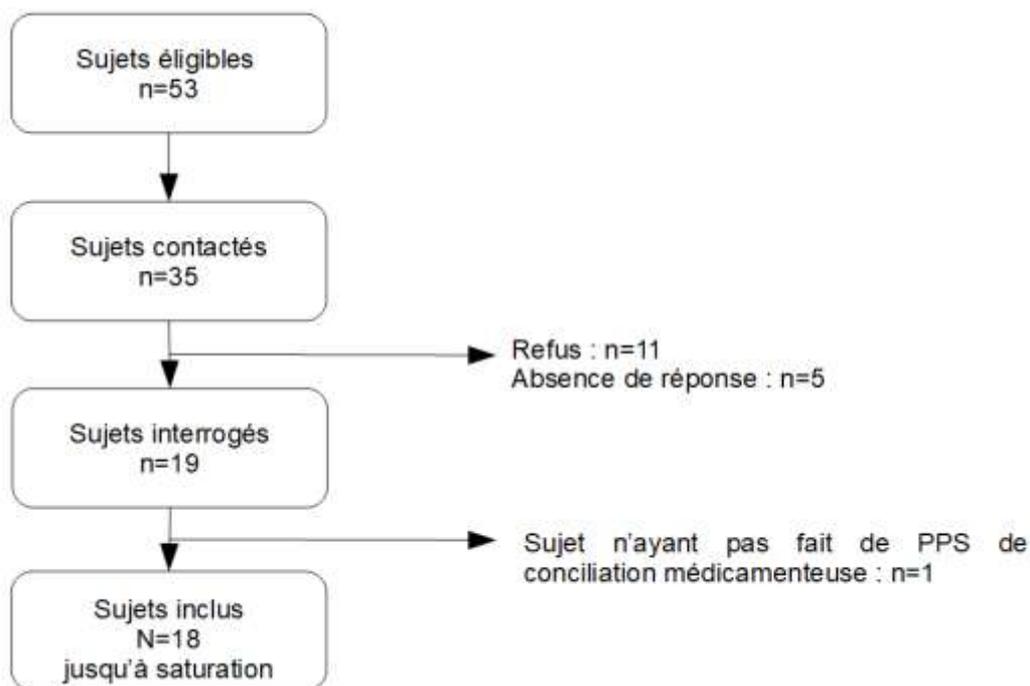
RESULTATS

1 Réalisation de l'étude

1.1 Description des participants

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

Figure 1 : Diagramme de flux.



Parmi les médecins traitants ayant refusé de participer à l'étude, un médecin avait énoncé un manque de temps à consacrer pour un entretien ; les autres médecins avaient déclaré ne pas faire parti ou adhérer au PAERPA et ne pas avoir de patient inclus dans le projet PAERPA.

Cinq médecins traitants ont été contactés et n'ont pas répondu.

Un médecin traitant a été interrogé mais n'avait pas fait de PPS de conciliation médicamenteuse, suite à une erreur sur la liste de médecin traitants transmise par le DAT. Il s'agissait du premier sujet interrogé et a été exclu immédiatement de l'étude.

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

Tableau 2 : Caractéristiques des participants

Participants	Sexe	Âge*	Année thèse	Nombre de PPS CM†
P1	M§	50	1997	4
P2	M	63	1979	5
P3	M	61	1985	13
P4	M	52	1995	8
P5	F¶	43	2002	9
P6	M	49	2000	5
P7	F	43	2005	9
P8	M	57	1991	7
P9	M	30	2015	12
P10	M	59	1986	14
P11	F	58	1985	4
P12	M	62	1984	13
P13	F	45	2000	9
P14	M	60	1987	10
P15	M	60	1986	11
P16	M	42	2005	8
P17	M	61	1988	13
P18	M	65	1979	10

*Âge en année

†CM = Plan personnalisé de santé de conciliation médicamenteuse

§ Sexe masculin

¶ Sexe féminin

L'âge médian des participants était de 58 ans (minimal 30ans, maximal 65ans). Le nombre médian de PPS de conciliation médicamenteuse réalisé était de 9 par médecin traitant (minimal 4, maximal 14) au moment de l'évaluation.

1.2 Description des entretiens

Les caractéristiques des entretiens sont décrites dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques des entretiens

	Participants
	N=18
Lieu de l' entretien = Cabinet	18
Durée de l' entretien	
- Minimum	07min 31s
- Médiane	21min 00s
- Maximum	39min 47s

Trois participants ont répondu par e-mail à la réception de leur *verbatim*. Aucune remarque n'a été faite sur les *verbatim* par les participants.

La saturation des données a été obtenue au 16^{ème} entretien et a été confirmée par la réalisation de deux entretiens supplémentaires.

1.3 Modifications du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été modifié deux fois au cours de l'étude, après le 3^{ème} et après le 11^{ème} entretien.

La première modification découlait d'un besoin de simplification et de clarification du guide d'entretien initial. Au cours des premiers entretiens, certains participants ont montré une mauvaise connaissance du projet PAERPA et de la sémantique spécifique utilisée (PAERPA, DAT, animatrice territoriale, PPS, CCP). Suite à une discussion avec les membres du DAT, une simplification des termes spécifiques a été réalisée.

L'investigateur s'est aussi aidé des documents types fournis par le DAT et utilisés lors de la formation des PSL (courrier de synthèse médicamenteuse disponible en annexe

2 et plan de prise disponible en annexe 3) afin d'utiliser un support visuel que les participants reconnaîtraient.

La deuxième modification découlait des résultats préliminaires concernant la place du médecin traitant dans la CCP. Les entretiens réalisés ont révélé que les participants avaient une mauvaise connaissance de la CCP et du rôle de coordination du médecin traitant dans la CCP. Des questions ont été rajoutées afin d'explorer spécifiquement ces points.

Ces points étaient liés à l'objectif secondaire d'évaluation de la communication inter-professionnelle dans le projet PAERPA. Les questions ajoutées ont été proposées au groupe de travail lillois d'évaluation qualitative du PAERPA et validées .

2 Résultats de l'étude

2.1 Difficultés de l'exercice gériatrique en ambulatoire

La gériatrie prenait une place importante dans le travail des médecins traitants. Cette activité était justifiée par le vieillissement de la population de manière générale, par la reprise de patientèle âgée à l'installation, et le vieillissement de la patientèle pour les médecins traitants installés depuis plusieurs années.

Participant 6 : « La population vieillit, en médecine générale on ne peut pas occulter la gériatrie ».

Participant 7 : « Les patients qu'on voit depuis quelques années, on ne les voit pas forcément vieillir, donc on ne les voit pas arriver vers la gériatrie... ».

Participant 12 : « il y a une trentaine d'années, j'ai repris la patientèle d'un médecin qui partait en retraite, et je pense que lui à l'époque, la gériatrie ça comptait pour ... je dirais plus de la moitié ».

Les médecins traitants interrogés rapportaient des difficultés à l'exercice de la gériatrie.

Ces difficultés étaient multiples :

- Certains médecins déclaraient une absence d'affinité pour la gériatrie et concentraient leur activité autour de la pédiatrie.

Participant 2 : « j'ai pas... j'ai jamais recherché... Je fais pas de... d'EHPAD, rien de tout ça moi, je préfère faire du bébé [...] Bon les pépés et les mémés c'est pas trop mon truc. Par contre les bébés j'en veux bien ».

Participant 18 : « La gériatrie ? Pas plus que d'autres choses... je préfère la pédiatrie mais enfin... chacun son truc ».

- Les difficultés retrouvées dans l'exercice de la gériatrie relevaient à la fois de la médecine gériatrique (complexité des cas, polyopathologies, fragilité, iatrogénie et risque médicamenteux), et du non médical (prise en charge sociale complexe et isolement social, temps passé à la consultation, nécessité de se déplacer au domicile des patients).

Participant 1 : « les personnes âgées donc euh... susceptible d'aller chez les gens euh... ça va être difficile de les amener ici, jusqu'ici euh... ça implique un effort supplémentaire en temps ».

Participant 5 : « c'est pas toujours facile quoi, c'est... c'est plus facile de soigner quelqu'un de cinquante ans que quelqu'un de quatre-vingt, quatre-vingt dix ans disons ».

Participant 7 : « la problématique du patient âgé, poly-pathologique.... Là j'en ai quelques-uns qui sont décédés récemment malheureusement, mais c'est des patients qui sont compliqués à prendre en charge ».

Les motivations des médecins traitants à élaborer des plans personnalisés de santé de conciliation médicamenteuse étaient issues de l'aide apportée par le projet PAERPA sur ces difficultés.

2.2 Motivations des médecins traitants à élaborer des PPS

Il existait deux types de motivations des médecins traitants :

- Les premières faisaient suite à la visite de l'animatrice territoriale et concernaient le concept du projet PAERPA (motivations conceptuelles).
- Les secondes faisaient suite à la réalisation des premiers PPS et découlaient de la pratique de la mise en place des PPS (motivations pratiques).

Les motivations pratiques retrouvées sont :

- L'amélioration de la prise en charge pour le patient.
- Bénéficier de la conciliation médicamenteuse hospitalière et du courrier de synthèse médicamenteuse.

2.2.1 Motivations conceptuelles

2.2.1.1 Pluridisciplinarité

Les médecins traitants déclaraient que l'activité en libéral de la médecine générale est associée à un isolement des autres professionnels de santé. Cette activité était lourde en responsabilité.

Participant 7 : « On est quand même seuls... enfin on est seuls face à nos prescriptions, on est seuls face à nos questionnements ».

L'une des motivations principales des médecins traitants était la pluridisciplinarité du travail proposé. Ils reconnaissaient l'intérêt d'un travail collectif et la mise en place d'une prise en charge collégiale. Cette pluridisciplinarité se retrouvait autant à l'hôpital

(intervention des gériatres, des pharmaciens hospitaliers) qu'en ambulatoire (intervention des pharmaciens d'officine et des para-médicaux).

Participant 9 : « seul, c'est vrai qu'on arrive à se débrouiller, mais je pense qu'en médecine, il est quand même nécessaire de savoir se faire aider et puis de ... le pluridisciplinaire m'intéresse beaucoup ».

Participant 10 : « L'avantage c'est que moi je ne suis pas le seul reflet de ce qu'il prend, de ce qu'il fait. Vis-à-vis de la famille, vis-à-vis des intervenants. Le pharmacien a son mot à dire, l'hôpital a son mot à dire, je ne suis plus le seul référent ».

Participant 16 : « La pluridisciplinarité. Il y a ce que fait le gériatre, le pharmacien. C'est vraiment ça qui m'a intéressé ».

Les médecins traitants appréciaient de l'apport des différents intervenants dans la prise en charge du patient.

Participant 6 : « le fait de diversifier les rôles dans le PPS, c'est quelque chose qui améliore forcément cette prise en charge ».

Participant 17 : « c'est bien qu'il y ait un travail d'équipe. Les médecins traitants, on peut pas tout faire ».

2.2.1.2 Coordination

Face à cette notion de pluridisciplinarité, étaient mis en avant les bénéfices d'une coordination des intervenants ambulatoires et hospitaliers.

Participant 6 : « c'est un suivi... un suivi qui est très intéressant non seulement pour le patient mais aussi pour les professionnels de santé dans le cadre de la coordination ».

Participant 18 : « c'était intéressant de ... comment dire de ... de voir une coordination avec l'hôpital surtout ».

2.2.1.3 Place du médecin traitant

Les médecins traitants appréciaient leur place centrale dans le projet PAERPA et leur rôle de décisionnaire. Le médecin traitant était le chef d'orchestre de l'organisation des soins autour du patient.

Participant 12 : « Place quand même prépondérante, centrale, c'est le pivot donc...je pense pas qu'on puisse faire quelque chose sans le médecin traitant ».

Participant 15 : « moi, je fais mon devoir de toubib, et je juge ce qui me semble opportun ou pas. Si je suis pas d'accord, je suis pas d'accord ».

2.2.1.4 Gain de temps

Pour certains médecins traitants, l'intervention PAERPA permettait un gain de temps. Il s'agissait de temps gagné par délégation de tâches, notamment sur la révision du traitement, la surveillance de l'observance médicamenteuse par le pharmacien et l'infirmière, ainsi que l'éducation thérapeutique par le pharmacien.

Participant 2 : « on a pas le temps de tout gérer [...] nous on est un peu déchargé là dessus ».

Participant 6 : « Le PAERPA permet aussi cette délégation de tâches ».

Néanmoins, le gain de temps n'était pas une motivation pour certains médecins traitants. Ces derniers décrivaient la rédaction de PPS comme chronophage.

Participant 7 : « J'en ai rempli quelques uns de dossiers PAERPA [...] je n'ai pas été jusqu'à la fin parce que ça prenait trop de temps ».

Participant 16 : « Parce qu'il y a quand même toute une partie... conséquente pour nous, médecins généralistes. Si on veut bien le faire, ça prend un peu de temps ».

2.2.1.5 Rémunération

La rémunération proposée par l'ARS pour la rédaction d'un PPS était une motivation pour certains médecins traitants. Les médecins traitants impliqués dans le projet PAERPA voyaient cette rémunération comme une valorisation du travail réalisé et du temps passé à la rédaction du PPS.

Participant 3 : « Et puis l'intérêt c'est qu'on est payé nous, aussi, par le PAERPA. [...] Ça c'est bien... 60euros... ça c'est bien ».

Participant 4 : « Tout travail mérite salaire hein... c'est vrai que... bah c'est normal oui... ».

Pour certains médecins traitants impliqués, la rémunération proposée n'était pas une motivation.

Participant 9 : « même si c'était pas rémunéré pour le médecin, c'est que du bénéfice pour le patient, et je pense qu'on est là pour ça donc... je le ferai quand même. Sans hésiter ».

Pour les médecins ayant réalisé moins de PPS, la rémunération proposée n'était pas une motivation. Ces médecins traitants estimaient qu'une incitation financière n'était pas susceptible de modifier leurs pratiques.

Participant 2 : « de toute façon les médecins... peut-être dans d'autres coins, mais tu les auras pas à l'incitation financière [...] Je m'en fous moi d'être payé... je m'en fous... si ça m'énerve, ça m'emmerde, je le fais pas ».

2.2.2 Motivations pour les patients

La principale motivation des médecins traitants à élaborer des PPS de conciliation médicamenteuse était l'amélioration de la prise en charge des patients. Le suivi au long cours du patient était amélioré par le projet PAERPA.

Participant 16 : « C'est quand même un bénéfice pour le patient je pense... le patient qui a été pris en charge par le PAERPA, il est quand même mieux pris en charge que sans le PAERPA ».

Participant 3 : « C'est dans l'intérêt du patient. Simplement ça. Parce que notre intérêt à nous... c'est pas très important. C'est pour aider les patients...âgés ».

ML : « Qu'est-ce qui vous a donné envie de participer au projet PAERPA ? »

Participant 9 : « Ben... c'est surtout optimiser la prise en charge de mon patient [...] c'est nécessaire pour leur prise en charge. C'est vraiment pour améliorer la qualité des soins ».

Les médecins traitants pensaient que les patients étaient globalement satisfaits de l'intervention PAERPA. Les patients appréciaient la mobilisation des professionnels de santé autour d'eux.

Participant 10 : « Oh ils sont preneurs. [...] Non du côté du patient, moi j'ai pas de contestations, les gens ne me disent pas « ouais j'ai encore vu... ». Sincèrement, ça se passe très bien ».

Participant 16 : « Les patients, ils se sentent bien pris en charge.... Ils aiment bien qu'on s'occupe d'eux ».

2.2.3 Conciliation et courrier de synthèse médicamenteuse

Suite aux premiers PPS réalisés, les médecins traitants avaient découvert l'intérêt en pratique clinique de la conciliation médicamenteuse proposée par le projet PAERPA. Le

reflet direct de la conciliation médicamenteuse était le courrier de synthèse médicamenteuse. Cet intérêt pour l'intervention hospitalière réalisée avait motivé les médecins traitants dans l'élaboration des PPS.

Participant 5 : « effectivement je trouve ça très bien ».

Participant 12 : « ça c'est une excellente initiative ».

2.2.3.1 Difficultés à la conciliation médicamenteuse en ville

Les médecins traitants déclaraient des difficultés à réaliser eux-mêmes, en soins primaires, une conciliation médicamenteuse. Les trois freins développés étaient liés au temps nécessaire à la conciliation médicamenteuse.

Les médecins traitants dénonçaient une charge de travail en médecine générale importante. Le temps accordé à chaque patient pour la consultation était précieux. La conciliation médicamenteuse était un exercice de réflexion qui prend du temps.

La conciliation médicamenteuse s'accompagnait d'une information aux patients sur leur traitement et d'une éducation thérapeutique. D'après les médecins traitants, les patients eux-mêmes pouvaient constituer un frein aux changements thérapeutiques. Les patients étaient acteurs de leur prise en charge. Ils étaient habitués à leurs médicaments et pouvaient prendre position sur l'intérêt de modifier leur ordonnance. Dans ces cas, l'éducation thérapeutique était également chronophage.

Enfin, le dernier frein déclaré pour réaliser des modifications thérapeutiques en ville était celui de la sécurité du patient.

Participant 1 : « à domicile, nous on peut pas... Les gens, on peut pas commencer à... à jouer avec ça, sans surveillance ».

Participant 4 : « Avec des gens qui veulent rien comprendre, il y a un un moment... Sinon on se dit « merde »... celui qui est de... bonne nature, qui accepte de discuter, bah on y va, ouais ».

2.2.3.2 Accepter la conciliation médicamenteuse

Les médecins interrogés se déclaraient en faveur de la conciliation médicamenteuse. Ils reconnaissaient l'amélioration de la prise en charge qu'elle apporte. Les médecins traitants étaient préoccupés par les problèmes de iatrogénie (posologies, effets indésirables, interactions médicamenteuses, ajustement de la galénique).

Participant 14 : « aujourd'hui, je me ballade avec mon... j'ai mon téléphone avec mon VIDAL sur moi, qui fait qu'aujourd'hui, quand j'instaure un médicament, je ... je suis obligé de tout revérifier à chaque fois, ce que c'est... c'est complexe ».

L'intervention PAERPA était perçue comme efficace dans la prise en charge pour éviter la iatrogénie.

Participant 4 : « ça devrait être fait tout le temps, pour tout le monde d'ailleurs ».

Participant 9 : « Réévaluer de toute façon, c'est ça qui nous fera avancer, de toujours réévaluer l'ordonnance du patient ».

2.2.3.3 Avantages de la conciliation médicamenteuse hospitalière

Les médecins traitants étaient satisfaits de l'intervention hospitalière de conciliation médicamenteuse. Ils déclaraient que l'hospitalisation était un moment idéal pour réaliser ces changements thérapeutiques.

D'abord, la réalisation à l'hôpital de la conciliation médicamenteuse permettait de contourner les problèmes liés à la conciliation médicamenteuse en ville :

- La conciliation médicamenteuse par les acteurs hospitaliers représentait un gain de temps pour les médecins traitants par délégation de tâche.

- L'éducation thérapeutique était plus facilement réalisée à l'hôpital, et les patients se montraient moins opposants aux modifications de traitements.

Participant 9 : « Quand ça vient de l'hôpital bizarrement, le patient, il a plus de facilité à accepter cette démarche là, de diminuer les médicaments ».

- Le patient était sous surveillance médicale quotidienne et sous surveillance biologique rapprochée. Il s'agissait de conditions optimales de sécurité pour réaliser des changements thérapeutiques.

Participant 1 : « c'est l'occasion l'hospitalisation ! L'occasion pour...justement... revoir ça en toute sécurité... ».

Participant 14 : « malheureusement je dirais, passer en dehors de l'hospitalisation, je vois mal comment on pourrait faire autrement ».

Les médecins traitants interrogés s'étaient montrés favorables à la modification des prescriptions initiées en soins primaires par les acteurs hospitaliers. Ils appréciaient d'avoir un regard externe sur les prescriptions. Ils reconnaissaient les compétences spécifiques du pharmacien et du gériatre en terme de prévention de la iatrogénie. L'ordonnance du patient devenait le fruit d'un travail pluridisciplinaire.

Participant 6 : « Le fait qu'il y ait plusieurs... un œil nouveau sur le traitement du médecin, initié en ville, honnêtement ça permet d'améliorer les choses. »

Participant 10 : « J'aime bien, c'est bien, ça permet aussi au patient d'avoir une autre idée que celle du généraliste. Et ça ne me dérange absolument pas. »

Participant 12 : « si l'hôpital estime qu'il y a matière à réviser, oui, je suis absolument pour. On aime bien d'ailleurs, c'est un travail d'équipe, on va dire »

2.2.3.4 Bénéficiaire du courrier de synthèse médicamenteuse

Le Courrier de synthèse médicamenteuse (CSM) était la conclusion de la conciliation médicamenteuse hospitalière. Ce courrier était très apprécié des médecins traitants. Il s'agissait du reflet direct et visible de l'intervention réalisée, la vitrine du PAERPA.

Participant 5 : « c'est peut être la seule chose que je vois des sorties d'hôpital, c'est là que je vois qu'ils ont été touchés... touchés par le PAERPA ».

Les médecins traitants relevaient ses qualités : Il s'agissait d'un document clair, précis, bien construit, bien fait. Les médecins traitants étaient très sensibles aux justifications apportées dans la marge. Ces justifications permettaient la compréhension des modifications réalisées.

Participant 7 : « là du coup, tout de suite, on visualise, et puis des commentaires, pourquoi ça a été modifié. C'est vraiment un très très bon document, ça j'adhère complètement ».

Le CSM était un outil de communication ville-hôpital apprécié des participants. Il faisait le lien entre le travail réalisé à l'hôpital et continue à suivre le patient en ville.

Participant 7 : « avant on avait des patients, ils rentraient à l'hôpital avec leurs traitements ; ils sortaient, tout avait été modifié, et on ne savait pas pourquoi, on avait aucune explication [...] on repartait souvent avec l'ancien traitement, parce qu'on ne comprenait pas ».

Il aidait le médecin traitant dans la rédaction des ordonnances en sortie d'hospitalisation, et dans l'élaboration du PPS.

Le plan de prise était également apprécié. Ce document avait pour avantage d'être clair, lisible, synthétique, et accessible autant pour les acteurs médicaux et para-médicaux,

que pour les acteurs non médicaux (famille, entourage *etc.*) qui préparaient parfois les traitements. Il participait à l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage et prévenait les erreurs de prise médicamenteuse.

Participant 16 : « Ça (le plan de prise), ça c'est très bien, c'est marqué en gros, c'est clair, il est marqué « matin, midi, soir », pour le patient c'est bien ».

2.3 Implication des pharmaciens d'officine

2.3.1 Points positifs

Les médecins traitants étaient satisfaits de l'intervention du pharmacien de ville dans la prise en charge du patient. Ils entretenaient généralement de bonnes relations avec les pharmaciens proches de leur lieu d'exercice.

Participant 2 : « j'ai de très bon rapports avec les pharmaciens du coin [...] Ils viennent quand ils ont un problème... ils viennent, on discute, ils viennent, il faut une ordonnance moi je fais l'ordonnance, on discute un peu du cas. Moi je leur fait entièrement confiance... de toute façon... »

Ils reconnaissaient le rôle spécifique des pharmaciens : connaissance des patients et compétences pharmaceutiques. Ils permettaient une évaluation satisfaisante de l'observance du patient, de sa compréhension du traitement et une éducation thérapeutique médicamenteuse. Cela participait à sécuriser le patient pour la prise de leurs traitements.

Participant 7 : « Ils maîtrisent quand même mieux... enfin je pense qu'il maîtrise quand même mieux cet aspect là le pharmacien ».

Participant 16 : « c'est très bien, tout ce qui peut aider le patient avec ses médicaments c'est une bonne chose ».

Les médecins traitants acceptaient le regard du pharmacien sur leurs prescriptions. Les médecins traitants appréciaient la discussion avec un intervenant qualifié en pharmaceutique. Cette discussion donnait une plus-value pluridisciplinaire à la prise en charge.

Le travail du médecin traitant était facilité. L'intervention du pharmacien d'officine permettait un gain de temps pour les médecins traitants. Ils déléguaient aux pharmaciens une partie du dépistage de la iatrogénie et de l'éducation thérapeutique.

Participant 18 : « C'est un rôle intéressant, c'est ce qu'on faisait auparavant, mais comme on va plus à domicile, si le pharmacien peut le faire ... c'est intéressant ».

Les pharmaciens étaient aussi générateurs d'alertes. Celles-ci donnaient lieu à un échange entre professionnels de santé pour s'accorder sur la démarche à suivre.

Participant 17 : « par un contact téléphonique, soit ça nous arrive de se croiser et parler : « t'as vu ma patiente, madame untelle, on a fait ça, elle prend ça » ».

Les médecins traitants reconnaissaient que le pharmacien n'était pas seulement responsable de la délivrance des traitements, mais un professionnel de santé à part entière.

La révision de l'armoire à pharmacie à domicile était particulièrement appréciée. Il s'agissait d'un travail qui était réalisé autrefois par les médecins traitants. Ils déclaraient ne plus avoir le temps de la réaliser et ils y voyaient une sécurisation du patient dans la prise médicamenteuse au domicile.

Participant 7 : « Ils interviennent à ce niveau là et ils font le point, vraiment de façon très personnalisée avec les patients ».

Participant 17 : « ça nous arrive de discuter de patients, par rapport à ses médicaments, par rapport à peut-être essayer de baisser... d'enlever quelques médicaments. Éviter la iatrogénie ».

2.3.2 Points négatifs

L'intervention du pharmacien dans la prise en charge était peu ou pas connue des médecins traitants, l'entretien pharmaceutique à un mois de l'hospitalisation, donnant lieu à la rédaction d'un feuillet du PPS.

Cette méconnaissance avait deux origines :

- Le feuillet rempli par le pharmacien n'était pas transmis au médecin traitant.

Aucun des médecins traitants interrogés n'avait eu accès à l'évaluation réalisée par le pharmacien.

Participant 9 : « J'ai pas de grand retour là dessus, sur les ordonnances qui sont faites, et sur les entretiens, je pense que ça serait pas mal d'en avoir... J'en ai pas eu pour le moment ».

Participant 11 : « J'ai zéro connaissance de l'intervention du pharmacien parmi ces quatre patients... ça ne me dit rien. Personne ne m'en a parlé, ni le pharmacien, ni le patient... ni l'infirmière ».

- Les discussions entre médecins et pharmaciens ont eu lieu pour des problèmes classiques d'erreurs de rédaction d'ordonnance, comme cela était habituellement le cas en dehors de l'intervention PAERPA.

Participant 13 : « s'il y a besoin oui, on les appelle, on les appelle facilement, des fois ils savent plus leur dosage... on appelle la pharmacie, si je suis à domicile c'est ... oui ».

Participant 14 : « même si je communique avec la pharmacie et cetera, bon, on est pas vraiment en relation ».

La discussion collégiale autour d'un cas n'était pas systématique. Dès lors, en l'absence de participation du pharmacien, la coordination des soins en CCP telle que prévue par le projet PAERPA n'était pas réalisée.

Pour confirmer cela, les médecins traitants déclaraient une absence de nouveauté dans la prise en charge.

Participant 3 : « bah s'il y a un problème on appelle... comme on faisait avant quoi. C'est ça. »

Certains médecins traitants ont été contredits par les pharmaciens d'officine lors de l'éducation thérapeutique de leurs patients. Les médecins traitants demandaient à ce que l'éducation thérapeutique soit réservée au domaine de compétence des pharmaciens. Elle devrait venir appuyer l'information délivrée lors de la consultation médicale.

2.4 Implication de l'animatrice territoriale

2.4.1 Points positifs

Les médecins traitants ont apprécié l'intervention d'une aide externe pour l'élaboration des PPS. La formation des PSL au projet PAERPA était une étape indispensable à la mise en place du projet.

Participant 7 : « l'accompagnement était intéressant parce qu'on découvrait la mise en place du dossier, et je pense qu'on avait besoin de cet accompagnement ».

Les médecins traitants reconnaissaient à l'AT ses qualités de proximité avec eux et avec les patients, de disponibilité, de réactivité. Elle se positionnait à leurs yeux comme une spécialiste du projet PAERPA et de son fonctionnement.

Participant 11 : « C'est sûr que... dans tous les systèmes de réseaux, ou de choses comme ça, c'est quand même bien quand il y a une personne qui... qui ne fait que ça, et qui connaît le système par cœur, et qui connaît toutes les ficelles, les numéros de téléphones, les trucs administratifs à faire, les choses comme ça quoi. Je crois que ça nous dépasse un peu... j'avoue. c'est compliqué. »

Certains médecins estimaient que la présence de l'animatrice territoriale était essentielle au bon fonctionnement du projet PAERPA. Ils décrivaient un rôle central, prépondérant. Pour eux, la poursuite du projet PAERPA en l'absence d'animatrice territoriale n'était pas envisageable.

Participant 16 : « c'est un pivot. Oui c'est un pivot central qui ... c'est la première personne vers qui on va peut-être se tourner. »

ML : « Est-ce que vous envisageriez le PAERPA sans cette animatrice territoriale ? »

Participant 18 : « Non. C'est elle qui est le pilier du fonctionnement. »

L'élaboration du PPS était considérée comme une tâche administrative importante et chronophage. Le rôle de l'animatrice territoriale a évolué. La rédaction de la partie administrative du PPS lui a été déléguée ainsi que la coordination entre les professionnels de santé hospitaliers et libéraux et le suivi des PPS. Certains médecins traitants avaient apprécié l'évolution du rôle de l'animatrice territoriale. La délégation de tâches à l'AT avait augmenté, ce qui représentait un gain de temps pour le médecin traitant.

Participant 9 : « elle est surtout là pour un rôle d'information, que ce soit les médecins ou les autres spécialistes de santé ».

Participant 3 : « les papiers on a plus à les remplir là je crois... ça a changé par rapport au départ... donc ça c'est bien [...] on est plus embêté puisque c'est... c'est l'animateur qui fait tout... toute l'administration qu'on aurait pu faire ».

2.4.2 Points négatifs

Les médecins traitants regrettaient le faible suivi des PSL réalisé par l'animatrice territoriale. Les médecins traitants rapportaient avoir rencontré l'animatrice territoriale une ou deux fois à l'initiation du projet PAERPA, et n'avoir eu aucun contact par la suite.

Participant 8 : « Il me semble que je l'ai déjà rencontré oui. Mais après c'est tout en fait. Une fois qu'on l'a rencontré une fois, c'est fini. »

Participant 10 : « Je l'ai vue, je pense, il y a 2 ans. »

ML : « [...]l'animatrice territoriale, qui travaille au sein de réseau. Est-ce que vous avez connaissance de son rôle ? »

Participant 18 : « Pas vraiment, moi je la vois... ça fait longtemps que je ne l'ai pas vue d'ailleurs. »

L'évolution du rôle de l'animatrice territoriale avec le suivi des PPS avait modifié l'organisation de la CCP. Certains médecins appréciaient que la coordination se fasse par l'intermédiaire de l'animatrice territoriale, soustrayant au médecin traitant son rôle de coordination de la CCP.

Participant 14 : La place du médecin traitant, c'est un peu... équivalent avec le pharmacien, on est un acteur, mais on a besoin de savoir ce que font les autres. Et il faudrait un élément... coordinateur.».

A l'inverse, certains médecins se plaignaient de l'absence de suivi des PPS et de la décentralisation de la coordination du PPS à l'animatrice territoriale. Fréquemment, le PPS, impulsé à l'hôpital et rédigé par l'animatrice territoriale, ne parvenait pas jusqu'aux médecins traitants.

Participant 11 : « je pensais qu'au départ, le projet c'était ... ça soit le médecin traitant qui est au centre du projet, et finalement c'est presque tout le monde sauf le médecin traitant ».

Participant 15 : « Je crois qu'on devrait être le coordinateur, l'aiguilleur, faire ce qu'on faisait toujours, mais on doit pas être mis... en bout de ... on a l'impression qu'on a un retour en bout de chaîne ».

Dans ces situations, le médecin traitant n'avait pas les moyens de mettre en place la CCP. Le PPS de conciliation médicamenteuse se limitait à l'intervention hospitalière d'optimisation thérapeutique. La prise en charge médicamenteuse en ambulatoire n'était pas réalisée et la prise en soins du patient en ville n'était pas modifiée par le projet PAERPA.

2.4.3 Statut de l'animatrice territoriale

Le statut de l'animatrice territoriale était sujet à controverse. Certains médecins interrogés estimaient qu'il aurait été préférable que l'AT soit un professionnel de santé. Ils auraient préféré que l'animatrice territoriale soit une infirmière coordinatrice. Ces médecins traitants s'étaient interrogés sur le respect du secret médical. Cela aurait aussi permis une meilleure compréhension des problématiques médico-sociales du patient.

Participant 7 : « Voilà, elle est administratif, elle est pas du corps médical, elle est pas professionnelle de santé et : « où s'arrête le secret médical ? » Il y a cette problématique ».

En revanche, d'autres médecins traitants interrogés estimaient que l'absence de formation médicale de l'animatrice territoriale n'était pas un frein. Ils voyaient son travail comme un rôle de coordination et de réalisation de tâches administratives. Devant le bon

déroulement du projet PAERPA et le rôle essentiel de l'animatrice territoriale, ils ne remettaient pas en cause ce statut.

Participant 9 : « Si ça marche... de toute façon je pense qu'elle a quand même l'appui des gériatres là dessus... à mon sens... Non je n'y vois pas d'inconvénient ».

Participant 14 : « Je n'ai pas d'appréhension par rapport à une personne qui n'est pas dans le milieu médical, qui n'a pas fait d'études. Là ce qu'elle fait, c'est plus un travail de ... administratif on va dire ».

2.5 Communication inter-professionnelle

La communication entre les différents acteurs hospitaliers et ambulatoires était la pierre angulaire de la coordination de ces professionnels de santé. Cette coordination permettait l'apport de la pluridisciplinarité dans la prise en charge.

Les modes de communication et la fréquence des communications étaient divers et variés. Ils étaient le reflet de la diversité des personnalités des médecins traitants, de leurs besoins de communication et des modes d'exercice de la médecine générale.

2.5.1 Difficultés liées à la communication

La communication était habituellement difficile entre les médecins traitants et les autres professionnels de santé. Cette mauvaise communication avait plusieurs origines :

- Limites liées au temps :

Les médecins traitants manquaient de temps de manière générale pour pouvoir converser avec les autres PSL.

Il existait une problématique organisationnelle pour que le médecin traitant et les autres professionnels de santé soient disponibles au même moment. Cette problématique était majorée pour une communication en tête-à-tête.

- Limites liées aux individus :

En fonction de la personnalité des PSL et du mode d'exercice de la médecine générale, il pouvait exister des besoins différents de communiquer avec les autres. La communication entre deux PSL était aussi dépendante de leur relation et de leurs affects.

2.5.2 Modes de communication

Les médecins communiquaient par des moyens formalisés et non formalisés. Les contacts étaient le plus souvent non formalisés. Les contacts non formalisés étaient des discussions soit en tête-à-tête, soit téléphoniques. Les discussions en tête-à-tête se déroulaient avec les acteurs de proximité :

- les infirmières, quand celles-ci avaient leur cabinet dans la maison de santé,
- les pharmaciens, de manière opportune.
- les acteurs hospitaliers, quand ceux-ci exerçaient une activité partagée extra-hospitalière (médecin coordinateur d'EHPAD).

Aucun médecin traitant n'avait déclaré avoir eu de contact avec les kinésithérapeutes dans le cadre de la conciliation médicamenteuse du projet PAERPA.

Les contacts formalisés étaient :

- Le courrier médical par lequel le médecin traitant adresse le patient à l'hôpital.
- Le courrier de sortie d'hospitalisation.
- Le courrier de synthèse médicamenteuse.
- le PPS.

Participant 1 : « Hôpital non... simplement par les courriers... c'est tout.

2.5.3 Confraternité des communications

Les rapports entre médecins traitants et les autres professionnels de santé étaient décrits comme bons, cordiaux, confraternels.

Avec les acteurs hospitaliers :

Participant 13 : « Ça se passe bien. Des courriers uniquement. »

Avec les pharmaciens :

Participant 2 : « J'ai de très bons rapports avec les pharmaciens du coin. »

Participant 14 : « Comme les pharmaciens, on a des relations faciles, on téléphone, c'est tout, il y a pas de problème »

Avec les infirmières :

Participant 1 : « Ah là par contre oui... j'en ai pas mal... donc je... on n'hésite pas à s'appeler... on s'appelle sur nos portables »

Participant 14 : «L'infirmière, je m'adresse directement à elle ... j'ai des relations assez faciles »

2.5.4 Lien ville-hôpital

Les contacts étaient décrits comme rares ou inexistantes avec les acteurs hospitaliers. Les contacts, souvent non formalisés, se faisaient au cas par cas, en cas de problème posé par le patient : faire préciser les antécédents, les traitements habituels, et leurs justifications. Il s'agissait de pratiques habituelles qui ne rentraient pas dans le cadre du projet PAERPA.

Certains médecins ne voyaient pas l'intérêt de communiquer plus avec l'hôpital et estimaient la communication actuelle suffisante.

Participant 1 : « J'ai pas de contact. Pas de contact du tout, à part par les courriers ».

Participant 9 : « Dans le cadre du PAERPA ben pour le moment j'ai... les courriers de synthèse médicamenteuse ».

ML : « Quels types de contacts vous avez avec eux ? »

Participant 16 : « Bah... les courriers médicaux... c'est à peu près tout ».

Certains médecins traitants n'utilisaient pas le courrier de conciliation médicamenteuse :

- Certains médecins traitants estimaient qu'il s'agissait d'une redondance par rapport au courrier de sortie d'hospitalisation.

Participant 15 : « Je ne le lis jamais [...] Je vois pas ce que ça m'apporte. Je prends la lettre de sortie, je reprends le truc... moi je trouve que ça c'est dire deux fois, trois fois, quatre fois la même chose. »

Participant 16 : « par contre... bon ... ça ne me sert pas. Ça fait doublon avec le courrier de sortie en fait... je trouve pas ça très utile »

- Ce CSM était remis au patient et au pharmacien, mais pas directement au médecin traitant. Certains médecins regrettaient de ne pas y avoir accès. Le patient était libre de transmettre ou non ce courrier.

ML : « Est-ce que vous, vous avez déjà vu ce document ? »

Participant 11 : « Je crois pas non, ça ne me dit rien du tout [...] les patients disent pas [...] De toute façon ils ne disent rien, ils cloisonnent vachement les patients [...] bon ce document là, c'est bien mais il faut le voir... »

2.5.5 Pharmaciens et CCP

Le médecin traitant était le coordinateur de la CCP. Il devait donc être l'initiateur et le garant de la communication entre PSL. La communication des PSL était soumise aux contraintes décrites ci-dessus. Il en résultait que la communication au sein de la CCP était difficile et les contacts entre médecins et pharmaciens sont décrits comme occasionnels

Les médecins traitants s'étaient désinvestis de leur rôle de coordination de la CCP pour plusieurs motifs :

- Certains, par manque de connaissance et de compréhension du projet, n'avaient pas investis ce rôle de coordinateur. Certains étaient même demandeurs à ce qu'une aide externe réalise la coordination pour eux.

Participant 10 : « On a tous une place d'intervenant, et je ne vais pas regarder ce que font les autres ».

Participant 14 : « on est un acteur, mais on a besoin de savoir ce que font les autres. Et il faudrait un élément... coordinateur ».

- Certains médecins traitants estimaient qu'il n'était pas nécessaire de communiquer avec les autres professionnels de santé. La coordination des soins autour du patient n'était pas nécessairement de discuter du patient, mais de travailler chacun de son côté dans le même sens d'amélioration de la prise en charge.

Participant 10 : « A mon avis la coordination c'est que... c'est qu'on travaille en bonne pensée. On est tous actif du système, sans s'opposer. C'est ça le... »

ML : « Travailler ensemble pour le patient, pas nécessairement parler entre vous. »

Participant 10 : « Voilà c'est ça. Puis je vous dis, moi je suis installé depuis 31 ans, j'ai pas besoin qu'on m'explique ce que je dois faire. »

ML : « Est-ce que ça ne serait pas votre rôle d'initier cette coordination ? »

Participant 15 : « On m'a rien demandé. Vous venez aujourd'hui en me disant « l'hôpital on fait »... on m'a jamais rien demandé, on m'a jamais demandé ce que j'en pensais... »

- Certains médecins traitants avaient délégué la coordination de la CCP à l'animatrice territoriale :

- A leur insu, par initiative de l'animatrice territoriale.

- Volontairement, parce que l'élaboration du PPS leur paraissait chronophage.

Participant 17 : « la coordination elle doit se faire normalement, sur papier, soit par l'intermédiaire de ... de Sophie Becque, c'est elle qui coordonne et qui vient, qui se renseigne et cetera. Mais on a pas des ... de synthèse si on peut dire. »

Le plan personnalisé de santé devait être la formalisation du travail de la CCP. L'utilisation du PPS était variable selon les médecins traitants et leur expérience du PAERPA. Certains médecins traitants l'utilisaient beaucoup.

Participant 18 : « A chaque fois que j'ai le dossier oui, j'ai au moins un dossier ou chaque acteur disons remplit sa partie, qui le concerne, et en fonction de ça, on fait une synthèse ».

Certains médecins traitants ne s'étaient pas appropriés le PPS. Certains n'en avaient jamais rédigé.

ML : « Vous, vous n'avez jamais vu le formulaire de réalisation de plan personnalisé de soins ? »

Participant 1 : « Non non écoutez...si j'ai vu ça... si on me l'a présenté il doit... ça fait deux ans déjà ? J'ai un vague souvenir mais je sais pas si c'est ça... mais je sais pas il y a... il y a longtemps hein...J'ai jamais appliqué, j'ai jamais été sollicité... ».

Le PPS était un document papier uniquement détenu par médecin traitant. Il était le support du suivi du PPS mais n'a finalement pas été un outil de communication.

2.5.6 Conclusion

Il existait des freins multiples à la communication. Les médecins traitants interrogés déclaraient que le projet PAERPA n'avait pas modifié leurs pratiques ni la place de la communication entre PSL dans leur mode d'exercice.

ML : « Que pensez-vous de la communication entre médecins traitants d'une part, et les infirmières, les pharmaciens et les acteurs hospitaliers ? »

Participant 3 : Moi j'ai pas de contact avec eux... ou alors... on a des contacts tout le temps entre nous, mais pas par l'intermédiaire du PAERPA.

Dès lors, on comprend que les médecins déclaraient l'absence de nouveauté dans la prise en charge, mais une institutionnalisation de pratiques réalisées avant le projet PAERPA.

Participant 7 : « j'ai essayé de m'y impliquer au départ, et puis de plus en plus... moi le projet PAERPA, je n'ai pas eu l'impression qu'il m'apportait un plus parce que c'est des choses que je faisais déjà avant... des patients... sans que ce soit forcément cadré [...] je fonctionnais déjà comme ça avant la mise en place du PAERPA ».

ML : « Est-ce que le PAERPA ça a changé votre manière de travailler ? »

Participant 15 : « Non. Alors là pas du tout. Et de temps en temps ça m'irrite [...] Comme il est fait, ça m'apporte rien ».

Les professionnels de santé communiquant le plus avec les médecins traitants étaient les infirmières, mais en dehors du cadre du PAERPA et de la CCP.

Participant 2 : « Les infirmières tout ça elles gèrent. Elles ont un problème elles viennent nous voir ».

Participant 9 : « j'ai des infirmiers qui me.. quand ils voient qu'il y a quelque chose qui ne va pas ou... ben ils hésitent pas à m'appeler pour en faire part quoi [...] et puis c'est pas plus mal, cette coopération avec les infirmières ».

2.6 Axes d'amélioration

Avant de développer les axes possibles d'amélioration du projet PAERPA soulignés par les médecins traitants, il était important de souligner que plusieurs participants impliqués dans le projet PAERPA n'avaient pas rapporté d'amélioration possible. Ils étaient satisfaits du projet PAERPA et estimaient que le projet fonctionnait bien en l'état.

ML : Si vous aviez un changement à faire au projet PAERPA, qu'est-ce que vous feriez ?
Participant 18 : « ...Rien, ça fonctionne bien.[...] C'est un projet qui est bien, qui est en place, qui fonctionne bien. »

A l'opposé, certains médecins peu impliqués dans le projet pensaient que le meilleur devenir du projet PAERPA était son arrêt.

ML : « si vous deviez apporter un changement au projet PAERPA, qu'est-ce que vous feriez ? »
Participant 13 : « Il faudrait le zapper [...] Il faudrait plus du tout faire de courrier PAERPA [...] c'est une perte de temps et d'énergie ».

2.6.1 Informations

Les médecins traitants manquaient d'informations et de compréhension du projet PAERPA. Le manque d'informations concernait :

- La partie hospitalière de l'intervention PAERPA :

L'intervention hospitalière était mal connue des médecins traitants. Ces derniers n'avaient pas connaissance de la nature exacte de ce qui était présenté aux patients.

- La partie ambulatoire de l'intervention PAERPA :

Les médecins traitants avaient une mauvaise connaissance du rôle du pharmacien de ville dans la prise en charge PAERPA.

Participant 2 : « Oh bah disons... à mon avis... non je connais pas tout ».

Participant 8 : « On a pas vu le pharmacien, on a pas vu la concertation du pharmacien... ».

Le rôle de coordination de la CCP du médecin traitant et la rédaction des PPS était également peu maîtrisés.

Participant 6 : « il faut quand même mettre en place un poste de coordination, une infirmière coordinatrice peut-être qui ne fait que suivre les dossiers coordonnés ».

Participant 11 : « je pensais qu'au départ, le projet c'était ... ça soit le médecin traitant qui est au centre du projet, et finalement c'est presque tout le monde sauf le médecin traitant ».

Le manque d'information avait plusieurs origines :

- Les médecins traitants ont réalisé entre 4 et 17 PPS de conciliation médicamenteuse. Cela ne correspondait qu'à une infime partie du travail du médecin traitant.

- L'information initiale des médecins traitants comprenait une visite ponctuelle de l'animatrice territoriale, au terme de laquelle elle recueillait leur consentement de participation au projet. L'animatrice territoriale n'avait pas revu systématiquement les médecins traitants. Les médecins traitants manquaient d'information à la fois sur le fonctionnement théorique du projet PAERPA, et sur son déroulement pratique pour leurs patients concernés.

Les connaissances du projet PAERPA des médecins traitants s'étaient amoindries faute de réaliser fréquemment des PPS et d'être remises à jour par l'animatrice territoriale.

2.6.2 Communication et coordination

Le manque de communication avec les acteurs hospitaliers, les pharmaciens et l'animatrice territoriale sont développés précédemment. L'amélioration la plus demandée par les médecins traitants était une amélioration de la communication entre les acteurs.

ML : « Qu'est-ce que vous pensez de la coordination entre les médecins généralistes, l'hôpital, les infirmiers, les pharmaciens, les kinés ? »

Participant 8 : « Ben c'est ... si j'étais dur je dirais qu'il n'y en a pas. »

Participant 17 : « la coordination, elle doit se faire normalement, sur papier, soit par l'intermédiaire de ... de Sophie Becque, c'est elle qui coordonne et qui vient, qui se renseigne et cetera. Mais on n'a pas des ... de synthèse si on peut dire. »

2.6.3 Plan personnalisé de santé

Le PPS représentait une charge administrative importante. Cette charge administrative était le point négatif le plus important aux yeux des médecins traitants. Ils estimaient que le PPS est trop complexe, « trop lourd » à remplir. Sa rédaction et son suivi étaient compromis par des contraintes matérielles (charge administrative trop lourde) et spatiales (fonction du lieu de consultation, cabinet ou domicile).

Il en résultait que la rédaction du PPS était ressentie comme chronophage.

La participation de l'animatrice territoriale à la rédaction de la partie administrative du PPS était une réponse satisfaisante, mais insuffisante.

Participant 4 : « il y avait un truc... administratif... on me demandait des trucs c'était... on pouvait pas y répondre en fait... fallait... une tierce personne pour pouvoir y répondre justement... ».

Les médecins traitants attendaient la mise à disposition d'un support formalisé de communication permettant à l'ensemble des professionnels de santé hospitaliers et ambulatoires de s'exprimer.

Les médecins traitants auraient souhaité un PPS dématérialisé. Il deviendrait alors un outil de communication des PSL. Une simplification du PPS était également demandée par les médecins traitants.

2.6.4 Manque d'émulation

Suite au manque de connaissance et à la faible utilisation du PAERPA par les médecins traitants, ceux-ci regrettaient le manque d'émulation qui existait autour du projet

PAERPA. Ces médecins reconnaissaient les bénéfices liés aux projets, et trouvaient dommage que celui-ci ne soit pas plus promu.

2.6.5 Exclusion de patients

Les médecins traitants regrettaient l'absence de prise en charge de certains patients pour des critères d'inclusion ou d'exclusion trop stricts :

- Age supérieur à 75 ans.
- Délimitation arbitraire du territoire PAERPA.
- Exclusion des patients vivant à domicile mais ayant des troubles cognitifs.

Ces non inclusions avaient limité la motivation des médecins traitants à participer au projet PAERPA.

2.6.6 Améliorations sur l'intervention de conciliation médicamenteuse

Les médecins traitants dénonçaient deux pratiques :

- Les changements thérapeutiques pour des molécules de même classe (exemple : relais d'un inhibiteur de la pompe à protons par un autre). Ces modifications étaient justifiées par le respect du livret thérapeutique de l'hôpital de Denain par les acteurs hospitaliers.

- La prescription des médicaments en DCI si le patient était habitué à la molécule princeps.

Dans ces deux cas, la conciliation médicamenteuse n'apportait aucun bénéfice au patient.

Les conséquences de ces pratiques étaient :

- Pour le médecin traitant, ils étaient sources de confusion, et manquaient de pertinence médicale.

- Pour les patients, cela était aussi source d'incompréhension. L'éducation thérapeutique du patient était plus difficile. Il existerait alors un risque majoré d'inobservance et de iatrogénie.

Un effort était demandé pour que le médicament prescrit à la sortie d'hospitalisation soit celui auquel le patient était habitué. Il devrait être laissé au médecin traitant le choix de prescrire la molécule princeps ou le générique, et de justifier ce choix auprès du patient.

Enfin, bien que cela soit généralement réalisé, les médecins traitants insistaient pour que les modifications thérapeutiques soient justifiées dans le courrier de synthèse médicamenteuse.

2.6.7 Actualiser le plan de prise

Les médecins traitants appréciaient la réalisation du tableau de « plan de prise » remis au patient. Les médecins traitants regrettaient que ce plan de prise, émis à la sortie d'hospitalisation du patient, ne soit pas actualisé. Cette mise à jour pourrait être faite par le pharmacien de ville, en fonction des ordonnances réalisées par le médecin traitant.

2.6.8 Faciliter l'accès au courrier de synthèse médicamenteuse

Plusieurs médecins regrettaient de ne pas avoir accès au courrier de synthèse médicamenteuse. Il serait intéressant que les médecins traitants reçoivent directement ce courrier, sans passer par l'intermédiaire du patient. Les médecins traitants proposaient que cette transmission puisse se faire soit par voie postale, soit par voie informatique sécurisée (Apicript®) comme c'était déjà le cas pour le courrier de sortie d'hospitalisation, soit via l'animatrice territoriale.

2.6.9 Promouvoir l'éducation thérapeutique

Les médecins traitants étaient particulièrement sensibles à la question de l'éducation du patient. Ils auraient souhaité que les acteurs hospitaliers et les pharmaciens de ville puissent expliquer au patient son traitement. D'après eux, ce serait le meilleur moyen de favoriser l'observance.

Les aidants sont au contact des patients. C'est parfois eux qui préparent le pilulier de la personne âgée. Ils auraient pu participer à la surveillance de l'observance et du risque de iatrogénie. L'éducation thérapeutique des patients aurait pu être élargie aux aidants, et notamment à la famille.

2.6.10 Renforcer le contrôle de l'observance

Pour contrôler l'observance, certains médecins traitants proposaient qu'après la révision de l'armoire à pharmacie du patient, une surveillance régulière soit mise en place afin de contrôler le nombre de médicaments effectivement pris au cours du mois.

DISCUSSION

1 Analyse du diagramme de flux

1.1 Refus de participation

Certains médecins estimaient ne pas faire partie ou ne pas adhérer au projet PAERPA et ne pas avoir de patient inclus dans le projet. On suppose que suite à un échange avec l'AT, ces médecins ont donné un accord de principe pour la réalisation de PPS de conciliation médicamenteuse. Par la suite, ils n'ont plus souhaité participer au projet PAERPA mais n'en ont pas informé le DAT.

Dans ce cas, l'intervention réalisée auprès du patient se limite à la conciliation médicamenteuse hospitalière. La partie ambulatoire de l'intervention (PPS et CCP) n'est pas réalisée.

1.2 Absence de réponse

L'absence de réponse peut être expliquée par un refus de participation non exprimé ou par une mauvaise communication entre les secrétariats et les médecins traitants. Il ne s'agit pas d'une limite de l'étude car la saturation des données a été atteinte.

1.3 Sujet interrogé exclu

Un sujet a été interrogé puis exclu de l'étude. Le *verbatim* de l'entretien a été supprimé et n'a pas été inclus dans l'analyse sur NVIVO®. La réalisation de cet entretien n'a pas eu de conséquence sur le déroulement de l'étude.

2 Analyse des résultats de l'étude

2.1 Motivations des médecins traitants

Les motivations retrouvées par cette étude sont des résultats attendus.

Pour les motivations conceptuelles, il s'agit de bénéfices secondaires à l'intervention qui auraient pu être supposés *a priori*. Cela montre que les médecins traitants sont réceptifs à l'arrivée des soins intégrés dans leurs pratiques.

L'analyse de la littérature concernant le projet PAERPA retrouve des résultats similaires quant à :

- L'intérêt pour la pluridisciplinarité et la coordination(13) (14).
- L'intérêt pour la rémunération proposée(13).
- Un gain de temps(13).
- Le sentiment d'amélioration de la prise en charge des patients(13) (14).

Pour les motivations pratiques, elles démontrent qu'aux yeux des médecins traitants :

- L'intervention améliore la prise en charge du patient. Les soins intégrés répondent donc à un besoin de transformation des systèmes de santé.

- La iatrogénie est un syndrome gériatrique préoccupant. La conciliation médicamenteuse hospitalière est bénéfique pour le patient autant à l'hôpital que pour la suite de prise en charge en ambulatoire.

- Les documents produits par l'EMG favorisent la réalisation des PPS en sortie d'hospitalisation.

Comme le mentionne le rapport de la DREES : « L'attention de ces derniers (les PSL) est une ressource rare. La communication ne suffit pas pour susciter la mobilisation

des PSL. Il faut pouvoir être en mesure de leur offrir un aperçu des bénéfices attendus et un accompagnement à l'utilisation des outils »(15).

Une évaluation de la mise en œuvre du PAERPA réalisée par la Haute autorité de santé retrouvait également qu'un « travail de fond avec les utilisateurs sur le « pourquoi » plus que sur le « comment » était une attente des médecins traitants(16).

Le rapport de la DREES mentionne également : « l'adhésion à la démarche et la réalisation de PPS reposent sur la possibilité concrète qui leur est donnée de faire bénéficier leurs patients d'une nouvelle offre de soins ou de services créés dans le cadre du programme PAERPA»(15). On retrouve ici le lien entre la compréhension du projet PAERPA et l'utilisation du PAERPA.

Les médecins traitants pensent que le projet PAERPA est susceptible d'améliorer la prise en charge des patients. Une étude quantitative évaluant les taux de ré-hospitalisations des patients permettrait de mettre en évidence ce ressenti.

2.2 Implication des pharmaciens d'officine

L'apport des pharmaciens d'officine est apprécié par les médecins traitants. Ils participent à la pluridisciplinarité. Ils sécurisent le patient dans ses traitements et peuvent participer à l'éducation thérapeutique.

Dans les projets de soins intégrés, le pharmacien d'officine est rarement présent dans la prise en charge du patient. Le pharmacien d'officine n'est pas toujours considéré comme un soignant à part entière.

Cette intervention spécifique ciblée autour de la iatrogénie montre que les pharmaciens d'officine peuvent contribuer à la prise en charge du patient dans le cadre des soins intégrés.

Le rapport de la DREES recommande de « mener une réflexion sur la manière de développer le rôle des paramédicaux ou de pharmaciens dans l'initiation du PPS, voire dans sa gestion, tout en maintenant le rôle pivot du médecin traitant »(15).

La non-transmission du feuillet concernant l'entretien pharmaceutique à 1 mois montre une limite de la mise en place du projet. Cet axe semble ne pas avoir été bien compris par les médecins traitants. Pour autant, cela ne diminue pas leur envie de travailler avec les pharmaciens.

Une information spécifique pour les médecins traitants sur l'intervention réalisée par le pharmacien et sur l'intérêt de se concerter avec le pharmacien d'officine pourrait être réalisée. Un temps dédié à la CCP (éventuellement rémunéré) pourrait être proposé aux médecins traitants et aux pharmaciens pour s'affranchir des contraintes de communication.

La transmission du feuillet d'entretien pharmaceutique pourrait devenir la responsabilité de l'animatrice territoriale si les médecins traitants et les pharmaciens n'étaient pas amenés à se rencontrer physiquement de manière spontanée.

Un contrôle de l'existence d'une discussion entre le médecin et le pharmacien dans le cadre de la CCP pourrait être réalisé par l'animatrice territoriale, et viendrait valider la rémunération des PSL.

Les conditions pratiques de cette discussion (formalisée ou non, présentielle ou téléphonique) devraient être laissées au choix des PSL en fonction de leurs habitudes de travail.

2.3 Implication de l'animatrice territoriale

L'intégration de l'animatrice territoriale dans la prise en charge ambulatoire du projet PAERPA est appréciée des médecins traitants. Ils qualifient sa présence comme indispensable à la bonne réalisation des PPS.

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 de la CTA(13) (nomination nationale du DAT).

La stratégie d'appui à la réalisation des PPS a été laissée libre aux structures régionales. Le type d'appui est classé en trois niveaux : appui fort, appui intermédiaire, et autonomie des PSL.

Le DAT de Saint-Amand-Les-Eaux a mis en place une stratégie d'appui intermédiaire à la réalisation des PPS : le DAT vient en appui des PSL pour les aider à réaliser les PPS mais le principe reste l'autonomie de la CCP(15). Cette notion est reprise par le rapport d'activité annuel 2015 des animatrices territoriales : « elles (les AT) se situent davantage dans un travail d'accompagnement et de suivi des PPS »(1).

L'étude de la DREES fait savoir que pour ce type d'appui intermédiaire, deux des quatre autres centres utilisant ce type d'appui reconnaissent des difficultés entre l'appui plus marqué à la réalisation des PPS et la capacité à pouvoir le faire de manière permanente et dans la durée(15).

On retrouve cette problématique dans le DAT du Valenciennois-Quercitain. Elle a deux conséquences mises en évidence dans cette étude :

- La réalisation des PPS est stimulée par le DAT, mais le suivi des PPS est faible.
- La CCP est laissée autonome, malgré un manque de connaissance et de compréhension de ses modalités pratiques et de ses objectifs.

L'accompagnement des professionnels de santé libéraux pourrait être amélioré. Un suivi régulier des médecins traitants par les animatrices territoriales pourrait être réalisé. Des visites supplémentaires permettraient de :

- Informer les médecins traitants du fonctionnement du PAERPA en général.
- Proposer une aide à la rédaction des PPS pour la partie administrative.
- Informer les médecins traitants sur leurs patients inclus dans le projet PAERPA.
- Informer les médecins traitants sur leur rôle de coordination de la CCP, la nécessité de récupérer le feuillet de l'entretien pharmaceutique pour réaliser le suivi du PPS.

Étant donné le nombre d'animatrices territoriales et le nombre de professionnels de santé libéraux, une augmentation des effectifs du DAT semble nécessaire à la bonne mise en place du suivi des PSL dans le temps.

Le rapport de la DREES recommande de « dimensionner correctement la taille de l'équipe projet en nombre (avec des professionnels dédiés), en compétences (pluri-professionnelles), à la fois en proximité et en accès aux équipes du siège, en fonction des besoins du programme dans le temps »(15).

L'évolution du rôle de l'animatrice territoriale a été également observée à Nancy. L'étude relève une délégation de tâches concernant le PPS à l'animatrice territoriale(13).

Le rapport de la DRESS fait le constat suivant : « la CTA n'est pas organisée initialement pour proposer cet appui de manière systématique et la question de la montée en charge se pose avec acuité. La question se pose également de savoir s'il s'agit d'un appui pour un temps d'apprentissage ou d'une approche qui devient permanente »(15).

Il existe un débat au sein des médecins traitants sur le statut « non professionnel de santé » de l'animatrice territoriale. Ce débat ne semble pas atteindre la motivation des médecins traitants à réaliser des PPS de conciliation médicamenteuse.

2.4 Communication inter-professionnelle

Les relations entre médecins traitants et autres professionnels de santé n'ont pas été modifiées par l'intervention PAERPA, ce qui est retrouvé dans la littérature(13)(14).

2.4.1 Concernant les acteurs hospitaliers

La conciliation médicamenteuse hospitalière est appréciée des médecins traitants. Ils acceptent que les traitements prescrits en ambulatoires soient modifiés à l'hôpital. Bien que difficile, une communication entre les acteurs hospitaliers et libéraux existe. Le projet PAERPA n'a pas vraiment modifié cette communication. Des contacts principalement formalisés semblent correspondre aux attentes des médecins traitants.

2.4.2 Concernant les acteurs ambulatoires

Le rapport de la DREES fait état de trois types d'usage du PPS :

- Moyen de solliciter la CTA.

- Moyen d'élargir le champs d'action du professionnel libéral.
- Coordination par la CTA(15).

Ces différentes formes d'usage du PPS relatent la diversité de formes des CCP. Ainsi il n'est pas surprenant de retrouver dans le Valenciennois Quercitain différents usages du PPS.

Pour les PPS coordonnés par la CTA et validés par le médecin traitant, « des professionnels de santé sont impliqués, mais ne se rencontrent pas nécessairement. La coordination ainsi que la réalisation du PPS (en grande partie) sont assurées par la CTA »(15).

En pratique, la communication entre PSL est plus difficile à identifier. Si la coordination est externalisée au CTA, il reste important de mettre les PSL au centre du projet et de s'assurer de leur communication et de leur coordination. Dans ce cas, c'est à la CTA de s'en assurer.

Les professionnels de santé ne se sont pas appropriés le PPS. Il n'est pas un outil de communication satisfaisant à leurs yeux. La notion de réunion en CCP devrait être ré-expliquée aux médecins traitants.

L'objectif du PAERPA comme des autres réseaux de soins intégrés est de modifier l'organisation des systèmes de santé. Si la coordination des acteurs est améliorée par le projet PAERPA, modifier leurs habitudes en terme de communication entre professionnels de santé semble être un objectif trop ambitieux.

2.5 Discussion sur les axes d'amélioration

2.5.1 Manque d'information

Le manque de connaissance du projet PAERPA par les médecins traitants est d'origine multiple :

- Informations initiales reçues de manière variable.
- Manque de suivi à la réalisation des PPS par les AT.
- Faible utilisation des PPS par les médecins traitants.

La problématique du système d'information ne concerne pas que le territoire du Valenciennois-Quercitain(17).

2.5.2 Charge administrative

Les médecins regrettaient la lourdeur administrative du PPS. Le rapport de la DREES reconnaît qu'au regard de l'investissement apporté dans le système d'information, et notamment dans le développement d'outils numériques, « la réalité de la mise en œuvre peut paraître décevante. Les outils sont déployés avec beaucoup de retard et restent globalement inaboutis au moment de l'évaluation. Les retards ont pesé sur la montée en puissance de plusieurs actions, sur le fonctionnement de la CTA et la mobilisation des professionnels de santé libéraux »(15).

La dématérialisation du PPS est apparue un enjeu prioritaire sur plusieurs territoires, ce qui correspond également à la demande du Denaisis.

2.5.3 Plan personnalisé de santé

Le rapport de la DREES développe de nombreuses propositions concernant l'amélioration du document de PPS (présentation, objectifs). Une version informatisée était également souhaitée(15).

Dans les autres zones PAERPA comme dans cette étude, les médecins traitants interrogés estimaient :

- Que la rédaction des PPS était chronophage(14).
- Que la rédaction du PPS était une tâche administrative trop importante(13).
- Qu'il existait un manque de formation des professionnels de santé(13).

La création d'un outil informatique est nécessaire à la poursuite et à l'amélioration du PAERPA. On pourrait envisager :

- Une plate-forme PAERPA disponible sur internet, avec des identifiants pour les professionnels de santé. L'ensemble des PSL pourrait venir enrichir le PPS de leurs interventions, en s'affranchissant des contraintes matérielles et de lieu.

- Un dossier PAERPA pourrait être mis en place sur la carte vitale du patient. Cette idée rejoint le projet de mise en place d'un dossier patient informatisé sur la carte vitale. Chaque professionnel contribuerait au PPS lors de leurs contacts avec le patient.

3 Forces de l'étude

3.1 Préparation de l'étude

Le projet PAERPA a été longuement étudié. L'investigateur a rencontré l'ensemble des acteurs du projet pour comprendre au mieux l'intervention réalisée. Une visite de l'équipe mobile de gériatrie à Denain et une visite du DAT à Saint-Amand-Les-Eaux ont permis de discuter directement avec les intervenants du projet PAERPA.

Le type d'étude a été choisi pour répondre à l'objectif principal. La théorisation ancrée est adaptée à l'exploration qualitative d'une expérience.

Le recrutement des médecins traitants a été choisi afin de déterminer un corpus raisonné en recherche de variation maximale. Des variations importantes ont été observées sur les caractéristiques des participants : âge, sexe, lieu d'exercice. Des variations importantes ont aussi été observées sur l'expérience du projet PAERPA des participants : nombre de PPS de conciliation médicamenteuse, compréhension et utilisation du PAERPA.

Le type d'entretien a été choisi pour répondre à l'objectif principal.

La préparation des entretiens par le guide d'entretien a permis de favoriser les questions ouvertes et d'explorer l'ensemble des objectifs de l'étude. Le guide d'entretien a été validé par les référents du groupe de travail (référent PAERPA et référent méthodologique).

3.2 Recueil et étude des données

L'enregistrement des entretiens par dictaphone et leur retranscription en intégralité assure la fidélité des informations recueillies.

Une étude qualitative avec analyse par théorisation ancrée requiert une démarche réflexive et une comparaison constante des données. Cela est réalisé dans cette étude par :

- La retranscription du verbatim et le codage ouvert immédiatement après un entretien et avant la réalisation de l'entretien suivant.
- Le codage en trois niveaux réalisé entre mars et septembre 2017.
- La triangulation du codage (codage ouvert en double aveugle avec recherche de concordance) permet de limiter l'interprétation des *verbatim* par l'investigateur.
- Le suivi du travail en réunion de travail lillois d'évaluation qualitative du PAERPA.

La saturation des données a été atteinte au seizième entretien et confirmée par la réalisation de deux entretiens supplémentaires. La saturation des données valide l'arrêt du recueil de données.

3.3 Modifications du guide d'entretien

Les modifications du guide d'entretien sont méthodologiquement pertinentes(8). Elles permettent d'explorer une donnée non anticipée lors de la conception du guide d'entretien et témoignent de l'adaptation de l'investigateur aux résultats préliminaires de l'étude.

3.4 Échelle COREQ

L'échelle COREQ est une liste de 32 items de validité en recherche qualitative. Cette échelle est référencée par equator-network.org(11) (12).

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.

4 Limites de l'étude

4.1 Limites liées à l'investigateur

La faible expérience de l'investigateur est une limite de l'étude. Il s'agissait d'un premier travail en recherche qualitative.

Lors de la réalisation des entretiens, l'adaptation du guide d'entretien au déroulement de l'entretien était imparfaite. Des questions fermées ont été posées au cours de la discussion.

Le codage des données a été initialement limité par le manque de connaissance des modalités de codage en recherche qualitative et de l'utilisation du logiciel QSR NVIVO®.

Pour pallier ce manque de connaissance, l'investigateur a suivi une formation de 8h sur la recherche qualitative (formation dispensée par le référent lillois de recherche qualitative, le Docteur CUNIN). Une aide méthodologique a été apportée par le Dr CALAFIORE au cours des réunions de travail du groupe lillois.

4.2 Limites liées à la population

Il s'agit d'une étude mono-centrique. Ce choix est justifié par le caractère unique du centre hospitalier de Denain de réalisation de PPS de conciliation médicamenteuse, en collaboration avec une équipe mobile de gériatrie dédiée.

Deux des médecins traitants interrogés étaient impliqués dans le projet PAERPA. Ils participaient soit à la formation des PSL par des séminaires, soit aux ateliers d'éducation thérapeutiques prévus dans le projet PAERPA. Ils contribuent à la diversité d'expériences du PAERPA des participants.

4.3 Limites liées aux entretiens

Il n'a pas été réalisé de phase test du guide d'entretien. L'absence de phase test a été anticipée par la rédaction du guide d'entretien avec le groupe de travail lillois d'évaluation qualitative du PAERPA, compensée par la première modification du guide d'entretien de simplification, et validée par la saturation des données.

Les participants ont été interrogés dans leur cabinet. L'expression de l'expérience de certains des participants a pu être limitée par une contrainte de temps consacré à l'entretien. Quelques entretiens ont été coupés par des appels téléphoniques, ce qui a pu altérer la réflexion des participants au cours de l'entretien.

CONCLUSION

Le projet PAERPA est un dispositif innovant de soins intégrés. L'intervention de PPS de conciliation médicamenteuse était appréciée des médecins traitants. La pluridisciplinarité, la coordination, le gain de temps, et la rémunération sont sources de motivations à participer à ce projet. Les médecins ressentent une amélioration de la prise en charge de leurs patients. La mise en place du projet est limitée par le manque d'information délivrée aux professionnels de santé libéraux et de suivi des animatrices territoriales. La discussion en coordination clinique de proximité peut être améliorée. Une simplification et l'informatisation du PPS sont des attentes des médecins traitants. Une amélioration de la communication auprès des médecins traitants et dans la CCP est l'axe d'amélioration principal à mettre en œuvre.

REFERENCES

1. Rapport d'activité PAERPA 2015 - Partie Animatrices. Document disponible auprès du Dispositif d'appui territorial de Saint-Amand-Les-Eaux.
2. Organisation mondiale de la santé. Systèmes de santé [Internet]. WHO. [cité 16 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/healthsystems/topics/delivery/fr/>
3. Institut national d'assurance maladie-invalidité. Soins intégrés en faveur des maladies chroniques [Internet]. [cité 16 oct 2017]. Disponible sur: http://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/information-tous/Pages/soins-integres.aspx#Projets_pilotes_de_soins_integres_en_faveur_des_malades_chroniques
4. Institut national d'assurance maladie-invalidité. Guide Projets-pilotes soins intégrés en faveur des maladies chroniques [Internet]. [cité 16 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/guidepp.pdf#page=9>
5. Laroche M-L, Bouthier F, Merle L, Charmes J-P. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. *Rev Médecine Interne*. juill 2009;30(7):592-601.
6. Lang PO, Dramé M, Guignard B, Mahmoudi R, Payot I, Latour J, et al. Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. déc 2015;15(90):323-36.
7. I. Aubin, A. Mercier, L. Baumann. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84:142-5.
8. N. Hennebo. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants de médecine [en ligne] 2009. [page consultée le 18/10/2017] Disponibilité sur internet : <http://www.theorisationancree.fr/guide.pdf>.
9. Eureval. Réaliser un entretien semi-directif. [Internet]. [cité 18 oct 2017]. Disponible sur: https://eureval.files.wordpress.com/2014/12/ft_entretien.pdf
10. I. Aubin, A. Mercier. Recherche qualitative niveau 2 CNGE formation. Codage et analyse, Donner du sens. 2008 Apr 26;
11. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups | The EQUATOR Network [Internet]. [cité 18 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/coreq/>
12. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 1 déc 2007;19(6):349-57.

13. C. Huzar. Le concept PAERPA : un atout pour le médecin généraliste dans la prise en charge de la personne âgée fragile ?. [Thèse pour le Diplôme de Docteur en Médecine]. Nancy: Université Henri Poincaré Faculté de Médecine; 2015. [Internet]. [cité 21 oct 2017]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2015_HUZAR_CLOTILDE.pdf
14. C. Guyon. Etude de pratique et d'opinion des médecins généralistes libéraux dans le cadre du projet PAERPA. [Thèse pour le Diplôme de Docteur en Médecine]. Dijon: Université de Bourgogne UFR des Sciences de Santé Circonscription Médecine; 2016. [Internet]. [cité 21 oct 2017]. Disponible sur: <https://nuxeo.u-bourgogne.fr/nuxeo/site/esupversions/3d8614a2-6bf2-45cb-a9d9-8ee312f7e0b7>
15. Gand S, Periac E, Bloch MA (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques). Evaluation qualitative PAERPA Rapport final. [en ligne] 2017 Mai. [Internet]. [cité 22 oct 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt135.pdf>
16. HAS. Mise en oeuvre du PPS PAERPA : Bilan à 6 mois. [en ligne] 2015 Nov [consultée le 21/10/2017]. Disponibilité sur internet : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/bilan_a_6_mois__plan_personnalise_sante__vf_web.pdf [Internet]. [cité 21 oct 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/bilan_a_6_mois__plan_personnalise_sante__vf_web.pdf
17. Teixeira A. Projet PAERPA : retour d'expérience du Nord-Est de Paris. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. juin 2015;15(87):129-33.

Annexe 2 : Courrier type de conciliation médicamenteuse type*Courrier de conciliation médicamenteuse**Mr et cher confrère,**Votre patient M....., né le a été hospitalisé au Centre Hospitalier de Denain. Nous avons établi la liste de ses médicaments pris en routine à son domicile. Vous trouverez ci-après le traitement avant son hospitalisation, celui à poursuivre à la sortie et un éventuel complément d'informations.***Traitement du patient**

Traitement pris à domicile avant hospitalisation			Statut	Traitement de sortie d'hospitalisation			
Médicament	Voie	Posologie		Médicament	Voie	Posologie	Commentaire
<u>Pravastatine</u> 20mg	VO	1 le soir	poursuivi	<u>Pravastatine</u> 20mg	VO	1 le soir	
<u>Ginkor</u>	VO	1 matin 1 soir	arrêté				
<u>Meteospasmyl</u>	VO	3/j	arrêté				
Tramadol LP 150mg	VO	2/j	modifié	Tramadol LP 100mg	VO	2/j	Réajustement thérapeutique
			ajouté	<u>Previscan</u> 20mg	VO	1 le soir	ACFA découverte
			ajouté	<u>Speciafoldine</u> 5mg	VO	1 matin 1 midi 1 soir	Carence en folates
			ajouté	Vitamine B12 1mg/ampoule	VO	1/j jusqu'au 14/10/14 puis 1/mois pendant 3 mois	Carence en vitamine B12
			ajouté	<u>Duphalac</u> sachets	VO	1/j	constipation

*Remarque : nous avons effectué une enquête d'observance auprès de votre patient, il en ressort que...**Une information AVK a été initiée auprès de votre patient, ...**Docteur**Docteur.....**Gériatre**Pharmacien*

Annexe 3 : Plan de prise médicamenteuse type destiné aux patients.

Plan de prise remis au patient

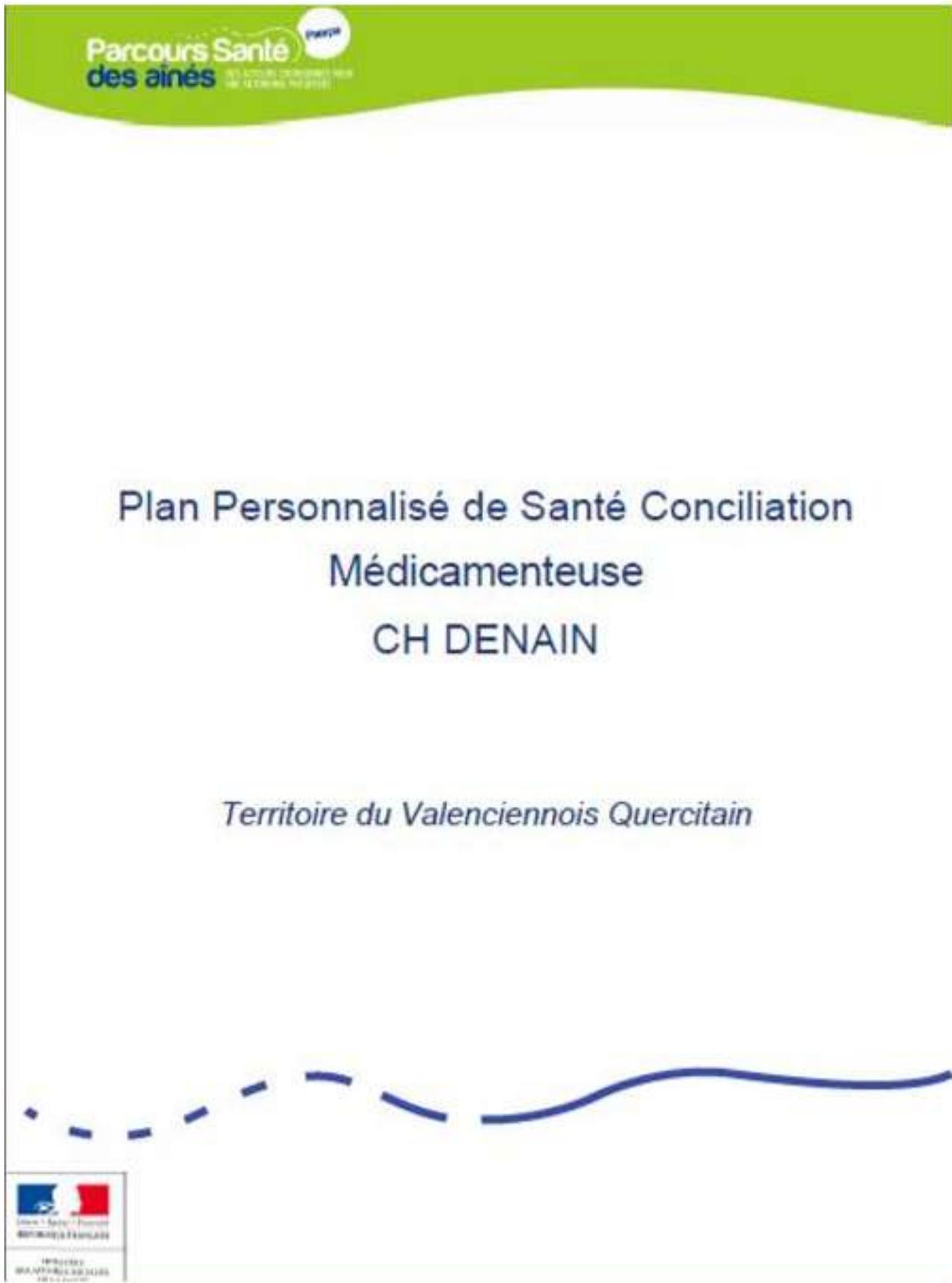


MES MEDICAMENTS

Service Pharmacie

	 MATIN	 MIDI	 SOIR	 COUCHER
Metformine 1000mg	1 comprimé		1 comprimé	
Previscan 20mg			½ de comprimé	
Furosémide 20mg (Lasilix 20mg)	1 comprimé			
Atenolol 50mg	1 comprimé			
Lamotrigine 50mg			1 comprimé	
Zolpidem 10mg (Stilnox 10mg)				1 comprimé
Colchicine 1mg	1 comprimé Jusqu'au 28/09/2014			
Vitamine B1 B6	1 comprimé	1 comprimé	1 comprimé	

Annexe 4 : Plan personnalisé de soins de conciliation médicamenteuse type



SOMMAIRE

MODÈLE DE PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ	3
LA PERSONNE ET SES CONTACTS UTILES	4
CONTACTS UTILES	5
LE PLAN D'ACTION	6
ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE DANS LE CADRE DE LA CCP - PAERPA	7
I/ GRILLE D'ENTRETIEN GESTION DU TRAITEMENT PERSONNEL & IATROGÉNIE	7
A) PRÉPARATION ET PRISE DU TRAITEMENT	7
B) CONDUITES À RISQUE VIS-À-VIS DU MÉDICAMENT ?	8
C) CONNAISSANCE DU TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX	9
II/ GRILLE DE VISITE DE L'ARMOIRE À PHARMACIE	10
A) L'ARMOIRE À PHARMACIE	10
B) LE CONTENU DE L'ARMOIRE	11
CHECK-LIST D'AIDE À L'IDENTIFICATION DES PRIORITÉS DES PROFESSIONNELS (OUI / NON / ?)	12
TABLEAU DE SUIVI DU PPS	13

Modèle de plan personnalisé de santé

Chaque PPS conciliation médicamenteuse est composé :

- *D'un formulaire de recueil d'informations générales sur la personne et ses contacts utiles.*
- *D'un plan d'actions (plan de soins et plan d'aides) tenant sur 1 page. Le volet social (plan d'aides) est distinct du volet soins, dans le cas où la personne souhaite que les informations d'ordre sanitaire la concernant ne soient pas partagées avec les acteurs sociaux.*
- *De l'entretien pharmaceutique réalisé à 1 mois de l'initiation du PPS.*
- *D'une check-list de problèmes sur une page permettant de s'accorder entre professionnels sur les problèmes à traiter. Certains problèmes qui méritent d'être mieux explorés peuvent être notés avec un « ? » ; les point d'étape réalisés par le référent permettent de suivre la réalisation et les résultats des actions selon les critères choisis et de les réajuster si nécessaire. Le réajustement est décidé avec les autres acteurs concernés sans donner lieu systématiquement à une réunion à plusieurs, sauf exception.*
- *D'un tableau de suivi du PPS.*

Modèle de plan personnalisé de santé

Chaque PPS conciliation médicamenteuse est composé :

- *D'un formulaire de recueil d'informations générales sur la personne et ses contacts utiles.*
- *D'un plan d'actions (plan de soins et plan d'aides) tenant sur 1 page. Le volet social (plan d'aides) est distinct du volet soins, dans le cas où la personne souhaite que les informations d'ordre sanitaire la concernant ne soient pas partagées avec les acteurs sociaux.*
- *De l'entretien pharmaceutique réalisé à 1 mois de l'initiation du PPS.*
- *D'une check-list de problèmes sur une page permettant de s'accorder entre professionnels sur les problèmes à traiter. Certains problèmes qui méritent d'être mieux explorés peuvent être notés avec un « ? » ; les point d'étape réalisés par le référent permettent de suivre la réalisation et les résultats des actions selon les critères choisis et de les réajuster si nécessaire. Le réajustement est décidé avec les autres acteurs concernés sans donner lieu systématiquement à une réunion à plusieurs, sauf exception.*
- *D'un tableau de suivi du PPS.*

Contacts utiles

Niveau d'information (cf. fiche jointe)	Catégorie professionnelle	Nom/Prénom du professionnel ou nom de l'organisme	Accès aux informations Oui/Non	Téléphone	Email
Niveau 1	Médecin traitant		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	Infirmier(s)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	Pharmacien		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	Anesthésiste		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	ergothérapeute		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	Gériatre		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	Autre spécialiste		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Niveau 2	Assistant social		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	Dispositif d'appui Territorial		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Niveau 3	Professionnel d'aide à la vie quotidienne (hors professionnel de santé)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Autre (préciser le niveau d'informations 1, 2, ou 3) :			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

Le plan d'action

Plan de soins				
Problèmes classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist)	Objectifs partagés	Libellé des actions dont ETP	Intervenants	Critères d'atteinte des résultats

Plan d'aides				
Problèmes classés par priorité par les professionnels sanitaires et sociaux (checklist)	Objectifs partagés	Libellé des actions dont ETP	Intervenants	Critères d'atteinte des résultats

Entretien pharmaceutique dans le cadre de la CCP - PAERPA



Date de l'entretien : Entretien réalisé par :

Entretien avec le patient avec l'aidant autre (en clair) :
à domicile à l'officine

I/ Grille d'entretien Gestion du traitement personnel & iatrogénie

a) Préparation et prise du traitement

Qui prépare votre traitement ? Vous-même Votre conjoint
 Autre :

Avez-vous des difficultés pour préparer les médicaments ? Oui Non

Lesquelles ?

(Ex : problèmes de vue, problèmes pour fractionner les doses, ...)

Évaluez d'éventuelles difficultés de lecture et/ou problèmes de vision / de dextérité qui pourraient avoir un retentissement sur le suivi du traitement

Utilisez-vous un pilulier ? Oui Non

Si oui, pouvez-vous me montrer comment vous l'utilisez ?

La préparation des médicaments est-elle faite :

- En 'faisant confiance à votre mémoire'
- En relisant votre ordonnance ?
- A partir des informations écrites par votre pharmacien sur les boîtes ?

Avez-vous des difficultés à avaler les médicaments ? Oui Non

Le cas échéant, comment faites-vous ?

Identifier les médicaments éventuellement à problème.

Un broyage (ou écrasement) des médicaments est-il effectué ? Oui Non

Si oui, quels médicaments sont concernés ?

Vérifier que les médicaments sont bien broyables.

Avez-vous des difficultés à prendre certains médicaments ? Oui Non

Demander concrètement comment ils font (collyre, 1/2 comprimés, inhalateur...)

b) Conduites à risque vis-à-vis du médicament ?

Adhésion au traitement (questionnaire d'après Morinski-Green)

- Aujourd'hui, avez-vous oublié de prendre votre traitement ?
- Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?
- Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?
- Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?
- 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 ?
- Pensez-vous que vous avez trop de médicaments à prendre ?

Interprétation

- 0 oui = une bonne adhésion,
- 1 à 2 oui = un minime problème d'adhésion,
- ≥ 3 oui = une mauvaise adhésion.

Vous arrive-t-il de prendre des médicaments de votre propre initiative ?

(Y compris avec certains compléments alimentaires ou plantes)

Oui Non

Vous arrive-t-il de modifier la posologie des médicaments de votre propre initiative ? Oui Non

Si oui, pour quelles raisons ?

c) Connaissance du traitement médicamenteux

Savez-vous quelle affection, quel symptôme ou quelle maladie traite chacun de vos médicaments ?

- Les lister un à un
- Nombre de médicaments justes :
- Nombre de médicaments faux :
- Commentaires éventuels (en clair) :

Connaissez-vous le mode de prise de vos médicaments (posologie, horaire de prise) ?

- Les lister un à un
- Nombre de médicaments justes :
- Nombre de médicaments faux :
- Commentaires éventuels (en clair) :

Pour un patient sous AVK ou hypoglycémiant ou diurétiques

Savez-vous reconnaître les signes cliniques de survenue d'un risque iatrogène ? Oui Non

TEMPS PASSE POUR L'ENTRETIEN :

II/ Grille de visite de l'Armoire à Pharmacie



Messages clés :

- ✦ Conserver les médicaments dans leur conditionnement d'origine et avec leur notice
- ✦ Faire le tri des médicaments périmés ou non utilisés régulièrement et ayez le réflexe CYCLAMED en les rapportant à votre pharmacie
- ✦ Ne gardez pas de médicaments (sauf avis contraire) comme les antibiotiques, ou ceux qui se périment rapidement après ouverture (sirops, gouttes, collyres, solutions nasales)
- ✦ Séparer votre traitement de ceux de votre entourage
- ✦ Ne pas réutiliser un médicament qui vous a été précédemment prescrit sans l'avis de votre pharmacien ou de votre médecin
- ✦ Conservez vos médicaments à un seul endroit de la maison et hors de portée des enfants

a) L'armoire à pharmacie

Qui range les médicaments ?

Commentaires (en clair) :

Y a-t-il un seul lieu de stockage ?

 Oui Non

Le lieu est-il adapté ? (Ex : lieu humide/sec, ouvert/fermé, etc.)

 Oui NonCommentaires (en clair) :

Quel est le format de l'armoire à pharmacie ?

 Une armoire Un sac Un tiroir Autre :

Les médicaments sont-ils rangés selon un ordre particulier ?

 Oui NonCommentaires (en clair) :

Les médicaments sont individualisés :

 Par habitant du domicile Ils sont mélangés

Les médicaments thermosensibles sont-ils bien conservés dans le réfrigérateur :

- Dans le bac à légumes ? Oui Non
- Au niveau de la porte ? Oui Non
- Le réfrigérateur est-il à température adéquate ?
(si possibilité de le vérifier) Oui Non

b) Le contenu de l'armoire

Y a-t-il des médicaments périmés ? Oui Non

- Si oui, quels sont les médicaments concernés ?
- Si oui, préciser le nombre de boîtes :
- Depuis quand sont-ils périmés ?

Retirer les médicaments concernés de l'armoire.

En cas de médicaments périmés, que fait la personne de ceux-ci ?

- Les jetez-vous à la poubelle ? Oui Non
- Les rapportez-vous à votre pharmacien ? Oui Non

Y a-t-il des médicaments en quantité inappropriée au regard du traitement prescrit ? Oui Non

(ex : quantité importante)

Les collyres et pommades entamés le sont-ils depuis plus d'un mois ? Oui Non

Avez-vous identifié des problèmes de conservation
(i.e. flacons entamés, plaquette sans emballage...) ? Oui Non

Retirer les médicaments concernés de l'armoire.

Si oui, préciser la nature du problème et le nombre de boîtes :

Temps passé lors de la visite de l'armoire :

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			
Isolément			
- faiblesse du réseau familial ou social			
- isolement géographique			
- isolement résidentiel			
Précarité			
- financière			
- habitat			
- énergétique			
Incapacités dans les activités de base de la vie quotidienne			
- soins personnels/toilette			
- habillement			
- aller aux toilettes			
- continence			
- locomotion			
- repas			
Troubles nutritionnels / Difficultés à avoir une alimentation adaptée			
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			

Tableau de suivi du PPS

Problèmes	Atteinte des résultats		Commentaires
	Oui	Non	

Annexe 5 : Consentement de participation à l'étude

Formulaire de consentement de participation à l'étude

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

déclare accepter, librement et de façon éclairée, de participer à l'étude intitulée :
« Motivations des médecins traitants à élaborer des plans personnalisés de santé de conciliation médicamenteuse dans le cadre du projet PAERPA »,

réalisée par Maxime LOTIN, nommé ci-dessous « l'investigateur principal »,

sous la direction du Docteur Régis HANOT.

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

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

Fait à le en 2 exemplaires

Signatures :

Le participant

L'investigateur principal

Annexe 6 : Feuille de caractéristiques des participants

Données administratives :

Entretien n° :

Lieu de l'entretien :

ville :

local (cabinet/domicile) :

Date de l'entretien :

Heure début entretien :

Heure fin entretien :

Durée de l'entretien :

Données démographiques du participant :

Âge :

Sexe :

Date thèse :

Durée d'exercice en ambulatoire :

Lieu d'exercice (ville/code postal) :

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

Date entrée projet PAERPA :

Formation particulière à la gériatrie :

Nombre de PPS :

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

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

Si oui : Un commentaire de votre part est le bienvenu.

adresse mail : @

Annexe 7 : Guide d'entretien initial

Guide d'entretien

Objectif : Définir quelles sont les motivations des médecins traitants à élaborer des plans personnalisés de santé de conciliation médicamenteuse dans le cadre du projet PAERPA.

Investigateur : Maxime LOTIN

Directeur de thèse : Dr Régis HANOT

[Hors entretien]

Les paragraphes précédés du caractère « [Hors entretien] » décrivent les informations données aux participants en dehors de l'entretien réalisé pour l'étude et enregistré.

[Hors entretien]

Bonjour.

Merci de m'avoir accordé cet entretien, malgré votre emploi du temps chargé.

Je m'appelle Maxime LOTIN, je suis étudiant en médecine générale en 3ème année d'internat. Je réalise une thèse qualitative sur les motivations des médecins à rejoindre le projet PAERPA.

Ma thèse évalue plus spécifiquement la conciliation médicamenteuse. Il s'agit d'une révision des médicaments du patient qui est réalisée à la sortie d'hospitalisation du patient. Le médecin traitant reçoit, en plus du compte rendu d'hospitalisation, un courrier de conciliation médicamenteuse. Le médecin traitant élabore ensuite le PPS de conciliation médicamenteuse selon les conseils du gériatre, sa connaissance du patient et sa propre expertise.

Pour comprendre les motivations des médecins traitants à participer au projet PAERPA, je réalise des entretiens individuels. Ces entretiens réalisés sont enregistrés par dictaphone. Je les retranscris secondairement mot à mot. Le codage des entretiens retranscrits permettra de construire les résultats de l'étude.

Il est important que vous vous sentiez en totale liberté pour exprimer votre vécu, vos opinions par rapport au projet PAERPA. Je ne veux pas obtenir un consensus, mais plutôt une représentation, la plus large possible, des différentes raisons qui ont amené les médecins à rejoindre ce projet. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses : toutes les réponses m'intéressent !

Je vais vous proposer des questions ouvertes. Dans l'idéal je dois intervenir le moins possible en dehors des questions prévues.

Question 1 : Comment définiriez-vous la place de la gériatrie dans votre activité quotidienne ?

Question 2 : Pouvez-vous me décrire comment vous avez eu connaissance du projet PAERPA ?

Relances :

1Avez-vous reçu à votre cabinet l'animatrice territoriale ?

Si non : comment avez-vous eu connaissance du projet PAERPA ?

Si oui : Quelles informations données par l'animatrice territoriale avez-vous retenues ?
Qu'est-ce qui vous a intéressé dans les informations données par l'animatrice territoriale ?

2Qu'est ce qui vous a intéressé dans ce projet PAERPA ?

Question 3 : Qu'est ce qui vous a donné envie de participer au projet PAERPA ?

Relances :

1Dans votre pratique quotidienne, que vous apportent les PPS conciliations médicamenteuses ?

2Que pensez-vous de la révision médicamenteuse des patients ?

3Que pensez-vous de l'incitation financière qui accompagne l'élaboration des PPS ?

4Le PPS de conciliation médicamenteuse est-il un gain ou une perte de temps pour vous et pourquoi ?

Question 4 : D'après vous, quel est le rôle de l'animatrice territoriale dans la prise en charge des patients ?

Relances :

1Dans quelles situations avez-vous été en contact avec l'animatrice territoriale ?

2Dans quelles situations l'animatrice territoriale vous a aidé dans la prise en charge des patients ?

Si rôle de l'animatrice territoriale compris : Que pensez-vous de l'intervention de l'animatrice territoriale dans l'élaboration du PPS de conciliation médicamenteuse ?

Si rôle de l'animatrice territoriale non compris :

Les animatrices territoriales font partie du dispositif d'appui territorial, la structure qui régit le dispositif PAERPA. Elles sont les ambassadrices du projet PAERPA auprès des professionnels de santé libéraux. Elles réalisent le lien entre la ville et l'hôpital. Ses missions sont de former les professionnels de santé libéraux au projet PAERPA et de guider les professionnels médicaux et paramédicaux dans l'élaboration des plans personnalisés de santé et dans le suivi de ces PPS. L'animatrice territoriale du secteur de Denain a aussi pour mission la coordination avec l'équipe mobile gériatrique de l'hôpital de Denain.

Que pensez-vous de cette intervention ?

Question 5 : Connaissez-vous l'intervention des pharmaciens d'officine dans la prise en charge post-hospitalière des patients ?

Relances :

Si oui : Que pensez-vous cette intervention ?

Si non : Les pharmaciens d'officine reçoivent le courrier de conciliation médicamenteuse à la sortie d'hospitalisation du patient. A 1 mois de la sortie d'hospitalisation, ils réalisent un entretien pharmaceutique pour évaluer le risque iatrogénique, l'observance et l'armoire à pharmacie du patient.

Que pensez-vous de cette intervention ?

Relances :

- Que pensez-vous de la coordination entre médecin traitant et pharmacien d'officine pour la prise en charge des patients ?

Question 6 : Que pensez-vous de la communication entre médecins traitants, infirmières, pharmaciens et acteurs hospitaliers ?

Relances

1Quels liens avez-vous avec les autres professionnels de santé libéraux et hospitaliers dans le cadre du projet PAERPA ?

1Cette communication est-elle suffisante à vos yeux ?

2Quels sont les bénéfices pour le patient de cette communication ?

3Quels sont les bénéfices pour les professionnels de santé et pour vous de cette communication ?

4Est ce que le projet PAERPA a modifié votre façon de travailler avec les professionnels de santé libéraux (pharmaciens, infirmières) et avec les professionnels de santé hospitaliers ?

5Par quels moyens communiquez-vous avec les autres professionnels de santé ?

6Dans quelles situations cette communication inter-professionnelle est-elle insuffisante ?

7D'après vous, comment améliorer la communication entre les différents professionnels de santé ?

Question 7 : Si vous deviez apporter un changement au projet PAERPA, que feriez vous ?

Relances :

1Quels sont les points positifs du PAERPA et comment les améliorer ? (si non abordés antérieurement)

2Quels sont d'après vous les points négatifs du projet PAERPA ? Comment les améliorer ?

Question 8 : Avez-vous quelque chose à ajouter sur le PPS « conciliation médicamenteuse » qui n'aurait pas été abordé dans cet entretien ?

Relances :

- Si oui : Laquelle ?

[Hors entretien]

L'interview est maintenant finie et le dictaphone est éteint. Merci beaucoup pour vos réponses, qui ont été très constructives. Encore merci de m'avoir accordé cet entretien et pour le temps que vous m'avez consacré. Si vous le voulez bien, j'ai une feuille de renseignement à vous faire remplir (...). Au revoir.

Annexe 8 : Guide d'entretien final

Guide d'entretien

Objectif : Définir les motivations des médecins traitants à élaborer des plans personnalisés de santé de conciliation médicamenteuse, dans le cadre du projet PAERPA.

Investigateur : Maxime LOTIN

Directeur de thèse : Dr Régis HANOT

[Hors entretien]

Les paragraphes précédés du caractère « [...] » décrivent les informations données aux participants en dehors de l'entretien réalisé pour l'étude et enregistré.

[Hors entretien]

Bonjour.

Merci de m'avoir accordé cet entretien, malgré votre emploi du temps chargé.

Je m'appelle Maxime LOTIN, je suis étudiant en médecine générale en 3ème année d'internat. Je réalise une thèse qualitative sur les motivations des médecins à rejoindre le projet PAERPA, la filière gériatrique du Valenciennois.

Ma thèse évalue plus spécifiquement la conciliation médicamenteuse. Il s'agit d'une révision des médicaments du patient qui est réalisée au centre hospitalier de Denain. Le médecin traitant reçoit, en plus du compte rendu d'hospitalisation, un courrier de synthèse médicamenteuse. Le médecin traitant élabore ensuite le PPS de conciliation médicamenteuse selon les conseils du gériatre, sa connaissance du patient et sa propre expertise.

[Montrer au participant les fiches types de synthèse médicamenteuse]

Pour comprendre les motivations des médecins traitants à participer au projet PAERPA, je réalise des entretiens individuels. Ces entretiens réalisés sont enregistrés par dictaphone. Je les retranscris secondairement mot à mot. Le codage des entretiens retranscrits permettra de construire les résultats de l'étude.

Il est important que vous vous sentiez en totale liberté pour exprimer votre vécu, vos opinions par rapport au projet PAERPA. Je ne veux pas obtenir un consensus, mais plutôt une représentation, la plus large possible, des différentes raisons qui ont amené les médecins à rejoindre ce projet. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses : toutes les réponses m'intéressent !

Je vais vous proposer des questions ouvertes. Dans l'idéal je dois intervenir le moins possible en dehors des questions prévues.

Question 1 : Comment définiriez-vous la place de la gériatrie dans votre activité quotidienne ?

Relances :

1 Est-ce que vous estimez faire beaucoup de gériatrie ?

2 Quelle est votre définition de la gériatrie ?

Question 2 : Pouvez-vous me décrire comment vous avez eu connaissance du projet PAERPA ?

Relances :

3 Avez-vous reçu à votre cabinet l'animatrice territoriale, Mme Becque ?

Si non : comment avez-vous eu connaissance du projet PAERPA ?

Si oui : Quelles informations données par l'animatrice territoriale avez-vous retenues ? Qu'est-ce qui vous a intéressé dans les informations données par l'animatrice territoriale ?

4 Qu'est-ce qui vous a intéressé dans ce projet PAERPA ?

5

Question 3 : Qu'est-ce qui vous a donné envie de participer au projet PAERPA, la filière gériatrique du Valenciennois ?

Relances :

5 Que pensez-vous de la révision médicamenteuse, faite soit par vous, soit à l'hôpital dans le cadre du PAERPA ?

Si non évoqué, proposer les avantages pour le patient d'une part, pour le médecin d'autre part.

6 Que pensez-vous de la conciliation médicamenteuse à l'hôpital ?

7 Que pensez-vous de l'intervention d'un autre médecin, gériatre, dans les prescriptions de vos patients ?

8 Est-ce que vous faites vous-même de la conciliation médicamenteuse ?

9 Que pensez-vous de l'incitation financière qui accompagne l'élaboration des PPS ?

10 Le PPS de conciliation médicamenteuse est-il un gain ou une perte de temps pour vous et pourquoi ?

11 Quels sont les avantages et les inconvénients du PAERPA pour votre travail ?

12 D'après vous, est-ce que l'intervention PAERPA est bien reçue par les patients ? Pourquoi ?

2 Est-ce que l'intervention PAERPA est bénéfique pour les patients ? Pourquoi ?

- Que pensez-vous de la charge administrative dans le PAERPA ?

Question 4 : D'après vous, quel est le rôle de l'animatrice territoriale, Mme Becque, dans la prise en charge des patients ?

Si rôle de l'animatrice territoriale compris : Que pensez-vous de l'intervention de l'animatrice territoriale dans l'élaboration du PPS de conciliation médicamenteuse ?

Si rôle de l'animatrice territoriale non compris : Les animatrices territoriales font partie du dispositif d'appui territorial, la structure qui régit le dispositif PAERPA, la filière gériatrique du Valenciennois. Elles sont les ambassadrices du projet PAERPA auprès des professionnels de santé libéraux. Elles réalisent le lien entre la ville et l'hôpital. Ses missions sont de former les professionnels de santé libéraux au projet PAERPA et de guider les professionnels médicaux et paramédicaux dans l'élaboration des plans personnalisés de santé et dans le suivi de ces PPS. L'animatrice territoriale du secteur de Denain a aussi pour mission la coordination avec l'équipe mobile gériatrique de l'hôpital de Denain.

Que pensez-vous de cette intervention ?

Relances :

3 Dans quelles situations avez-vous été en contact avec l'animatrice territoriale ?

4 Dans quelles situations l'animatrice territoriale vous a aidé dans la prise en charge des patients ?

5 Que pensez-vous de l'intervention d'un professionnel sans formation médicale dans la prise en charge des patients ?

6 Que penseriez-vous du projet PAERPA en l'absence de l'animatrice territoriale ?

Question 5 : Connaissez-vous l'intervention des pharmaciens d'officine dans la prise en charge post-hospitalière des patients ?

Relances :

Si oui : Que pensez-vous cette intervention ?

Si non : Les pharmaciens d'officine reçoivent le courrier de conciliation médicamenteuse à la sortie d'hospitalisation du patient. A 1 mois de la sortie d'hospitalisation, ils réalisent un entretien pharmaceutique pour évaluer le risque iatrogénique, l'observance, ils font du conseil médicamenteux, et demandent au patient pour venir à domicile et regarder l'armoire à pharmacie.

Que pensez-vous de cette intervention ?

Relances :

1 Que pensez-vous de la coordination entre médecin traitant et pharmacien d'officine pour la prise en charge des patients ?

2 Avez-vous des contacts avec les pharmaciens ? Si oui lesquels ?

3 Avez-vous déjà discuté d'une ordonnance avec un pharmacien ?

4 Qu'attendez-vous du pharmacien dans la prise en charge des patients ?

Question 6 : Que pensez-vous de la communication entre médecins traitants, infirmières, pharmaciens et acteurs hospitaliers, dans le cadre du PAERPA ?

Relances :

2Quels liens avez-vous avec les autres professionnels de santé libéraux et hospitaliers dans le cadre du projet PAERPA ?

8Cette communication est-elle suffisante à vos yeux ?

9Quels sont les bénéfices pour le patient de cette communication ?

10Quels sont les bénéfices pour les professionnels de santé et pour vous de cette communication ?

11Est ce que le projet PAERPA a modifié votre façon de travailler avec les professionnels de santé libéraux (pharmaciens, infirmières) et avec les professionnels de santé hospitaliers ?

12Par quels moyens communiquez-vous avec les autres professionnels de santé ?

13D'après vous, comment améliorer la communication entre les différents professionnels de santé ?

Question 6bis : Comment se fait la coordination dans le cadre du projet PAERPA, le réseau gériatrique du Valenciennois ? Quelle est la place du médecin traitant dans le projet PAERPA ?

Question 7 : Si vous deviez apporter un changement au projet PAERPA, que feriez vous ?

Relances :

3Quels sont les points positifs du PAERPA et comment les améliorer ? (si non abordés antérieurement)

4Quels sont d'après vous les points négatifs du projet PAERPA ? Comment les améliorer ?

Question 8 : Avez-vous quelque chose à ajouter sur le PPS « conciliation médicamenteuse » qui n'aurait pas été abordé dans cet entretien ?

Relances :

- Si oui : Laquelle ?

[Hors entretien]

L'interview est maintenant finie et le dictaphone est éteint. Merci beaucoup pour vos réponses, qui ont été très constructives. Encore merci de m'avoir accordé cet entretien et pour le temps que vous m'avez consacré. Si vous le voulez bien, j'ai une feuille de renseignement à vous faire remplir (...). Au revoir.

Annexe 9 : Verbatim**Entretien n° 1**

Retranscription en verbatim à l'aide du dictaphone Olympus Digital Voice recorder VN-3100PC

Durée interview : 23min 11 secondes

Ci-dessous, l'investigateur de l'étude, Maxime LOTIN est appelé «ML» ; le participant à l'étude est appelé «Participant 1», numéro de l'entretien.

ML : Comment définiriez-vous la place de la gériatrie dans votre activité quotidienne ?
(Question 1)

Participant 1 : ... hm hm... eh ben... c'est compliqué euh... ça nous oblige, bah forcément par la force des choses... les personnes âgées donc euh... susceptible d'aller chez les gens euh... ça va être difficile de les amener ici, jusqu'ici euh... ça implique un effort supplémentaire en temps ... qui est déjà difficile à... qui est comment dire... difficile à prendre... donc euh... c'est ce que j'expliquais... la gériatrie... ouais c'est difficile... j'avoue que... les personnes âgées... c'est un peu difficile à gérer quoi. Bon il y en a quelques uns qui font l'effort de venir hein mais ... il y a une certaine limite quoi... on ne peut pas non plus... Donc euh... qualifier... difficile hein.

ML : Vous dites « difficile », quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge gériatrie ?

Participant 1 : Ben juste... je vous dis... juste le temps, parce qu'il faut passer plus de temps et puis euh... ne serait-ce que par l'état de santé et puis après... géographiquement enfin, il faut se déplacer... ça prend du temps aussi... au domicile des patients... les plus âgées... Donc c'est un peu compliqué...

ML : Pouvez-vous me décrire comment vous avez eu connaissance du projet PAERPA ?
(Question 2)

Participant 1 : (rires)... J'en ai entendu parler... j'ai du oublier... j'ai du oublier parce que... c'est vous qui me l'avez rappelé mais... je le connais très mal. Je connais très mal le projet. C'est un projet qui date de... de quelques années ?

ML : 2015.

Participant 1 : 2015 ? Qui implique aussi les infirmières aussi peut-être ?

ML : Les infirmiers, et puis aussi les kinés et les pharmaciens dans certains cas.

Participant 1 : Honnêtement c'est vous qui m'avez rappelé les... je ne me souviens plus du tout de son rôle... ça veut dire quoi ? Plan... c'est un plan ?

ML : C'est pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie. C'est ça l'acronyme. Personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

Participant 1 : Non je... honnêtement je...

ML : Avez-vous reçu l'animatrice territoriale ? Ou avez vous eu un contact avec l'animatrice territoriale pour être formé... ou avoir des notions à propos du PAERPA ?
(Question 4)

Participant 1 : Écoutez... sois j'ai fait un AVC soit je ...non ça me... je ne me souviens pas en tout cas, c'est... ou alors c'est très lointain...Non franchement... ça ne me dit rien, non.

ML : Est-ce que vous êtes entré dans le PAERPA dans le cadre du cabinet, dans le cadre du travail de groupe ?

Participant 1 : Non bah je vous dis... j'ai complètement oublié. Je sais par quel... je sais pas. Est-ce que j'ai eu l'info par l'intermédiaire des infirmiers infirmières ? Honnêtement je sais plus... qui m'en a parlé ... en tout cas depuis j'ai oublié hein... ou une animatrice est venue ? Je sais pas... Honnêtement... ça fait partie des réponses de toute façon hein (rires).

ML : Oui oui, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, si vous ne vous en souvenez plus je ne vais pas vous faire inventer une réponse donc euh... j'entends bien.

Qu'est ce qui vous a donner envie de participer au projet PAERPA ? **(Question 3)**

Participant 1 : Ben... (rires)... j'ai pas adhérer puisque... j'ai pas.. j'ai pas les infos...

ML : Je vais formuler autrement : Dans quelles circonstances vous utilisez le PAERPA, ou quelles ressources du PAERPA vous utilisez ?

Participant 1 : Bah je sais pas... peut-être que je l'utilise hein, mais je sais pas... dans quel domaine je l'utilise... ça consiste en quoi finalement ? Est ce que je ? Dans quel euh... Dans quel domaine ?... enfin la gériatrie évidemment mais... dans quel euh ?

ML : Moi l'intervention que j'évalue c'est surtout la conciliation médicamenteuse. La révision des médicaments à l'hôpital par le gériatre et le pharmacien...

Participant 1 : Et donc ça c'est déjà en place ?

ML : C'est déjà en place. C'est de la conciliation médicamenteuse qui est faite à l'hôpital de Denain, qui rentrent après à domicile, et qui ont des facteurs de risques : c'est sur l'âge, la présence d'un diurétique ou d'un anticoagulant dans le traitement. Ensuite il y a un courrier de synthèse qui est envoyé au médecin et au pharmacien.

Participant 1 : Ouais, une ordonnance des médicaments pour une semaine c'est ça ? Ça ça fait partie du PAERPA ?

ML : Oui.

Participant 1 : Après... un courrier de synthèse ? Euh... Enfin un courrier de sortie ?... c'est... c'est quoi ce courrier de synthèse ?

ML : Normalement, en plus du courrier de sortie il y a un courrier de conciliation médicamenteuse qui explique les traitements de sortie du patient. Et s'il y a eu des changements par rapport au traitement d'entrée, bah leurs justifications des arrêts, des introductions des médicaments et leurs justifications avec et ...

Participant 1 : ... C'est que pour les personnes âgées ?

ML : Oui

Participant 1 : Bah non j'ai encore eu une sortie là... il y a rien du tout. Non j'ai des courriers... Systématiquement... fait ça ou ... ? pour les personnes âgées ? Ou bien il faut passer par un service bien précis... ?

ML : C'est fait pour tous les patients qui sont hospitalisés à Denain... et même pas forcément qu'en gériatrie, ils le font aussi pour les autres services. Mais c'est uniquement pour les plus de 75ans qui ont, comme je vous l'ai dit, soit un diurétique soit un anticoagulant. Par contre, les critères d'exclusion c'est les patients qui sont déjà grabataires, qui sont déjà déments, qui vivent en EHPAD, ou qui sont transféré dans un autre secteur que le domicile en fait... c'est vraiment pour le retour à domicile...

Participant 1 : D'accord. Non bah ça ne me dit rien.... je ne sais pas.

ML : Qu'est ce que vous pensez de la révision médicamenteuse des patients âgées ?
(Question 3)

Participant 1 : Ouais ouais ouais... révision donc... qui consiste à revoir les médicaments... et revoir ceux qui sont utiles ou pas utiles ? On ne peut qu'approuver... à moins que... qu'il y ait une anomalie grossière... ça m'est arrivé il y a pas longtemps... Oh non mais euh... c'est l'occasion l'hospitalisation ! L'occasion pour...justement... revoir ça en toute sécurité... c'est bien... c'est une bonne idée ouais... ouais c'est bien...

ML : Vous avez déjà rencontré l'animatrice territoriale ? **(Question 4)**

Participant 1 : Ça ne me dit rien du tout.

ML : C'est Mme Becque.

Participant 1 : Elle est toute seule ?

ML : Elles sont trois, mais sur le secteur de Denain c'est vraiment elle qui fait le lien normalement avec le médecin traitant.

Participant 1 : Bah j'avoue que... non. Donc elle fait partie de quel euh... ?

ML : Elle fait partie du Dispositif d'Appui Territorial qui est à Saint Amand Les Eaux. Elles sont les ambassadrices du projet PAERPA auprès des professionnels de santé libéraux. Elles réalisent le lien entre la ville et l'hôpital. Ses missions sont de former les

professionnels de santé libéraux au projet PAERPA et de guider les professionnels médicaux et paramédicaux dans l'élaboration des plans personnalisés de santé et dans le suivi de ces PPS. L'animatrice territoriale du secteur de Denain a aussi pour mission la coordination avec l'équipe mobile gériatrique de l'hôpital de Denain.

Que pensez-vous de cette intervention ? De l'intervention d'un professionnel non médical dans la coordination des soins ?

Participant 1 : Non mais euh... c'est bien... Non non mais... toutes les aides sont le bienvenue... on est déjà bien occupés... bien chargés donc euh... non non pourquoi pas. Donc elle elle serait susceptible d'amener le courrier au pharmacien ... et nous non ? Si, également ?

ML : Si, elles démarchent les médecins généralistes pour les former au PAERPA et pour faire ensuite le suivi des plans personnalisés de santé.

Participant 1 : Donc quand il y a une sortie d'hôpital, on est susceptible de la rencontrer ? Nous ?

ML : Oui...

Participant 1 : Non, bah non. Je l'ai jamais vu, non. Je dois avoir aucun patient qui... ou alors on a pas fait ce... ce... on a pas du appliquer le PAERPA.

ML : Est-ce que vous connaissez l'intervention des pharmaciens d'officine dans la prise en charge post-hospitalière des patients ? **(Question 5)**

Participant 1 : Interventions des pharmaciens ?

ML : Des pharmaciens d'officine, toujours dans le cadre de la conciliation médicamenteuse du PAERPA ?

Participant 1 : Non.

ML : Les pharmaciens d'officine reçoivent le courrier de conciliation médicamenteuse à la sortie d'hospitalisation du patient. A 1 mois de la sortie d'hospitalisation, ils réalisent un entretien pharmaceutique pour évaluer le risque iatrogénique, l'observance et l'armoire à pharmacie du patient.

Que pensez-vous de cette intervention ?

Participant 1 : Non non mais... c'est que des bonnes idées ouais... Non mais...Et donc ils iraient au domicile... ?

ML : Oui

Participant 1 : Ah bah ils vont pas être surpris ! Ils vont être un peu surpris pardon hein. Ouais non... non pourquoi pas... ça peut être... ça peut-être une bonne idée... tout ce qui peut sécuriser tout ça... c'est que des bonnes idées hein...

ML : Que pensez-vous de la coordination entre médecins traitants, pharmaciens d'officine en ville et les acteurs hospitaliers ? **(Question 6)**

Participant 1 : Hm hm... je sais pas.

ML : Quel lien vous avez avec les pharmaciens d'officine, quel lien vous avez avec les acteurs hospitaliers ? Quels contacts vous avez ? Par quel moyen ?

Participant 1 : J'ai pas de contact. Pas de contact du tout, a part par les courriers. Pharmaciens j'ai pas de contact du tout euh... Non, il y a pas vraiment de contact. Hôpital non... simplement par les courriers... c'est tout. Non bah... étant donné l'hyper-activité je veux dire... non j'ai pas de contact. Avec les pharmaciens non plus.

ML : Est-ce que vous verriez un bénéfice à avoir plus de contact avec les pharmaciens et les acteurs hospitaliers ?

Participant 1 : Ben moi... ça se passe souvent bien... pas de soucis donc euh... je vois pas en quel... comment... comment on pourrait... comment améliorer ça... apporter en faisant autre chose je vois pas bien comment... Ouais honnêtement je vois pas...comment on pourrait améliorer ça ? Par quelle technologie, par quel biais... je sais pas. hm...

[Interview interrompue par un coup de téléphone]

ML : Est ce que vous avez quelque chose à ajouter à propos de la communication avec les pharmaciens et les acteurs hospitaliers, et les infirmiers que j'ai oublié de préciser dans la question ?

Participant 1 : Oui ! Ah là par contre oui... j'en ai pas mal... donc je... on n'hésite pas à s'appeler... on s'appelle sur nos portables... ouais c'est vrai que les infirmiers ça ça... heureusement qu'ils sont là pour... pour sécuriser la... parce qu'ils vont au domicile donc ils sont au contact des patients... et c'est... c'est important... j'ai toujours une bonne entente avec l'infirmier parce que... ils permettent de sécuriser l'après... l'après-soin... donc on a les infos, les...alertes assez rapidement grâce à eux... Non je... pharmaciens il faudrait... parce que... (souffle) on a du mal... déjà voyez au téléphone... entre deux j'ai du mal à répondre euh... il faudrait mettre en place... je sais pas... quelque chose ou on puisse... ou eux ils puissent... nous contacter... sans... sans passer par le... Bon après c'est une question d'organisation aussi... Bon nous on a la possibilité d'avoir un numéro privé un... un autre numéro classique des patients... Eux vous vous les voyez aussi les pharmaciens ?

ML : Moi pas. L'animatrice territoriale oui, elle fait le lien. Après, il y a aussi une étudiante en pharmacie qui fait sa thèse sur l'intervention des pharmaciens dans le projet PAERPA.

Participant 1 : Je me demande s'il y a peut-être plus de demande de leur côté euh.. notamment de contact avec le médecin plus... ils sont peut-être plus demandeur eux...

ML : Si vous deviez apporter un changement au projet PAERPA, que feriez vous ? **(Question 7)**

Participant 1 : Bah je le maîtrise pas du tout la donc... je vais avoir du mal a vous... a vous dire comment on peut l'améliorer ou... je vois pas bien... Je cerne pas de trop euh... ou j'ai pas été sollicité trop dans ce domaine là... donc ça je serais pas trop dire comment l'améliorer... c'est peut-être déjà bien... Ouais non, je vois pas bien... Non je ne serais pas vraiment comment l'améliorer...

ML : Avez-vous quelque chose à ajouter sur le PPS « conciliation médicamenteuse » qui n'aurait pas été abordé avant ? **(Question 8)**

Participant 1 : (siffle)... bah là c'est pareil... je crois que je n'ai jamais été sollicité dans ce cadre là parce que... sinon je ... j'aurais vu l'animatrice territoriale je... j'avoue que...

ML : Sinon, pour revenir à la conciliation médicamenteuse faite à l'hôpital, qu'est ce que vous en pensez ? **(Question 3)**

Participant 1 : Donc la conciliation... c'est-à-dire ?

ML : Donc la révision des médicaments... vérifier les indications des traitements, les posologies, les effets indésirables...

Participant 1 : Ben c'est bien ! Profiter de ce moment... en mettant sous surveillance le patient... c'est bien parce que à domicile nous on peut pas... Les gens, on peut pas commencer à... à jouer avec ça, sans surveillance donc euh... si c'est l'occasion, ça peut être très bien c'est vrai... de faire le tri... je sais pas, ça peut être très bien.

ML : Est ce que vous avez notion de la rémunération qui est proposée aux médecins traitants pour la réalisation des plans personnalisés de santé ? **(Question 3)**

Participant 1 : Non non je crois que je suis passé à côté...J'avoue que là...

ML : Vous vous n'avez jamais vu le formulaire de réalisation de plan personnalisé de soins ?

Participant 1 : Non non écoutez...si j'ai vu ça... si on me l'a présenté il doit... ça fait deux ans déjà ? J'ai un vague souvenir mais je sais pas si c'est ça... mais je sais pas il y a... il y a longtemps hein...J'ai jamais appliqué, j'ai jamais été sollicité... hm hm

ML : OK. Très bien. Je vous remercie.

Participant 1 : Bah de rien ! (rires...)

Entretien n° 2

Retranscription en verbatim à l'aide du dictaphone Olympus Digital Voice recorder VN-3100PC

Durée interview : 19min 25s

Ci-dessous, l'investigateur de l'étude, Maxime LOTIN est appelé «ML» ; le participant à l'étude est appelé «Participant 2», numéro de l'entretien.

ML : Comment définiriez-vous la place de la gériatrie dans votre activité quotidienne ?
(Question 1)

Participant 2 : Oh pas, pas importante... c'est 8 à 10% quoi... parce que j'ai pas... j'ai jamais recherché... Je fais pas de... d'EHPAD, rien de tout ça moi, je préfère faire du bébé (rires). Donc je... J'en ai ! Mais c'est pas une grosse part quoi.

ML : Pouvez-vous me décrire comment vous avez eu connaissance du projet PAERPA ?
(Question 2)

Participant 2 : Bah disons par les décrets tout ça, et puis j'ai été... comment... j'ai été contacté par des responsables surtout de ... de la région là. Son nom... faut que je regarde... (ouvre un courrier devant lui) Ça c'est ça ? Non... non ça c'est encore un autre truc. J'ai été reçu... j'ai reçu une dame... je sais plus trop son nom...

ML : Mme Becque ?

Participant 2 : Oui c'est ça.

ML : Qu'est ce que vous avez retenu de son message ? Qu'est ce qui vous a intéressé ?

Participant 2 : Bah disons que c'est intéressant dans le sens euh... comment dirais-je ?... Organiser un peu le... le suivi, les soins des personnes âgées à domicile, tout ça quoi... Ils passent... De temps en temps ils passent voir les... valider certains traitements, des choses comme ça. Mais bon j'y ai jamais beaucoup beaucoup recouvré hein... c'est pas le... disons qu'on... ou bien je me débrouille tout seul, ou je sais pas (rires)... ou j'ai pas la demande.

ML : Qu'est ce qui vous à donner envie de participer au projet PAERPA ? **(Question 3)**

Participant 2 : Bah je sais pas tellement parce que... (souffle)... vous avez des noms ?

ML : De vos patients ?

Participant 2 : Ouais.

ML : Ah non. C'est anonyme, le reste c'est secret professionnel, j'ai le nombre de PPS que vous avez réalisé, 2 en 2015, 3 en 2016, mais après c'est ...

Participant 2 : Bah disons que... à mon avis ce qui a fait intervenir le PAERPA c'est parce que bon... généralement il y a... il y a... il y a l'aval qui intervient... peut-être même par le biais de l'HAD qui... qui a du apprendre le PAERPA... ou entre deux positions il y a... comment dirais-je... il y a le CLIC. il y a le CLIC qui mettent en rapport avec les personnes. Bah disons que moi je travaille un peu avec ça quand... bon nous on a pas le temps de tout gérer donc euh... je... je passe le bébé quoi (rires).

ML : Le plan personnalisé de conciliation médicamenteuse, l'intervention que j'évalue, c'est vraiment impulsé par l'hôpital de Denain, suite à l'hospitalisation d'un de vos patients, repérés par des facteurs de risque : l'âge, la prise de traitement diurétique ou d'anticoagulant. A ce moment là, est réalisé une révision de la médication.

Participant 2 : Ah oui d'accord, oui oui.

ML : Qu'est ce que vous pensez de cette intervention ?

Participant 2 : Dans ces traitements là c'est toujours intéressant d'avoir plusieurs euh... tout au moins plusieurs qui interviennent... parce que de toute façon on est jamais trop pour euh... parce que... quand il y a des traitements c'est... par exemple des anticoagulants tout ça, nous on est pas toujours euh... on est pas toujours là. De toute façon moi j'ai pas de téléphone... Donc euh... quand il y a le pharmacien qui peut... voir ... voir un petit peu... ou les infirmières qui voir les TP, les INR, qui gèrent, c'est pas plus mal. Donc euh... c'est un suivi... nous on est un peu déchargé là dessus parce qu'il y a un suivi qui se fait par euh... enfin moi j'ai rien contre d'être aidé par des para-médicaux hein, je vais te dire franchement : on est un peu débordé quoi... voilà regarde...(montre la liste de ces consultations du jour)... et encore c'est pas une grosse journée donc euh... quand on peut être aidé par l'autre côté je vais te dire c'est... on ne demande pas mieux.

ML : Qu'est ce que vous pensez de la conciliation médicamenteuse, en ville ou à l'hôpital ?

Participant 2 : C'est à dire euh ... ?

ML : C'est à dire, se mettre face à l'ordonnance du patient, soit vous si vous faites tout seul, soit à l'hôpital, de faire la révision de ce qui est vraiment utile pour le patient, de quoi il a vraiment besoin, ou qu'est ce qu'il manque sur l'ordonnance. Qu'est ce que vous en pensez, soit quand c'est vous qui le faite, soit quand c'est fait comme dans le cadre du PAERPA à l'hôpital ?

Participant 2 : Bah disons que ... (souffle)... si ça peut... j'ai du mal à répondre à ça moi... c'est à dire euh...(souffle)... disons que... quand je l'ai vu la dernière fois, quand elle est venue, Mme Becque, et puis on avait discuté du dossier tout ça sur euh... parce qu'elle sait très bien que... qu'on a pas le temps. De toute façon je veux dire... à partir du moment ou on peut gagner du temps sur quelque chose... et puis ça permet de réviser un peu le traitement... et puis avoir un autre avis... moi je te dis... franchement... tu... tu as déjà fait de la médecine générale non ?

ML : Oui.

Participant 2 : Dans des trucs assez chargés ?

ML : Oui oui.

Participant 2 : Bon bah tu vois. Donc si on peut être aidé à côté... c'est pas plus mal hein. Parce qu'on a pas le temps... on peut pas gérer tout de toute façon... On peut plus... Alors on nous demande toujours on peut... alors tu vois...(montre à nouveau le courrier qu'il a dans la main) Les RSI ils nous demandent encore de faire des examens pour les traiter... putain... on a déjà du mal à faire les... le tout venant... je veux dire euh... Nous la prévention nous on peut pas la faire. Donc si il y a quelqu'un qui peut s'en occuper à côté moi je demande pas mieux. Je me demande... Je crois que ça va se développer plus de ce côté là... parce que il y a des médecins qui sont un peu grincheux qui vont râler parce que il y a des para-médicaux soit disant qui vont pouvoir euh... faire notre boulot... bah putain je vais te dire... Les infirmières tout ça elles gèrent. Elles ont un problème elles viennent nous voir. Mais bon hein, chacun son boulot... Donc moi si on peut... avoir des rapports... de toute façon ils savent très bien qu'on a pas beaucoup le temps donc ils viennent, on discute euh... et puis c'est eux qui mettent en œuvre. Nous on joue... tant mieux... de toute façon on va tous y passer parce que... tant qu'il y aura pas de jeunes, qui viendront s'installer en médecine générale... faut passer le boulot aux autres hein.

ML : Que pensez-vous du rôle de l'animatrice territoriale, Mme Becque ?

Participant 2 : Elle a un rôle de coordination euh...de ... de communication entre les... tout ça. Elle nous fait gagner du temps !

ML : Mme Becque n'a pas de formation médicale. Qu'est ce que vous pensez de l'intervention de personnel non médical dans la prise en charge ?

Participant 2 : Bah disons que... on prend la décision sur les traitements, et puis c'est elle qui les applique. Donc il y a pas de... elle prend pas de... directives directement avec le traitement quoi. On discute, on dit pour ça il faut « ça ça ça », et puis elle, elle met en œuvre avec les différents intervenants médicaux. C'est la sécu qui met ça en route, le PAERPA ?

ML : C'est l'ARS.

Participant 2 : C'est ça aussi ils ont... attend... le problème c'est que les gens sont étonnés de PAERPA. Parce qu'on leur téléphone, eux ils ont toujours... quand on leur dit sécurité sociale ça leur fout la trouille (rires). Donc ils viennent me voir... pour voir s'il faut accepter ou pas. Parce que... vous vous occupez de rien, nous on s'occupe de tout... et puis pour finir on est obligé de repasser derrière parce que il y a des trucs... (rires). Moi je trouve... bon j'en ai eu un dernièrement... je sais plus... qui sortait au bout de deux trois jours... il avait été contacté par le PAERPA. Donc « Oh vous inquiétez pas, il rentre à la maison, il y a le lit, tout, la kiné, tout est fait », puis pour finir... (rires), ça me fait rire... pour finir le traitement il avait pas été donné quand même. Après il y a l'HAD... parce que... quelle est la différence entre le PAERPA et l'HAD ? (souffle) Parce que l'HAD c'est plus... l'hospitalisation à domicile... donc des plus gros cas...

ML : Le PAERPA c'est un réseau gériatrique, qui propose différents types d'aides et de structures, et une plate forme... c'est sur que c'est pas pareil que l'HAD.

Participant 2 : Je sais pas... généralement ils interviennent quand même sur des gros cas... des personnes âgées aussi...

ML : Que pensez-vous vous de l'incitation financière pour les médecins généralistes qui accompagne le PAERPA ?

Participant 2 : ... (hausse les épaules en souriant)...

ML : Vous étiez au courant ?

Participant 2 : Ah oui, si, si si... je sais pas, soit disant que j'ai du être payé mais... c'est 60 euros, je sais pas, un truc comme ça... mouais. De toute façon des choses comme ça... moi l'incitation financière... je vais te dire quand on a autant d'impôt des trucs comme ça... je m'en fous. De toute façon je vais te dire... ils essaient de nous avoir au pognon, mais on en a plus rien à foutre... de toute façon quand tu vois ce que tu... ce que tu claques, ce qui te restes, bah je veux dire... (rires)... de toute façon même si... il y aurait plein de trucs... bon je vais gagner autant, là je vais gagner autant. 40Euros, 40euros TAC, 40euros ou 60euros... ça augmente mon chiffre d'affaire, je le vois même pas passer ça repasse directement dans un autre truc alors... donc... de toute façon les médecins... peut-être dans d'autres coins, mais tu les auras pas à l'incitation financière hein (rires). A moins qu'il y ait vraiment des gros problèmes enfin (rires). Parce que quand on voit ce que ... je te dis... De toute façon il y a pleins de trucs que je fais pas, parce que ça me fait chier. M'en fous moi d'être payé... m'en fous... ça m'énerve, ça m'emmerde je le fais pas.

ML : Connaissez-vous le rôle des pharmaciens d'officine, de ville, dans la prise en charge post-hospitalière des patients ?

Participant 2 : Bah oui parce que j'ai vu passer... j'ai vu passer... un texte de loi qui passait leur donnant l'autorisation, ainsi qu'avec les sages-femmes, mais là c'est pas du tout pareil. Mais c'est à dire qu'il y a de plus en plus de... ils ont des formations pour... pour pouvoir nous seconder sur certains trucs, dont les prises de tension, pour les diabètes, pour l'asthme, je pense pour expliquer un petit peu... et pour les aérosols et tout parce que ça ils faisaient des choses de toute façon... alors moi j'ai de très bon rapports avec les pharmaciens du coin. Bon quand il y en a un qui charrie... je lui dis quoi mais bon.

ML : Vous communiquez beaucoup avec eux ?

Participant 2 : Bah ouais. Quand il y a un problème, ils savent que je suis ouvert hein.

ML : Par quel moyens vous communiquez ?

Participant 2 : Par téléphone, ou bien ils passent... ou voilà.

ML : Et quand le cadre du PAERPA, est-ce que vous connaissez leur intervention ?

Participant 2 : Oh bah disons... à mon avis... non je connais pas tout mais... parce que... à mon avis ils doivent bien tout ré-expliquer le traitement ou... ré-expliquer, insister euh... ils nous aident bien quoi, parce que... c'est tout...

ML : Les pharmaciens reçoivent aussi le courrier de conciliation médicamenteuse qui vous est adressé, pour les informer des changements de traitements, et des justifications des changements de traitements. Une ordonnance de sécurité de huit jours est donnée au patient, pour lui laisser le temps de venir vous voir. A 1 mois de la sortie, le pharmacien voit le patient pour évaluer le risque iatrogénique, voir comment les médicaments sont cherchés à la pharmacie, préparés, distribués, évaluer le risque iatrogène, l'observance et aussi la...

Participant 2 : Moi j'ai recours aux infirmières hein, donc elles préparent... certaines préparent le pilulier, soit elles aident à donner les médicaments quand... une personne...qui est un peu limite au niveau... comment... euh... enfin intellectuel, mais pas péjorativement hein... qui est un peu limite qui a... perdu un peu... pas mal de notions... des trucs comme ça donc euh... moi je fais passer les infirmières. Comme les diabétiques au départ, moi je fais toujours passer une infirmière qui le connaît le patient, je fais passer une infirmière, pour discuter tout ça quoi.

ML : OK. Vous avez rebondi sur le rôle de l'infirmière, qu'est ce que vous pensez du rôle du pharmacien ?

Participant 2 : Ah bah pareil ! Plus il y en a, mieux c'est. Plus on répète. De Toute façon l'instruction c'est : répéter.

ML : Qu'est ce que vous pensez de la coordination entre les médecins, les infirmiers, les pharmaciens, et les acteurs hospitaliers ?

Participant 2 : Boh...(souffle)... bah de toute façon en principe... c'est une coordination qui devrait toujours se faire. Bons rapport et tout ça quoi. Je te dis... après ça dépend... après ça dépend le caractère du médecin, moi je suis très conciliant, je veux dire euh... je gueule jamais avec un truc, tout ça, on discute. D'accord ? Après moi je te dis, ça fait quarante ans que je suis associé...les associés on a jamais changé c'est... ici... une ambiance quoi je veux dire.

ML : Quel lien vous avez avec les acteurs hospitaliers ? Quel lien vous avez avec eux ?

Participant 2 : Par courrier. Parce que... internet pfff. Je sais pas trop. Téléphone j'en ai... j'en ai rarement sur moi. En fait je suis.. je téléphone rarement. Sauf pour un rendez-vous ou un truc comme ça, ou quand c'est urgent mais c'est tout. C'est tout ce que je fais.

ML : Et donc les infirmières, les pharmaciens on en a déjà parler...

Participant 2 : Bah ils viennent hein. Ils viennent quand ils ont un problème... ils viennent, on discute, ils viennent, il faut une ordonnance moi je fais l'ordonnance, on discute un peu du cas. Moi je leur fait entièrement confiance... de toute façon... ça fait longtemps qu'ils sont là aussi donc... je sais comment ils travaillent quoi.

ML : Est ce que le projet PAERPA a modifié votre façon de travailler avec les autres acteurs de coins, les infirmiers, les kinés, les pharmaciens, les acteurs hospitaliers ?

Participant 2 : Boh non. De toute façon ça va toujours. Pas de soucis quoi.

ML : Est ce que vous estimez que cette communication inter-professionnelle est suffisante ?

Participant 2 : Bah disons que... moi je fais ça à la demande donc... oui. Pour voir quelqu'un, faire ce qu'il faut j'ai le pharmacien, l'infirmière, je téléphone ou bien elles viennent euh... Ou bien le jour ou je tombe sur l'infirmière, on discute un petit peu tout ça quoi. Moi franchement j'ai pas trop de problème hein (rires). Disons que à partir du moment ou je... j'ai beaucoup d'habitudes avec tout le monde... de toute façon partir du moment que... j'ai pas le temps (rires). Il y a des trucs qui me gonfle aussi donc... je préfère que ça soit fait par les autres (rires).

ML : Si vous deviez apporter un changement au projet PAERPA qu'est ce que vous feriez ?

Participant 2 : Bah ... (souffle)... non... disons que c'est... donner une structure à ce qui se faisait déjà quoi...

ML : Et pour vous c'est suffisant comme ça ? Est-ce que vous voyez des choses à améliorer ou à changer?

Participant 2 : J'ai pas eu beaucoup d'expérience alors je peux pas trop dire... donc c'est bien on est toujours sensé se débrouiller entre... parce que si... Bon... au point de vue para-médical... il y a ce qu'il faut hein donc euh... disons que... s'ils gèrent les INR tout ça, bon euh franchement moi je... moi je repasse un peu, je regarde si ça a été fait tout ça, je téléphone au laboratoire pour leur dire comment il faut faire, il y a l'infirmière, il y a le pharmacien qui... qui a été formé aussi sur les INR. On a les INR quoi donc euh... les gens n'ont plus... avant c'était uniquement nous. Bon maintenant on est entrain d'élargir un peu le panel des possibilités thérapeutiques aux para-médicaux moi je trouve... enfin... il y en a qui disent... il y a toujours des médecins qui vont être contre... moi je vais te dire, je m'en fous... je sais ce qui m'intéresse. Bon les pépés et les mémés c'est pas trop mon truc. Par contre les bébés j'en veux bien (rires).

ML : Avez-vous quelque chose d'autre à ajouter a propos du PAERPA qui n'aurait pas été évoqué avant ?

Participant 2 : Non c'est dire... bon moi j'y ai pas souvent recours... les personnes âgées... après elles sont institutionnalisées... moi je vais pas dans les EHPAD. Donc c'est ça.

ML : Alors les personnes dépendantes ne sont pas la cible du PAERPA puisque...

Participant 2 : Non ils vont garder les personnes âgées le plus longtemps possible au domicile.

ML : ... c'est la prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées, donc les patients institutionnalisés sont pas dans le PAERPA c'est...

Participant 2 : Les patients âgés que j'ai, ça fait trente, quarante ans que je les connais, donc on arrive à se débrouiller voyez... ici c'est pas encore pareil qu'en ville c'est... disons que je pense que les différents secteurs... ici il y a encore toute la famille autour, les enfants... c'est encore vraiment... comme dans le temps quoi, c'est pas comme, quand

t'es à Paris, il faut des intervenants sinon la personne elle se retrouve toute seule. Ici bon t'as toujours le fils qui vient... bon examiner, bon on discute... on discute avec la parenté tout ça quoi... Moi je me suis jamais trouvé... dans l'embarras quoi en fait.

ML : Merci beaucoup de m'avoir accordé cet entretien.

Participant 2 : Ah bah je sais pas si ça va beaucoup t'aider mais...voilà.

Entretien n° 3

Retranscription en verbatim à l'aide du dictaphone Olympus Digital Voice recorder VN-3100PC

Durée interview : 13min 15sec

Ci-dessous, l'investigateur de l'étude, Maxime LOTIN est appelé «ML» ; le participant est appelé «Participant 3», numéro de l'entretien.

ML : Comment définiriez-vous la place de la gériatrie dans votre activité quotidienne ?
(Question 1)

Participant 3 : Une grosse part. En pourcentage euh...30 à 40%...de patients âgés. J'ai surtout des vieux et des enfants quoi, en gros.

ML : Comment avez-vous eu connaissance du projet PAERPA ? **(Question 2)**

Participant 3 : Une personne... une première personne est venue me présenter, quand ça a commencé... J'avais rien compris... à ses explications, c'était confus, compliqué. Et puis une deuxième personne est revenue quelques mois plus tard. C'était un peu moins confus... mais quand même c'était... pas simple. Usine à gaz le PAERPA... pour nous, au niveau des médecins généralistes, de ville. Et maintenant j'ai une interlocutrice, qui est venue se présenter, Madame Becque, et puis quand j'ai un problème je l'appelle, et puis c'est elle qui...qui connaît tout... toutes les associations...toutes les possibilités...tout les intervenants. Enfin, moi je connais pas tout ça. Donc voilà, donc c'est un petit peu négatif au niveau du PAERPA. Donc l'intention au début était bonne hein... mais trop compliqué pour moi.

ML : C'est complexe pour ... ?

Participant 3 : Ouais c'est ça... on a des dossiers à remplir on se... je ne m'en suis jamais servit. Vous avez déjà vu ? Ce qu'on doit remplir ? (souffle) Donc euh... Heureusement que cette dame est arrivée là, Madame Becque. Que j'ai vu après vous la semaine dernière d'ailleurs. Elle venait ici pour des patients. Donc quand j'ai un problème, je l'appelle elle.

ML : Qu'est ce qui vous à donner envie de participer au projet PAERPA ? **(Question 3)**

Participant 3 : C'est dans l'intérêt du patient. Simplement ça. Parce que notre intérêt à nous... c'est pas très important. C'est pour aider les patients...âgés.

ML : Qu'est ce que vous voyez comme avantage ?

Participant 3 : Bah... l'ordonnance, ils reviennent avec l'ordonnance... je crois que c'est la pharmacienne qui... le pharmacien, la pharmacienne qui s'occupe du traitement je crois. Donc ça permet un... ça permet d'éviter les... les erreurs dans les prises de médicaments. Les confusions entre les génériques tout ça... donc c'est plus simple. C'est bien pour les patients. Le patient s'adhère bien.

ML : Les patients adhèrent... ?

Participant 3 : Oui oui. Pour les ordonnances, oui.

ML : Que pensez-vous de la conciliation médicamenteuse ? Soit celle que vous pouvez faire, soit celle qui est réalisée à l'hôpital ?

Participant 3 : Qu'est ce que vous appelez la conciliation ?

ML : Prendre l'ordonnance habituelle du patient, et se demander quels sont les traitements indispensables, quels sont les traitements à arrêter, quels sont les traitements manquants, les ajustements de posologies... en fonction des antécédents...

Participant 3 : ... les interactions... Oui c'est bien. Nous on a du mal à faire ça en ville parce que les ... c'est difficile quoi... on y arrive mais c'est difficile. Quand c'est fait à l'hôpital c'est plus facile. Et c'est bien ça, ça fait du tri... parce qu'il y a des ordonnances... il y a des redondances et... des interactions ... c'est bien.

[Interruption de l'entretien par un coup de téléphone]

ML : Pour vous, quel est le rôle de l'animatrice territoriale dans la prise en charge ?
(Question 4)

Participant 3 : Donc c'est qui ? C'est Madame Becque ?... Bon... elle est primordiale ! (rires) Sans elle... Moi quand j'ai un problème, je l'appelle. Donc euh... c'est indispensable, pour nous, au niveau du médecin généraliste. Elle fait le lien entre... nous, le patient, et l'hôpital. Et puis elle connaît... enfin Madame Becque elle connaît... tout... tout ce qu'il faut connaître... que nous on connaît pas ce genre de trucs... Qui gère quoi... les soins à domicile...les aides, les APA et tout ça... C'est compliqué hein... Vous avez fait un stage en médecine générale ?

ML : Oui j'ai fait un stage en médecine générale.

Participant 3 : Donc vous voyez...

ML : Oui je vois à quoi ressemble la prise en charge en ville, tout à fait. Qu'est ce que vous pensez de son intervention, à Madame Becque, dans la prise en charge du patient ?

Participant 3 : Très bien. Elle fait ce qu'il faut faire euh... elle agit rapidement... non c'est bien. Rien à dire.

ML : C'est à dire... Madame Becque, c'est une professionnelle sans formation médicale...

Participant 3 : Oui enfin c'est pas gênant ça. On lui explique, elle comprend ce qu'on lui demande. Elle voit au contact des... des patients. Elle voit ce qui va, ce qui ne va pas, ce qu'on peut faire, ce qu'on doit pas faire... ce à quoi ils ont droit, ce à quoi ils ont pas droit enfin... c'est bien. Sinon je pense que le projet serait tombé à l'eau... si il y avait pas les personnes comme ça... parce qu'au départ c'était vraiment... l'usine à gaz... Le PAERPA.

ML : Est-ce que vous connaissez le rôle des pharmaciens dans la prise en charge post-hospitalière des patients ? **(Question 5)**

Participant 3 : Un peu... C'est eux qui font la liste des médicaments je crois... qu'on retrouve au domicile. Et puis si il y a un problème ils nous appellent... Non c'est bien pour ... pour éviter les erreurs, dont on parlait tout à l'heure.

ML : Alors aussi ce qu'ils font, c'est qu'ils reçoivent comme vous le courrier de synthèse médicamenteuse qui est faite à l'hôpital, ils délivrent le traitement de sortie d'hospitalisation grâce à l'ordonnance de sécurité de 7 jours. A 1 mois ils ont une évaluation le risque de iatrogénie, l'observance, voient comment se passe la préparation des médicaments, la distribution... et puis s'ils vont à la maison, ils font une révision sur l'armoire à pharmacie.

Participant 3 : Oui ça c'est bien. Le problème c'est que... apparemment c'est eux qui gardent les boîtes ? Non ? Vous savez pas ? Parce qu'on a du mal à retrouver les boîtes chez les patients donc ... je sais pas, les patients... Et puis quand on change, la liste ne change pas. Parce qu'ils ont toujours cette liste là avec les médicaments... Donc quand on change euh... il y a pas de modifications de la liste des médicaments... Je sais pas si c'est mis à jour par la pharmacienne...

ML : C'est-à-dire ?

Participant 3 : Quand on change un traitement, quand on rajoute quelque chose... par rapport à la liste qu'ils ont quand ils sortent de l'hôpital... je sais pas si c'est modifié par le pharmacien ?

ML : Normalement c'est votre dernière ordonnance qui prime pour... pour le patient.

Participant 3 : Mouais sauf que... mais chez les patients il y a toujours le même imprimé alors ... je sais pas, je me pose la question. Après ça va, je leur dis en visite le traitement donc je... je met le traitement du patient...

ML : Que pensez-vous de la communication entre médecins traitants d'une part, et les infirmières, les pharmaciens et les acteurs hospitaliers ? **(Question 6)**

Participant 3 : Dans le cadre du PAERPA ?

ML : Oui dans le cadre du PAERPA, sur la conciliation médicamenteuse...

Participant 3 : Moi j'ai pas de contact avec eux... ou alors... on a des contacts tout le temps entre nous, mais pas par l'intermédiaire du PAERPA.

ML : Est-ce que vous pensez qu'il y a besoin d'avoir une communication ?

Participant 3 : Non... bah s'il y a un problème on appelle... comme on faisait avant quoi. C'est ça.

ML : Quels autres bénéfices vous voyez au PAERPA ? Vous avez parlé tout à l'heure de bénéfices pour le patient, est-ce que vous voyez des bénéfices pour vous, pour votre travail ? **(Question 3)**

Participant 3 : Non non... on est assuré que les médicaments sont... pris... correctement. Un peu plus que... c'est pas du 100% mais... mais il y a une sécurité à ce niveau là. Et puis l'intérêt c'est qu'on est payé nous, aussi, par le PAERPA.

ML : Qu'est-ce que vous en pensez de cette rémunération ?

Participant 3 : Ça c'est bien... 60euros... ça c'est bien.

ML : Si vous deviez apporter un changement au projet PAERPA, qu'est ce que vous feriez ? **(Question 7)**

Participant 3 : Bah les papiers on a plus à les remplir là je crois... ça a changé par rapport au départ... donc ça c'est bien. L'intermédiaire... comment elle s'appelle... son rôle c'est quoi ?

ML : L'animatrice territoriale ?

Participant 3 : Oui ça c'est bien c'est... Heureusement qu'elle est là ! Je vous le redis. Quand j'ai un problème je l'appelle, donc ça c'est bien... et elle fait le job derrière, donc euh...

ML : En théorie, l'animatrice territoriale, son rôle principal c'était pour l'implantation du PAERPA, et donc... théoriquement, les animatrices territoriales seraient amenées à disparaître, pour laisser le médecin traitant faire le lien directement avec le PAERPA...

Participant 3 : Non... ça c'est pas bien, il faut quelqu'un entre nous et le PAERPA... non c'est bien... c'est le... la troisième personne... alors je sais pas si les deux premières personnes qu'on a vu au départ, je sais pas si c'était aussi des animateurs territoriaux... ?

ML : Je pense oui.

Participant 3 : En tout cas elle, elle est venue, elle s'est présentée, elle a dit « je fais ça, je fais ça, vous pouvez m'appeler », elle m'a donné son numéro de téléphone, et puis ça marche... Donc non, son rôle, il faudrait pas supprimer ça. Il faut quelqu'un entre nous qui connaisse les rouages de... tous les rouages, de toutes les aides... dont peuvent disposer les patients âgés... je veux dire, je sais pas si c'est partout pareil mais euh... mais elle se débrouille bien. Nous on se décharge de ça... de toutes ces problématiques... grâce à elle.

ML : Du coup vous voyez des choses à changer ? Des points à améliorer ... **(Question 8)**

Participant 3 : Surtout pas retirer l'animateur territorial ! (rires) Faut la garder ! Sinon... faire plus simple... mais on est plus embêté puisque c'est... c'est l'animateur qui fait tout... toute l'administration qu'on aurait pu faire donc... on a pas le temps... de faire ça. Et puis on... moi je comprends rien... on me le présente une fois, il y a plein de feuilles à remplir... bon c'est l'usine à gaz quoi. Alors que je voulais pas le faire au départ... (rires) c'était le but, au début, quand ça a démarré. Il fallait que ça soit simple, pour nous.

ML : Qu'est ce que vous voulez dire exactement quand vous dites « c'est l'usine à gaz » ?

Participant 3 : Bah... des papiers à remplir... pour nous, pour le patient, pour le pharmacien... et puis il y avait pour les médicaments, les chutes, il y avait... il y avait d'autres volets je crois. Ça part d'une bonne intention au départ mais c'est compliqué. Et quand c'est compliqué comme ça, on passe à autre chose... Enfin personnellement... je sais pas comment font les autres mais... on a pas le temps de... à faire ça. Le temps c'est pour soigner.

ML : Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter par rapport à votre expérience du PAERPA et de la conciliation médicamenteuse que je n'aurais pas abordé ?

Participant 3 : Non juste, l'histoire de l'ordonnance, je sais pas si c'est liste est... est mise à jour. Il faudrait poser la question. Quand on change le traitement quand on... quand on... switch un médicament...

ML : Vous parlez du plan de prise qui est donné au patient ?

Participant 3 : Oui... Parce que j'ai une patiente j'ai l'impression qu'elle a toujours le même depuis qu'elle est sortie...

ML : Effectivement, je pense que c'est fait à l'hôpital, ça pourrait être intéressant qu'ensuite le pharmacien change le plan de prise des médicaments. Très bien. Bah merci beaucoup d'avoir répondu à mes question !

Participant 3 : Bah de rien, bon courage.

Entretien n° 4

Retranscription en verbatim à l'aide du dictaphone Olympus Digital Voice recorder VN-3100PC

Durée interview : 21min 14sec

Ci-dessous, l'investigateur de l'étude, Maxime LOTIN est appelé «ML» ; le participant est appelé «Participant 4», numéro de l'entretien.

[Avant démarrage du dictaphone, le participant s'attendait à recevoir un patient, je l'ai donc informé de qui j'étais, il accepte finalement de me recevoir et d'enregistrer la conversation]

ML : [fin d'introduction] ... Je fais des entretiens avec des médecins traitants pour comprendre pourquoi ils font partis du PAERPA. Ensuite je retranscris mot à mot. Vous pouvez exprimer ce que vous voulez par rapport au PAERPA... des choses positives ou négatives, vraiment juste votre vécu votre expérience du PAERPA. Je fais une thèse qualitative, donc je cherche un éventail large de réponses, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, je cherche juste votre avis, et on discute...

Participant 4 : Moi j'ai trouvé ça très très compliqué... beaucoup de paperasse... (souffle) c'est un peu ce qu'on vit en médecine générale. On est envahit de paperasse quoi... là, tout con, le ZOLPIDEM, maintenant il faut une ordonnance sécurisée pour le ZOLPIDEM quoi, c'est... faire sortir... vous comprenez... ça commence à nous insupporter au plus haut point quoi. Et je pense que c'est la raison pour laquelle les jeunes médecins ne s'installent plus... je veux dire, ne veulent plus s'installer en médecine libérale quoi... Parce que c'est... on a le cul entre deux chaises... le libéral et euh... on va dire, un petit peu... la gouvernance algorithmique... la gouvernementalité algorithmique plutôt... avec la sécu qui nous emmerde... je comprends qu'il y est du contrôle quoi... mais faut faire ça... bien quoi... pas tomber sur nous façon un petit peu... harcèlement quoi. Et là c'est une nouvelle façon d'être harcelée par la paperasserie... c'est exténuant...

ML : Le PAERPA, plus que du contrôle, c'est des outils qui peuvent vous être apportés... enfin on va en parler au fur et à mesure des questions. Petite question introductive, quelle est la place de la gériatrie dans votre activité ? Est-ce que vous en faites beaucoup ?
(Question 1)

Participant 4 : ... Je pense ouais... vous voyez ça... ça gêne cet enregistrement... ça casse le... c'est vrai hein... Mais même vous, vous n'êtes pas naturel (rires).

ML : Ah si si, moi j'en ai l'habitude maintenant....

Participant 4 : Je sens quand qu'il y a un manque de naturel... il y a des attentes et des silences...

ML : Ben c'est vrai que du coup j'ai des questions à vous poser mais euh... ça reste de la discussion hein... il y a pas de ... c'est pas formalisé...

Participant 4 : Alors, allez-y.

ML : Alors... Le projet PAERPA... Est-ce que vous vous souvenez comment vous avez eu connaissance du projet PAERPA ? **(Question 2)**

Participant 4 : C'est la sécu... je pense la sécu qui est venue envoyer... et puis j'étais encore dans de bonnes dispositions... et puis j'ai accepté... et je vous dis... premier cas, ça c'est très mal passé, dans le sens où je me suis baladé avec un dossier PAERPA dans mon... dans mes visites à domicile quoi... et puis bon ... la paperasse vous voyez... je me le coltine tous les jours quoi... toujours avec plus de ... paperasserie vierge.

ML : Ça c'est votre dossier PAERPA ?

Participant 4 : C'est mon dossier courrier patient. Le PAERPA, il est dedans. Parce que ça fait... un bon poids quand même hein... on est d'accord ça fait son poids hein.

ML : Avez-vous rencontré l'animatrice territoriale ? C'est une personne dédiée au sein du PAERPA... **(Question 2)**

Participant 4 : Oui une Madame Cheval... que je n'ai jamais revu...

ML : Madame Cheval ?

Participant 4 : Oui c'était... je pense ...

ML : Et c'était il y a ... ?

Participant 4 : Deux ans... oui je pense... bah je vais vous dire hein ... [regarde sur son ordinateur] ... c'était il y a deux ans exactement, 1er avril 2015.

ML : Est-ce que vous vous souvenez de ce qu'elle a dit ?

Participant 4 : Non... non je peux pas vous dire, non...

ML : Vous dites que vous ne vous souvenez plus de ce qu'elle vous a dit à ce moment là, mais que vous étiez dans de bonnes dispositions pour euh...

Participant 4 : Voilà... entre temps je vous le dit franchement, j'ai été emmerdé par la sécu parce que... ils avaient décrétés que j'avais mis trop d'arrêt maladie... Je sais pas si vous voyez un petit peu... Alors que c'est tout à fait... moralement... c'est tout à fait faux ! C'est du bidon quoi... c'est du bidon. Et ça, quand vous êtes harcelé de cette manière... infondée... c'est terrible quoi... Les médecins d'activité comparable... Le baratin quoi. Alors qu'il n'y a aucune activité comparable, c'est du bidon quoi. Et là ça m'a vraiment mis... un petit peu en boule quoi. Voilà quoi. Et là j'ai dis « stop » quoi. C'est ma santé ou leur système.

ML : ... oui... après le projet PAERPA c'est pas tout à fait la sécu, c'est un projet porté par l'ARS...

Participant 4 : Ça existe encore ?

ML : Oui oui ça existe encore. L'ARS ?

Participant 4 : Oui.

ML : Ah oui oui l'ARS ça existe encore... et le PAERPA ça existe aussi, enfin j'espère pour ma thèse...

Participant 4 : (rires)

ML : Oui oui ça existe encore, je les ai rencontré récemment, ça existe encore... Finalement mes questions vont pas être adapté si vous n'avez pas vraiment l'expérience alors je vais vous demander : Qu'est ce que vous savez du PAERPA ?

Participant 4 : C'est pas le pharmacien qui va... faire un tour dans la boîte à médicaments de grand-mère ? Là je sais que j'ai eu une hospitalisation récente... une dame âgée... elle avait... ce fameux courrier de sortie avec les traitements...ce qui a été rajouté, enlevé... Je crois que je l'ai mis à la poubelle direct.

ML : Ça vous intéressait pas ?

Participant 4 : Bah non je trouvais pas que c'était tellement...

ML : Mais c'est sur... le contenu ? Le format ?

Participant 4 : Bah... J'avais surtout peur qu'on m'emmerde encore avec un autre dossier à la con... qu'on me dise encore... et puis... ouais il me semblait aussi qu'il y avait un truc... administratif... on me demandait des trucs c'était... on pouvait pas y répondre en fait... fallait... une tierce personne pour pouvoir y répondre justement...

ML : OK, donc vous avez trouvé ce courrier de synthèse médicamenteuse et vous avez...

Participant 4 : Je l'ai trouvé mais bon... Rien que le lire ça suffisait.

ML : D'accord, rien que le lire ça suffisait, vous n'aviez pas besoin de le garder, et ... qu'est ce que vous pensez de la conciliation médicamenteuse qui est faite comme ça ?
(Question 3)

Participant 4 : Bah ça devrait être fait tout le temps... ça devrait être fait tout le temps, pour tout le monde d'ailleurs, pas que pour les personnes âgées. Eux encore plus mais...

ML : Vous, vous faites de la conciliation médicamenteuse ?

Participant 4 : Ben je pense que c'est ce qu'on fait... tous les jours hein. Non je sais pas ?

ML : Ben ça dépend, il y a parfois des consultations ou on peut renouveler un traitement en estimant qu'il y a pas d'élément nouveau, et puis parfois se mettre face à une ordonnance et se dire ... « qu'est-ce qui est nécessaire ? qu'est-ce qu'il faut enlever ? qu'est ce qu'il manque ? »

Participant 4 : Ah oui si si ! Bon après il y a des moments de... on va dire de... ou on se met dans un automatisme parce qu'on en peut plus quoi. C'est vrai. Avec des gens qui veulent rien comprendre, il y a un un moment... Sinon on se dit « merde »... celui qui est de... bonne nature, qui accepte de discuter, bah on y va ouais... bien sur c'est le rôle du médecin quand même.

ML : Quand vous dites « de bonne nature », vous parlez du patient ou du médecin ?

Participant 4 : Du patient.

ML : Du patient ? Si le patient est septique... ?

Participant 4 : Bah ouais, le problème c'est ça ! Et puis après les spécialistes ils ont chacun leur domaine... et puis ils tirent la couverture à eux sans se préoccuper des autres hein... et le généraliste il est quand même là... pour essayer de ... d'être un peu le chef d'orchestre.

ML : Et quand c'est fait a l'hôpital la conciliation médicamenteuse... est ce que ça vous gêne d'avoir un autre regard sur vos prescriptions ?

Participant 4 : Pas du tout. Pas de Problème. Non je vais vous dire, j'ai pas un ... pas de soucis avec ça.

ML : Et aussi, vous évoquiez, le patient a une petite fiche de plan de prise des médicaments, c'est une feuille explicative pour le patient...

Participant 4 : Vous savez on fait des...[prend une feuille de papier] des tableaux, pareil ! Un stylo, vas-y, j'y vais.

ML : C'est quelque chose que vous faisiez déjà avant ?

Participant 4 : Je le fais ça moi. Bien sur, bah oui.

ML : Pour vous ça apporte rien de ?

Participant 4 : Non. (rires)

ML : Et l'intervention du pharmacien... est-ce que vous connaissez l'intervention du pharmacien dans la prise en charge post-hospitalière des patients ? **(Question 5)**

Participant 4 : Euh... je pense qu'il va voir l'armoire à pharmacie, c'est ça ?

ML : Tout à fait il peut aller voir l'armoire à pharmacie. Il fait aussi d'autres choses, il délivre les traitements du patient grâce à une ordonnance de sécurité de 7 jours qui est faite à l'hôpital, pour laisser le temps au patient de revenir vous voir pour faire le renouvellement.

Participant 4 : En théorie... on est pas dans cet euh...Après je sais pas si c'est forcément... même pour les personnes âgées je pense que... c'est fait systématiquement ça ?

ML : Normalement oui, dans le cadre du PAERPA.

Participant 4 : Non je vais pas dire que... j'ai pas assez de... de cas. Je confonds avec d'autres d'hospitalisations ou il y a pas eu PAERPA ou franchement... ils s'en contre-foutent. Et puis il y a des sorties d'hôpital c'est... quand ça leur chante, sans préparer le terrain... Vous voyez ce que je veux dire. Alors en ville je sais pas comment ça se passe, nous en campagne on est encore très... compliant, en faisant des trucs mais... en ville ça m'étonnerait les gens qui sont chez les gens comme ça...

ML : Le pharmacien il fait aussi un entretien pharmaceutique avec le patient à un mois de l'hospitalisation pour évaluer le risque de iatrogénie, l'observance... Qu'est ce que vous pensez de l'intervention du pharmacien sur la prise en charge ?

Participant 4 : C'est bien. Très bien. Tant mieux.

ML : Quel lien vous avez avec les pharmaciens, par exemple ?

Participant 4 : Ben... quand on... il remarque une erreur, un dosage, ils m'appellent... si c'est une erreur ou si c'est moi qui ait réduit, augmenté et quelque fois ... il y a une erreur. C'est ça le problème de l'automatisme, de l'ordinateur.

ML : Ça vous arrive de discuter d'une ordonnance ?

Participant 4 : Non non.

ML : Donc vous réagissez sur un problème.

Participant 4 : Voilà, souvent c'est sur un problème, un coup de téléphone, ils ont mon numéro...

ML : Ils vous appellent et puis...

Participant 4 : Et puis on discute. Ou quelques fois ils m'appellent et il faut rappeler le pharmacien, parce que j'ai pas... toutes les pharmacies non plus. Je vais pas appeler non plus...

ML : Pour revenir à l'animatrice territoriale, Madame Cheval, est-ce que vous connaissez son rôle ? **(Question 4)**

Participant 4 : Non.

ML : Son rôle c'était, dans un premier temps, de faire connaître le projet PAERPA aux médecins traitants, et ensuite par rapport à l'intervention qui est faite, il y a une évaluation gériatrique standardisée qui peut être faite

Participant 4 : Bah ça justement ça n'a jamais été fait. Je pense qu'il y avait un...

ML : Oui vous avez raison, vous vous n'avez pas de patient ayant bénéficié d'évaluation gériatrique standardisée.

Participant 4 : ... Le truc, pour moi est tombé à l'eau hein... bon, de mon côté certes j'ai... je me suis complètement désengagé de ce truc. Mais je sais que de leur côté ils avaient complètement foiré hein... complètement foiré.

ML : ...D'accord. En fait depuis, vous ne l'avez plus jamais revu cette dame...

Participant 4 : Non. Je reçois des... newsletter. Moi je... les lis pas.

ML : Normalement ce qu'elles font aussi, c'est qu'elles accompagnent les médecins traitants dans le suivi des patients, elles accompagnent le suivi des conciliations médicamenteuses qui sont faites.

Participant 4 : Non je vous dis... mon premier cas... il s'est rien passé hein.

ML : OK. Du coup, en terme d'avantages et d'inconvénients de ce dispositif ... ?
(Question 3)

Participant 4 : Je ne voyais que l'inconvénient de faire des... de la paperasse, encore de la paperasse.

ML : Est-ce que vous pensez que ça peut être bénéfique pour le patient ? De faire ça ?

Participant 4 : ... Je pense que oui ça doit être bénéfique... je pense que oui ça doit être bénéfique... c'est paradoxal... (rires)

ML : C'est parce que vous dites « je pense que oui » en haussant les épaules comme si vous n'en étiez pas convaincu...

Participant 4 : C'est-à-dire que... la lourdeur du truc fait que... oui c'est très bien pour le patient, mais pour nous c'est pas très bien quoi... parce que... c'est nous qui allons tomber malade quoi... Dans la pratique c'est trop lourdingue... C'est comme si vous me disiez « Est-ce que vous pensez qu'il faut mettre une demi-heure par patient par consultation ? », je vous dirais oui... malheureusement tout est fait pour qu'on fasse de l'acte... et qu'on fasse de la merde... vous comprenez ce que je veux dire... qu'on soit automatisé par cette merde, et qu'on fasse une gestion de... d'administratif, de carte vitale... je vous épargne les enfants de moins de dix sept ans et demi... et même des gens encore beaucoup plus âgé qui sont encore sur maman... des trucs, mais il faut voir... enfin je sais pas... vous avez vu d'autres médecins, ils parlent comme moi je suppose ... ? Après c'est très individualiste les médecins. Ici dans le cabinet on est trois médecin, on est un cabinet de groupe. Je vois un de mes collègue, le plus âgé... le troisième, on a pas le temps de se voir... on ne se voit pas, on ne communique pas, et c'est vraiment... c'est fou quoi.

ML : Il y a une charge de travail en médecine générale qui est considérable, je suis d'accord avec vous. Justement, pour certains des médecins que j'ai vu, le PAERPA pouvait donner une diminution de la charge de travail, sur certaines des aides que ça pouvait apporter.

Participant 4 : ... Ils ont dit ça ?

ML : Il y a des médecins qui sont d'accord avec vous, sur le côté administratif, mais il y a aussi des médecins qui ont trouvé des gains de temps à l'utilisation du PAERPA.

Participant 4 : C'était des jeunes médecins ? Des vieux médecins ? Parce qu'après ça dépend de l'activité, de la zone je pense hein. Parce que ça c'est l'idéal pour... un jeune médecin qui a une petite clientèle, qui débute... vous comprenez, qui est pas encore submergé par la folie... du geste ... ouais très bien ouais. Au début on avait trois médecins... on avait... je me suis installé en 96 moi... au début c'était avec le papa, je travaillais avec mon papa, c'était cool hein. C'est pas comme maintenant. On était déjà informatisé quand même hein. Mais il y avait pas tout ce... tout ce qu'on vit actuellement. Je veux dire... on faisait par nous-même. Franchement aujourd'hui c'est la paperasse. Maintenant c'est autre chose.

ML : En terme d'avantage proposé par le PAERPA, il y a une rémunération qui est proposée aux médecins traitants. Est-ce que vous en aviez connaissance ?

Participant 4 : Mais oui, on m'en avait parlé.

ML : Qu'est ce que vous en pensez ?

Participant 4 : Bah... tout travail mérite salaire hein... c'est vrai que... bah c'est normal oui...

ML : Du coup, par rapport à la charge de travail, vous trouvez que c'est pas proportionné ?

Participant 4 : ... Je sais pas j'en ai jamais vu la couleur (rires). Tu comprends ? J'en ai jamais vu la couleur, malgré tout le travail qui avait été fait... pas énorme quoi, je me suis dis... mais après, c'est pas pour ça que je me refuse de poursuivre le PAERPA. C'est pas la raison. La raison c'est que là maintenant c'est « stop » hein, je suis à saturation. Ça suffit.

ML : Par rapport à ce projet en particulier ou par rapport à l'ensemble des réseaux et des choses qui peuvent être proposées, mais qui peuvent vous demander de la paperasse ?

Participant 4 : Ouais ouais, tous ces trucs, ces réseaux... dont le PAERPA quoi.

ML : Est-ce que vous verrez des points pour améliorer ce projet ? **(Question 7)**

Participant 4 : Faire le plus simple possible, le plus simple possible.

ML : Pour vous c'est trop complexe ?

Participant 4 : Bah oui... j'ai pas encore tout bien compris ce qui était demandé hein... Je suis mal placé pour en parlé parce que je le connais pas bien. Mais bon, croyez pas que...

ML : Sur le suivi du PAERPA, on compte pour vous trois suivi en 2015, 5 suivi en 2016.

Participant 4 : Ah bon ? (rires)

ML : C'est quelque chose que vous apprenez là ?

Participant 4 : Oui là vous me l'apprenez... Pour moi il y en avait qu'un. J'en ai fait qu'un de dossier. C'est tout.

ML : Pour vous vous n'en avez fait qu'un ? Mais l'intervention du PAERPA c'est aussi le courrier de conciliation médicamenteuse dont on parlait tout à l'heure. Du coup ça c'est une patiente PAERPA par exemple.

Participant 4 : Ouais... après j'ai eu d'autres patients, j'ai reçu un courrier, il m'était proposé de les faire rentrer dans le PAERPA, c'est ça ? Mais bon... j'ai pas fait suite à ça.

ML : D'accord. Il y avait une charte du médecin traitant, pour l'engager dans le PAERPA. Est-ce que vous vous rappelez de ça ? Est-ce que vous vous rappelez l'avoir signée ?

Participant 4 : Peut-être.

ML : Mais faute de rappel, vous n'avez pas donné suite ?

Participant 4 : Voilà

ML : Vous avez quelque chose à rajouter sur le projet PAERPA ? **(Question 8)**

Participant 4 : ...

ML : Même si vous dites que vous n'en avez pas l'expérience...

Participant 4 : Ah bah non je n'en ai pas l'expérience...

ML : D'accord. OK. Merci beaucoup. C'était très informatif.

Participant 4 : J'espère que je vous ai pas fait perdre votre temps

Entretien n° 5

Retranscription en verbatim à l'aide du dictaphone Olympus Digital Voice recorder VN-3100PC

Durée interview : 39'47.

Ci-dessous, l'investigateur de l'étude, Maxime LOTIN est appelé «ML» ; le participant est appelé «Participant 5», numéro de l'entretien.

ML : Comment définiriez-vous la place de la gériatrie dans votre activité quotidienne ?
(Question 1)

Participant 5 : Une grosse partie quand même... je dirais bien... je pense 40% quand même, j'ai pas mal de patients âgés.

ML : Qu'est-ce que c'est pour vous la gériatrie ?

Participant 5 : La prise en charge des personnes âgées après... après 70ans je vais dire... après 75... dans le suivi, aussi dans l'aide à amener à la famille, des fois dans des situations un peu particulières... oui la gériatrie... je trouve ça assez difficile quand même... c'est une prise en charge assez globale et puis... c'est pas toujours facile quoi, c'est... c'est plus facile de soigner quelqu'un de cinquante ans que quelqu'un de quatre vingt, quatre vingt dix ans disons (rires). Voilà quoi, après... j'aime bien.

ML : OK. Est-ce que vous vous souvenez comment vous avez eu connaissance du projet PAERPA ?

Participant 5 : Euh c'est quand... Nous il y a une maison médicale qui dépend de l'ARS, et en fait, le Dr *** m'a envoyé une invitation pour connaître un petit peu... enfin parler de l'ancien projet, je n'avais pas le nom à ce moment là. Donc c'était une réunion avec infirmières, kiné, pharmaciens et médecins généralistes pour mettre au point ce... ce fameux truc qui reliait pour les personnes âgées quoi. Donc... ben je suis arrivée là... sauf qu'on était trois médecins généralistes, il y avait quatre infirmières... enfin il n'y avait pas grand monde quoi... J'ai même cru que ça se ferait pas franchement... mais après je pense que ça c'est fait à différents endroits en même temps quoi, il n'y a pas eu que là quoi. Voilà quoi, au départ ça m'avait intéressé dans la démarche de... mais bon après vu le peu de motivation, c'est vrai que j'ai pas, après forcément, répondu à d'autres demandes, d'autres sollicitations quoi. Après... sans être... enfin je sais pas mais... le Docteur *** n'est pas très bien vu par les médecins de Denain... donc ça a été le soucis pour le PAERPA, étant donné que c'est lui qui a lancé le truc, je pense que ça a fait beaucoup. Il y a une maison médicale, qui est sensée faire l'éducation thérapeutique... mais bon... normalement on est sensé adhérer à sa maison médicale... c'est vrai qu'on est tous un peu en conflit... enfin moi pas personnellement, mais pas mal de gens en conflit donc ça a fait un blocage... c'est peut-être pour ça que vous avez rencontré beaucoup de médecins qui ont pas forcément adhéré au PAERPA au départ. Et puis après de gens de l'hôpital... je sais pas. Enfin de gens de sortie d'hôpital... j'ai vu la dame il n'y a pas longtemps, je lui ai dit, c'est vrai qu'il y a encore beaucoup de gens qui ne sont pas au courant quoi, même les infirmières avec qui je travaille régulièrement...

ML : Quelle dame ?

Participant 5 : Euh la dame qui s'occupe du PAERPA régulièrement.... [sort un cahier]

ML : Est-ce qu'il s'agirait de Madame Becque ?

Participant 5 : Sophie Becque oui c'est ça.

ML : C'était ma question suivante, de savoir si vous l'aviez rencontré et ce que vous avez retenu de ce qu'elle vous a dit du projet PAERPA ? Parce que je suppose que vous avez eu des informations pendant la première réunion ...

Participant 5 : Ben pendant la première réunion c'était pas encore mis en place le PAERPA, c'était vraiment pour.... c'était vraiment pour lancer un projet, dire de quoi on sentait qu'on avait besoin, comment on pourrait... s'était avant que ça s'appelle comme ça et avant que... (souffle)... c'est vrai qu'il en était ressortit que ça serait bien... un petit peu une relation, infirmiers, pharmaciens enfin... le problème c'est, enfin on voit au final que, on va peut-être y venir après, c'est que il y a pas tellement de... enfin j'avoue hein, je vois pas tellement l'intérêt en étant... à en être dedans parce que... bon je trouve que les gens qui sortent de l'hôpital sont pas bien... sont pas bien mis au courant. Les personnes âgées... Bon la dernière fois qu'elle est venue, là j'avais trois patients qui étaient susceptibles... qui avaient été vus à l'hôpital qui étaient susceptibles de rentrer dedans, donc on en a discuté... c'est tombé que ce jour là j'avais deux personnes sur les trois à voir. Les deux à qui j'ai demandé « vous êtes d'accord pour que l'infirmière vienne et pour qu'on fasse un petit bilan ? », « Oh non non non, qu'est-ce que c'est que cette histoire »... enfin ils étaient pas au courant du tout, donc ça ne s'est pas fait facilement, parce qu'à la sortie de l'hôpital, c'est tout, les gens ils sont à la maison, ils ne faut plus les embêter... donc ça a été un petit peu dommage, on a pas pu vraiment... Donc la pharmacie elle a fait, le document, le papier de l'hôpital, donc j'ai bien vu qu'elle était ... mais après c'est un petit peu...

ML : Vous pensez que les patients sont pas assez informés sur le PAERPA ?

Participant 5 : Je pense qu'ils savent pas ce que c'est. On leur dit, on les fait limite rentrer dedans en signant, mais il savent pas... enfin en quoi ça peut les aider, et je trouve que moi... bon j'ai beau... en avoir parlé avec Madame Becque et tout ça mais je ne me vois pas... enfin je sais qu'il y a l'équipe... l'équipe mobile pour tout de qui est... de gériatrie et psycho-gériatrie, ça, je trouve ça super intéressant, et il y a aussi le côté trouble de l'équilibre, ou quelqu'un peut venir voir un peu les problèmes, mais je n'arrive pas à l'intégrer dans ma pratique. Bon le premier exemple, j'avais une patiente comme ça qui était... qui a soixante seize ans et qui a un Alzheimer effectivement un peu prononcé, je vois avec sa fille, je lui parle du projet, je lui dit « ça pourrait être bien, ils peuvent venir un petit peu, voir comment vous aider et puis voir peut-être, pour la kiné... » je savais pas sur quoi exactement ça allait aboutir. Bon bah la fille super contente, on lance l'histoire et tout, et puis en fait ben... alors je sais plus qui est venu pour faire le bilan mais... dans l'équipe primaire, qui est venu je ne sais pas c'était qui... en fait elle avait un MMS trop bas, donc elle rentrait pas dans le cadre du PAERPA. Bon, zut, pour une personne je me disais « là ça, ça va vraiment l'aider » Bon, elle rentrait pas dedans, donc j'avoue qu'après j'étais un petit peu... un peu déçue. Après il y avait une autre a qui j'ai conseillé, elle a dit oui pour voir la psychologue puisque... elle a une grosse dépression donc euh... je voulais

qu'elle soit vu par un psychiatre en ville, elle voulait pas trop bouger, bon je me suis dit « super, l'équipe va venir » et tout... ils sont venus une fois quoi, après... il y a pas derrière... après de... Après on nous dit « si vous avez besoin vous appelez » mais... on va pas appeler quoi... et puis après c'est tout... ; si je lui en reparle pas, après je lui en ai reparlé l'autre jour « oh non... » voilà, une séance, ça ne leur sert pas à grand chose donc c'est un petit peu... donc deux cas un petit peu... l'idée au départ elle est bien mais... l'aboutissement est pas... après il y en a peut-être d'autres qui voient un gros avantage mais...

ML : Là vous me parler aussi de la prise en charge multi-risque, avec les aides à mettre en place au domicile, par exemple pour la patiente Alzheimer...

Participant 5 : Voilà, pour les risques de chutes, quelque chose comme ça

ML : Il y a un autre chapitre entre guillemets du PAERPA, qui est vraiment sur la conciliation médicamenteuse...

Participant 5 : Avec le pharmacien, c'est ça ?

ML : C'est ça, déjà avec à l'hôpital de Denain, une conciliation médicamenteuse d'entrée et de sortie qui est faite, il y a, justement j'ai sorti [je sors les feuillets de « plans de prise » destiné au patient et le « courrier de synthèse médicamenteuse »] donc ça c'est pour le patient c'est un plan de prise, et il y a normalement pour vous et pour le pharmacien, le courrier de conciliation médicamenteuse avec les traitements... poursuivis, arrêtés, modifiés et... il peut y avoir des commentaires...

Participant 5 : Ah oui c'était vraiment par rapport à ça que vous vouliez euh...

ML : C'est plus spécifiquement cette intervention que j'étudie, après euh...

Participant 5 : Ah mais non non non...

ML : Après effectivement le PAERPA c'est les deux volets...

Participant 5 : Ah non ça effectivement, très bien. Ça moi je le vois à la sortie chez les patients [désigne le courrier de conciliation médicamenteuse], effectivement je trouve ça très bien puisque effectivement, ce qu'il y avait avant, ce qu'il y avait après euh... bon, des fois, ce qu'il y avait avant, des choses qui sont oubliées, c'est le problème... Des fois on fait un courrier en envoyant le patient à l'hôpital, on se rend compte que... enfin soit ils nous appellent pour nous dire « ouais c'est quoi le traitement de... », on se demande si le courrier a été lu parce que tout le traitement est dessus mais bon, soit. Mais oui ça c'est bien fait. Ça à la limite les patients ils savent pas à le lire mais ça [le courrier de synthèse médicamenteuse], c'est bien quand les infirmières les font mais euh... si c'est bien clair. Le problème c'est le nombre de... souvent c'est le nom de générique, les patients ont du mal à voir... enfin ça c'est un problème par rapport à mes patients âgés...

ML : Il y a un manque de visibilité du plan de prise parce que ce sont les noms des génériques ?

Participant 5 : Oui, je trouve que c'est plus difficile parce que eux ils ont leurs habitudes... bon c'est vrai que moi j'ai l'habitude avec les patients âgés à pas vouloir leur mettre le générique dans le sens ou... bon ceux qui l'ont, ils l'ont, mais quand ils ont l'habitude avec le SANDOZ, on leur met le SANDOZ quand ils ont le... donc bon à la limite c'est vrai que... mais dès que j'ai un petit doute je leur met le générique, hors tous sortes avec le générique donc ben... ils regardent quoi. Donc c'est vrai qu'à la sortie de l'hôpital tout est mis en générique, sauf que le patient il reprend quand même a peut près ce qu'il avait avant, qu'il connaissait, et qui... à équivalence quoi. Je pense qu'on leur demande pas trop non plus à l'hôpital quels étaient... enfin j'ai vu rentrer des gens avec de l'INIPOMP, sortir avec de l'INEXIUM bon... pourquoi ne pas reprendre le même quoi? Je trouve ça, des fois... je trouve ça un petit peu bête, et puis eux, les patients, du coup ils sont un peu perdus, mais c'est vrai que sinon c'est bien fait. La conciliation pharmacie au niveau de l'hôpital, effectivement je trouve que c'est bien fait, et c'est peut être le seule chose que je vois des sorties d'hôpital, c'est là que je vois qu'ils ont été touchés... touchés par le PAERPA en fait. Même pour nous, c'est bien clair, c'est... par exemple c'est un remplacement, c'est clair c'est net, c'est vrai que... ouais c'est pas mal... après moi, les pharmaciens de ville... c'est toujours un peu plus délicat dans le sens ou... on leur demande des fois... ils délivrent, ils délivrent, ils délivrent, parce que les gens vont rechercher, rechercher, rechercher et puis après ils nous réclament les ordonnances et puis... enfin c'est un petit peu... enfin si les pharmaciens suivent, ben tant mieux... mais des fois...

ML : Alors normalement les pharmaciens suivent, puisqu'ils reçoivent aussi le courrier de synthèse médicamenteuse...

Participant 5 : Ils le reçoivent directement à la pharmacie ?

ML : Normalement oui ils le reçoivent directement. Et le patient a une ordonnance dite de sécurité, de huit jours, pour lui laisser huit jours le temps de prendre rendez-vous avec vous, que vous fassiez le renouvellement, que vous preniez connaissance du....

Participant 5 : Du nouveau traitement. Ah bah ça c'est bien, les huit jours je trouve ça très bien, parce que c'est vrai que souvent les sorties c'est le vendredi (rires) donc euh... ça c'est très très bien, ouais. Après... c'est que ça on les reçoit pas nous. Ils sont donnés au patient. Des fois il y a des patients : « ah bah non, je n'ai pas eu le courrier ».

ML : Ces plans là [le courrier de synthèse médicamenteuse], ils sont donnés aux patients ?

Participant 5 : Ils sont donnés aux patients, nous on ne les reçoit pas. Avec le courrier de sortie ou pas de... si ça doit être avec le courrier de sortie je pense, les patients qui sortent de gériatrie, ils ont leur courrier. Parce que des fois, de certains services ils ont pas leurs courriers tout de suite, ils ont juste... un petit mot, ou pas de mot. Donc euh... enfin j'ai déjà vu, arrivée chez des patients, rien du tout. Amusez vous quoi (rires). Bienvenue. Mais ça, ça serait peut-être bien qu'on le reçoive quand même. Parce que des fois ils sortent, ils nous appellent pas. On se dit qu'ils ont tous les médicaments. Et puis en fait des fois tout le traitement a été changé mais eux ils ont pas la notion vraiment d'avoir changé... donc c'est vrai que ça serait peut-être bien de recevoir directement ce courrier pour savoir... puisqu'on connaît a peut près leur traitement, enfin les gros traitements...

Mais c'est vrai que sinon, à ce niveau là, ça [désigne toujours le courrier de synthèse médicamenteuse] c'est bien.

ML : Qu'est ce que vous pensez de la conciliation médicamenteuse qui est réalisée ?

Participant 5 : La conciliation vous appelez ça le fait qu'on mette avant, après ?

ML : Revoir les traitements par rapport aux antécédents, enlever les traitements qui n'ont plus d'indication, ou mettre des traitements s'il en manque.

Participant 5 : Le fait de mettre « poursuit, arrêté, modifié » ?

ML : Oui... plus le fait de modifier l'ordonnance quoi. Est-ce que ça vous embête qu'un autre médecin modifie votre ordonnance ?

Participant 5 : Oh non non non, ça ne me gêne pas dans le sens ou... enfin s'il ajoute un nouveau médicament ça ne me gêne pas. Après s'il prend les mêmes et qu'ils les changent... enfin un IPP pour un IPP, c'est ça qui me gêne. C'est ça que vous voulez dire ?

ML : Oui effectivement, c'est une bonne remarque.

Participant 5 : Enfin je vois pas l'intérêt, et je trouve que parfois on perd un peu les patients, on a l'impression que tout le traitement a changé, et puis quand on regarde bien, c'est juste que... Alors je suis d'accord à l'hôpital, il n'y a pas toujours les mêmes principes en pharmacie, mais rien n'empêche à la sortie de reprendre le nom de celui qui était avant. Puisqu'en fait c'est marqué avant et après donc... enfin voilà, c'est juste ça.

ML : OK. Est-ce que vous vous faites de la conciliation médicamenteuse avec vos patients, modifier et optimiser les traitements ?

Participant 5 : Ben je vois pas trop ce que ça veut dire en fait.

ML : Ben la conciliation, c'est se dire « il y a ça comme antécédents, il y a ça comme traitements », et faire un match entre les deux, voir qu'il y a peut être un antécédent pour lequel il n'y a pas de traitement et peut-être qu'il y en a besoin d'un ... ou à l'inverse, par exemple un IPP qui est prescrit, en fait il n'y a plus d'antécédent en rapport... Optimiser les voies d'abord, le nombre de comprimés...

Participant 5 : Euh... ouais j'y pense, après je le fais pas forcément avec le patient... ou si je vois l'autre jour j'ai fait, mais différemment, c'est pour les sprays pneumo, finalement il ne savait pas s'en servir donc je lui ai... mais effectivement j'ai été surprise parce que je m'y attendais pas donc bon... mais après, en parler, dire tel traitement... non je fais pas trop le rapprochement avec eux. Parce que déjà, c'est pas forcément évident de leurs rappeler tous leurs antécédents, ou de les avoir aussi, enfin les avoir si, j'essaie de mettre des petits carnets, mais c'est vrai que c'est quelque chose qui marche pas toujours bien, on y touche pas trop... Enfin excepter les vitamines ça je le fait régulièrement mais... après c'est vrai que je reviens pas sur un traitement, pas forcément... enfin pas le TRAMADOL [lit l'exemple de courrier de synthèse médicamenteuse] parce que c'est un petit peu spécial...

ML : C'est un exemple.

Participant 5 : Mais je veux dire les statines, je vais pas me re-poser la question de savoir s'il faut la prolonger ou pas... je me dit que si le cardio dit pas de l'arrêter je ne l'arrête pas donc après c'est vrai c'est peut être un peu... mais non je ne parle pas forcément avec le patient en lui disant « est ce que vous voudriez qu'on baisse les traitements », souvent ils le disent d'eux mêmes : « je commence à en avoir marre, j'en ai trop » et donc ça ouais, et me disant ça il m'est déjà arrivé de leur dire « voyez ça c'est pour ça, ça c'est pour ça, ça c'est pour ça, donc on peut rien arrêter », mais sinon je ne le fait pas trop.

ML : OK.

Participant 5 : Donc la conciliation c'est ça, c'est pour ça, ils leurs disent aux patients... ?

ML : Oui normalement ils leurs disent, chaque molécule à quoi ça sert et...

Participant 5 : Oui comme là [regarde toujours le courrier de conciliation médicamenteuse], là c'est bien dit. J'ai jamais fait attention qu'il y avait ça [parle de la ligne « commentaire » ou peuvent être renseignées les indications des traitements] Oui...

ML : Qu'est-ce que vous pensez de l'intervention des pharmaciens dans la prise en charge, des pharmaciens de ville ?

Participant 5 : Je vois par leur intervention...

ML : Est-ce que vous connaissez leur intervention ?

Participant 5 : Non je ne la connais pas...

ML : Alors l'intervention des pharmaciens, bon déjà avec l'ordonnance de sécurité de huit jours, ils délivrent le traitement aux patients à la sortie de l'hôpital avant que vous ne les revoyez, ils reçoivent le courrier de synthèse médicamenteuse qui leur permet de comprendre aussi les modifications de traitements qui sont faites, et puis à 1 mois de l'hospitalisation, ils font un entretien pharmaceutique ou ils évaluent l'observance, comment est préparé le traitement, savoir s'il y a un risque de iatrogénie, ils peuvent proposer aux patient d'aller au domicile pour voir l'armoire à pharmacie...

Participant 5 : Ah bon, d'accord, je ne savais pas.

ML : Voilà, donc à un mois de l'hospitalisation, avec l'entretien pharmaceutique, ils font vraiment le point, pour voir... par rapport à tout ça.

Participant 5 : D'accord... et ils le font vraiment ?

ML : Oui, ils le font vraiment.

Participant 5 : D'accord, ah bah je n'ai jamais... je savais pas. Oui du coup je comprend mieux pourquoi c'est expliqué [parle de la ligne « commentaire » ou peuvent être renseignées les indications des traitements], c'est bien aussi pour les pharmaciens, pour

les infirmières, les kinés c'est vrai que c'est... parce que nous... bon voilà on se dit ça bon... on comprend, après l'expliquer au patient n'est pas toujours évident. Mais là je comprends mieux. Mais non la pharmacien je savais pas que... qu'ils faisaient ça.

ML : Et vous en pensez quoi de cette intervention ?

Participant 5 : Bah c'est une bonne idée si... ouais ça peut être intéressant si vous faites voir vraiment s'ils suivent leurs traitements ou pas parce qu'il y a certaines armoires ou on peut pas... nous on leur demande ... mais si c'est le pharmacien il peut peut-être euh... ouais, c'est vrai que ça peut être intéressant. Après c'est vrai qu'on leur demande si ils veulent que ça soit préparé par une infirmière pour tout ça mais... c'est vrai que c'est pas toujours évident. Ouais c'est vrai que si on est plusieurs sur le même truc ça peut... ça peut aider. Après le problème c'est... le retour quoi. Moi j'ai jamais... je vous dit je ne savais pas que les pharmaciens ils faisaient ça. Je suis pas au courant, moi jamais on ne m'a dit : « tiens, telle personne, elle fait ci elle fait ça, elle prend pas ci elle prend pas ça », puisque j'imagine que c'est le but, j'ai jamais eu de retour... après peut-être qu'il n'y a jamais rien qui s'est mal passé mais... parce que l'intérêt c'est ça... c'est ça je trouve qui est assez... parce qu'au départ ça paraît super, on va tous s'entendre... puis au final, on a pas plus de contact que ça mais c'est vrai que... je donne pas de commentaire à l'infirmière et au pharmacien quand je pense non plus donc je peux comprendre que eux non plus mais euh... ouais, je ne sais pas.

ML : Quels contacts vous avez avec les pharmaciens ?

Participant 5 : ... pas trop (souffle) bah, des fois il m'est déjà arrivé de les appeler quand même quand j'arrive chez une patiente qu'elle a plus son... sa dernière ordonnance, pour demander « c'est quoi son dernier traitement ? » mais c'est vrai sinon non... bon j'en connais quelques uns, nous ils nous appellent, bon c'est plutôt des problèmes de substitution, des trucs comme ça... mais c'est vrai qu'on a pas tellement de contact que ça avec les pharmaciens.

ML : Est-ce qu'il vous est déjà arrive de discuter d'un traitement, ou d'une ordonnance avec un pharmacien ?

Participant 5 : (souffle) Franchement ça ne me dit rien.

ML : Vous pensez que ça peut être utile ou vous pensez qu'il n'y en a pas besoin ?

Participant 5 : Non au contraire je pense que ça peut être bien, de pouvoir lui dire « bah non, ça et ça il faut pas en remettre parce que... » ou que lui il nous dise « bah tiens, elle elle arrête pas de venir en rechercher c'est bizarre », mais c'est vrai qu'on a pas forcément ce retour, peut-être qu'elle y va souvent, et moi en retour je trouve qu'il lui en donne beaucoup et on ... on est pas en contact quoi. Effectivement on... j'ai pas de contact avec les pharmaciens vraiment beaucoup quoi. Non, après j'essaie de voir la personne qui va à la pharmacie quand ce n'est pas la dame, parce que souvent ce n'est pas la personne âgée qui y va... pour m'arranger avec elle mais c'est vrai que le pharmacien... j'ai pas de contact.

ML : Et avec les autres acteurs de soins ?

Participant 5 : Les infirmiers pas mal ouais. On communique par téléphone souvent... ou alors après c'est plus les pansements les choses comme ça, pour savoir l'évolution, mais après aussi pour certains traitements... ou des hématomes, ouais si les infirmiers plus facilement en fait. Ou des fois on se met des petits mots aussi chez les gens, avec les infirmiers on fait ça, avec les kinés aussi des fois mais... c'est vrai que les pharmaciens non, je n'ai pas de contact.

ML : OK. Est-ce que vous connaissez le rôle de l'animatrice territoriale, Madame Becque ?

Participant 5 : C'est pas elle qui va, justement avec les patients, pour leur expliquer ce que c'est...Le PAERPA, c'est ça non ?

ML : Alors elle peut voir les patients, c'est plutôt l'équipe mobile de gériatrie de Denain qui informe les patients. En fait le rôle de l'animatrice territoriale c'est vraiment de faire de lien entre l'hôpital, l'équipe mobile de gériatrie d'un côté, et les professionnels de santé libéraux, les médecins traitants, les infirmiers, les pharmaciens. Ses missions au début, forcément c'était de former tout le monde au projet PAERPA, et puis maintenant ce qu'elles font beaucoup, c'est le suivi des conciliations médicamenteuses, des plans personnalisés de santé.

Participant 5 : Ah oui ça, elle m'avait parlé un petit peu de ça. Enfin c'est vrai que moi j'ai l'impression qu'il y a encore beaucoup d'infirmiers qui sont pas du tout au courant quoi. On a parlé de trois patients différents dont deux avec la même, bah , j'ai appelé après l'infirmière pour dire « ben tiens, pour telle personne je vais envisager ça et tout », elle me dit « c'est quoi le PAERPA ? », il y a encore des infirmiers qui sont pas au courant donc c'est vrai que... après bon je pense qu'au départ c'est lié au fait que ce soit la maison médicale qui a été... un frein.

ML : Vous pensez que ça a été un frein, au moins sur le secteur de Denain ?

Participant 5 : Sur le secteur de Denain en tout cas, oui. C'est certain que si ça avait pas été fait comme ça, ça aurait attiré plus de personnes. Après c'est comme ça, c'est chacun.... du coup c'est vrai que c'est difficile de... de... c'est difficile derrière de... j'ai essayé d'expliquer derrière à l'infirmière ce que c'était pas, c'est vrai que moi même n'étant pas forcément... c'était pas...bon après c'est vrai que c'est à Madame Becque de... c'est vrai qu'elle m'avait demandé le nom des infirmières. C'est vrai que c'est beaucoup de travail pour elle de faire chaque personne. Ça aurait été une fois, peut-être plus générale, mais j'imagine que c'est pas possible quoi.

ML : Je pense que c'était le but de la réunion que vous avez eue. Après, à plusieurs en même temps, ils ont peut-être eu du mal à réunir les gens.

Participant 5 : Oui, à avoir du monde. C'est vrai que moi je suis allé à la première, après je n'y suis pas retourné donc... je ne sais pas s'il y avait du monde, mais je ne pense pas. C'est... effectivement on était des... (rires). Mais c'est vrai sinon... la seule chose que j'ai retenu c'est les sorties d'hôpital avec ce... ça[courrier de synthèse médicamenteuse] je trouve que c'est vraiment bien fait de rappeler le... ça [fiche de plan de prise] je trouve que pour les familles aussi c'est vachement bien. C'est clair, c'est net, parce que des fois, les familles elles savent plus, ils y a plein de médicaments, non ils savent pas... c'est que des fois, on ne les fait pas intervenir assez, on leur demande pas assez leur avis. Ils voient

aussi, un petit peu, ce que fait la personne et ce qu'elle ne fait pas... on a des petites surprises... donc c'est vrai que c'est bien, c'est à eux aussi qu'ils faut montrer en sortant... mais ça [courrier de conciliation médicamenteuse] c'est bien, j'avoue que j'avais pas fait attention [parle de la ligne « commentaire » ou peuvent être renseignées les indications des traitements].

ML : OK. Qu'est-ce que vous pensez du rôle de l'animatrice territoriale dans la prise en charge ?

Participant 5 : Ben... c'est vrai que je l'ai rencontrée il y a pas très longtemps, elle m'a expliqué un petit peu, elle m'a réexpliqué un petit peu en quoi ça consistait. Parce que la première explication, je me suis dit « ouais c'est super », elle est partie, j'ai ressortit mon truc je me suis dit « bon qu'est ce que je dois faire ? Je sais pas, je sais plus... » donc là, elle m'a parlé des patients qui sortaient de l'hôpital, qui avaient eu une prise en charge, je trouvais que ça c'était bien, de me dire qui, parce que c'est vrai que ça c'est pas... enfin les patients ont pas suivi donc c'est pas... je pense que dans l'hôpital il y a peut-être eu un... comme je vous expliqué tout à l'heure, on leur expliquait peut-être pour les médicaments, mais peut-être pas aussi... ce que ça pouvait leur amener à l'extérieur quoi... mais sinon son rôle... oui je trouve que l'intermédiaire c'est pas mal fait. Après j'en ai pas 50 dans le PAERPA donc c'est vrai que je ne la vois pas régulièrement mais...

ML : Vous en avez pas mal je crois, c'est 9 au total, 3 sur l'année 2015, 6 sur l'année 2016.

Participant 5 : Ah oui ? Ah bah peut-être alors, mais j'ai pas vu... ça se passe bien alors, c'est que ça se passe... mouais OK. Bon.

ML : Qu'est ce que vous penseriez du projet PAERPA sans l'animatrice territoriale ?

Participant 5 : ... Je verrais pas trop forcément la différence quoi... c'est pas... je pense que si à la sortie de l'hôpital c'est bien expliqué qu'ils ont été mis dans le parcours après... après c'est tout quoi, ça suit... Moi j'aime bien j'avoue, quand elle vient me dire tel patient est rentré dans le projet, après... quelque part c'est... après vous voyez, les patients PAERPA je ne me souviens pas forcément lesquels... Je pense qu'elle à un rôle quand même... ouais, ça c'est pas évident, elle doit tout faite quoi en fait. Du coup, c'est un peu...

ML : Oui elle fait beaucoup de liens entre les différents acteurs...

Participant 5 : Je sais que la dernière fois qu'elle était venue, j'étais étonné qu'elle me dise « ah bah oui je vais voir, telle personne il faut la voir, telle personne il faut la voir », mais il y a des personnes ça faisait déjà un moment qu'elles étaient sortie de l'hôpital, je me suis si, bon...

ML : Les personnes, des patients ?

Participant 5 : Oui oui des patientes, pardon. Elle me dit « oui oui elle elle doit être vue mais... je dois la voir quoi ». Il me semble bien qu'elle a dit « je dois la voir », ça me semble tard quand même, ça faisait un mois et quelques... donc c'est pour ça que j'ai pas trop compris en gros son rôle mais ... bon elle fait peut-être plus de choses qu'elles ne

devraient faire quoi mais... après je sais pas si elle a vu les patients, parce que je n'ai pas de patients qui m'ont expliqué qu'il l'avait vu mais... ceux qu'ils avaient vu c'était l'équipe mobile de gériatrie c'était... mais après j'ai peut-être pas bien compris ce qu'elle me disait... en tout cas ce que je sais c'est qu'au bout d'un mois ils avaient pas été vu donc ... après ils ont oubliés, et puis ils ont retrouvé leurs habitudes de vie... et puis voilà quoi. Mais effectivement, peut-être si chacun fait bien son truc... ça roule tout seul.

ML : OK. Donc les pharmaciens on en a parlé. La communication avec ... les pharmaciens les infirmiers... et les acteurs hospitaliers est-ce que vous avez des contacts ?

Participant 5 : Euh... pas trop... pas trop... bon je connais Mr Hanot parce que je le croise à la maison de retraite et ... c'est lui aussi qui m'avait parlé de l'équipe mobile de gériatrie parce que... je connaissais pas, donc c'est vrai que des fois je n'hésite pas à l'appeler... mais on a pas beaucoup beaucoup besoin... enfin j'ai un peu de mal à savoir à quels moments on peut appeler, à quels moments on ne peut pas appeler donc ... mais on a peut-être pas assez de rapports non plus, sans parler de moi en particulier, mais aussi de l'ensemble des professionnels, que de savoir ce qu'il est possible de faire et de comment faire quoi... je pense qu'il y a un petit problème de coordination.

ML : D'accord.

Participant 5 : Ça c'est.... je pense que c'est partout pareil (rires), mais c'est vrai que sinon on a une bonne équipe, enfin je crois qu'on se voit pas assez quoi.

ML : OK. Du coup, quel avantages vous voyez au PAERPA, que ça soit pour vous ou pour le patient ?

Participant 5 : Ben... au début pour moi c'était vraiment le fait d'avoir une équipe. De travailler avec l'infirmier, le pharmacien... enfin le pharmacien je pense pas qu'il était dedans au début donc... l'infirmier le kiné et tout ça, donc au final, ce qui me manque c'est cette équipe quoi. Donc je trouve que c'est bien ce qui est fait à l'hôpital, à la sortie, au niveau du médicament, oui. Nous en ville quand les patients sont pas hospitalisés.... j'ai pas trop vu l'intérêt du sens que ça avait... moi bon l'équipe de psy, bon la patiente avait été vue qu'une fois, du coup c'était pas suff... enfin, on a l'impression de pas assez... après, dans l'idée c'est bien mais je pense que c'est pas... je trouve qu'il manque cette histoire de relation, donc pour moi, là donc pour moi le côté positif, je le vois pas, je le vois pas franchement. Vous me dites là, j'ai autant de patients... C'est surtout des patients parce qu'ils ont été inclus à l'hôpital et parce que de moi même, il y en a vraiment que deux que j'ai inclus et c'était pas...

ML : Oui c'est sur, le PPS est impulsé à l'hôpital, et réalisé à la sortie du patient, quand vous recevez le courrier de synthèse médicamenteuse.

Participant 5 : Parce que c'est vrai que normalement, nous aussi on peut en avoir l'initiative, le lancer, mais j'avoue que....

ML : Sur le multi-risque....

Participant 5 : Oui, mais j'avoue que du coup... j'arrive pas à voir l'intérêt de le faire, j'arrive pas à... des fois je me dis « ça pourrait être bien » et puis...

ML : Vous n'avez pas assez de retour ?

Participant 5 : Oui, oui c'est ça, c'est exactement ça en fait. Sinon dans l'idée, de l'échange pluridisciplinaire, c'est bien.

ML : Et au niveau temps, pour vous est-ce que c'est un gain de temps ? Une perte de temps ?... neutre ?

Participant 5 : Ouais, neutre. Bah ça, cette histoire de bien refaire le traitement à la sortie du patient je trouve que c'est vraiment un gain de temps, et puis le fait qu'il est sa première ordonnance c'est bien parce que déjà, il sort de l'hôpital, il sait que son traitement à changé... après, ça aurait pu être fait sans que ça fasse partit d'un parcours de soins particulièrement quoi, juste par l'hôpital quoi. C'est pas forcément, parce que c'est par le PAERPA que... enfin il me semble que ça pourrait être euh... mais ça c'est le côté hôpital parce que c'est vrai qu'en ville... l'avantage je ne le vois pas trop.

ML : Et pour les patients ? Est ce que vous pensez que ça peut être bénéfique pour les patients, ou est-ce que vous avez des idées du vécu des patients ?

Participant 5 : Pas d'idée, comme je dis, les derniers à qui j'en ai reparlé, j'ai « non non non, je ne veux pas être embêté », je leur dis « bah si, voir un petit peu... », une fois qu'ils étaient rentrés, on leur en avait sûrement parlé hein, mais ils sont pas du tout... ils s'attendant pas en sortant qu'on vienne les voir pour leur en parler. Et puis si le délais est trop long... bah après quand on leur en parle, c'est tout quoi, ils ont retrouvé leur petite vie... j'ai pas de retour, excepté celle qui avait un MMS trop bas, qui avait pas pu être prise, et celle qui m'a dit « non non, ça sert à rien », pourtant ça avait l'air bien, après je peux comprendre qu'ils peuvent pas venir super régulièrement, mais c'est vrai que du coup, ça met un peu l'eau à la bouche du patient et puis finalement, il n'y a eu qu'une seule séance donc c'est pas... Dans l'idée je trouve que c'est vachement bien... j'ai pas de retour... j'ai pas eu de mauvais retour, mais j'ai pas eu de retour exceptionnel là dessus en disant « c'est super ce projet »... bon après les patients ils vont dire rarement « c'est super ce projet » mais bon, voilà.

ML : Ça marche.

Participant 5 : C'est que dans le coin, ou il y en a sur Lille ?

ML : C'est que sur Denain. Le projet PAERPA , après il y a 9 zones en France, mais ici c'est uniquement sur le Valenciennois-Quercitain, mais la conciliation médicamenteuse dans le cadre du PAERPA, c'est que sur Denain. Après, ils font de la conciliation médicamenteuse à Valenciennes si ils veulent, mais dans le cadre du PAERPA c'est que sur Denain.

Participant 5 : D'accord, OK. En même temps c'est la seule chose que je retiens de positif. Enfin ... oui c'est pour ça je me disais « qu'est ce que je vais lui raconter » parce que j'avoue que... j'attendais plus de chose que... en même temps je ne savais pas ce que j'attendais donc c'est difficile de... le jour ou on s'est retrouvé, c'était assez difficile de faire avancer les choses donc... mais c'est vrai que parler entre confrères c'est pas... c'est pas forcément facile quoi. Arriver à se réunir... après au départ comme je disais, ça a été un petit peu biaisé... ce qui est dommage quoi. Mais bon. C'est vrai que ça, c'est à peut

prêt le seul truc que je retiens, je me dis « ah c'est vrai », non ça c'est bien, ça [le courrier de synthèse médicamenteuse] c'est très bien j'avoue (rires).

ML : Si vous deviez apporter un changement à ce projet PAERPA, que feriez-vous... même si vous avez déjà en partie répondu à cette question ?

Participant 5 : Changer vraiment... il faudrait peut-être simplement qu'il y ait un carnet de liaison, ou chacun est passé met un petit mot...

ML : Au domicile du patient ?

Participant 5 : Voilà, qui reste avec le patient. Au moins, sortie d'hôpital, telle chose, tout ça ça peut être remis dessus... qu'au moins chacun sache de que l'autre à fait, et que ça permette la conversation qu'on aura pas forcément pour chaque patient de vive voix, mais ça nous ferait un lien quoi. Ouais ça ça serait pas mal. Sinon ... à changer, dans l'idée c'est pas mal après c'est pouvoir... pouvoir le faire, parce que les équipes de psy, je pense aussi que ça doit être super long pour avoir, ça doit être difficile pour elle j'imagine, il doit n'y avoir qu'une équipe, ça doit pas être évident non plus, ils ne peuvent pas être partout. Dans l'idée c'est bien, après je pense que ça nécessiterait d'avoir beaucoup plus de gens. Je pense.

ML : C'est vrai, je ne sais pas trop quels délais ils ont pour l'équipe mobile de psychiatrie... mais en tout cas je comprends.

Participant 5 : J'imagine que ça doit être au moins un mois voir six semaines pour ce que j'en avais vu. Après je veux dire, c'est bien, c'est super, ma patiente, j'étais super contente de pouvoir le proposer. J'étais un peu déçue derrière, ben du ressenti de la patiente... après... on en fera jamais assez quoi, donc j'étais un peu... c'est vrai qu'après ils peuvent pas non plus repasser...

ML : Vous n'avez pas relancé Madame Becque là-dessus ?

Participant 5 : Non, non c'est vrai que je n'ai pas... on ne se voit pas beaucoup non plus, c'est vrai qu'elle est venue là récemment, on a parlé un petit peu des dossiers en cours, des personnes qui allaient sortir tout ça, c'est vrai que... non j'ai pas... j'ai ses coordonnées quand même. Elle m'a dit, vous pouvez m'appeler, mais non je n'y pense pas quoi, en fait. Je n'y pense pas.

ML : OK. Ma dernière question c'est de savoir si vous avez quelque chose à ajouter sur le projet PAERPA ?

Participant 5 : Ben non... Non c'est un beau projet dans l'idée, après ça demande que tout le monde soit au courant . C'est le problème. Que ça soit une interaction, et pas une personne par ci, une personne par là. C'est ça, je crois, qui pêche, c'est qu'on est pas tous... Après les pharmaciens sont pas mal au courant eux je pense, donc euh... ils sont très... enfin ils sont bien au courant... Après, tous nos patients sortent pas de l'hôpital non plus quoi hein... c'est sur que de notre côté, on devrait aussi relancer mais on voit pas toujours l'intérêt, ce que l'on peut en retirer... enfin ce que le patient peut en retirer. Si il y a des choses bien spécifiques, là la consultation psy c'était vraiment important, l'aide pour marcher. Après, chaque personne je ne vais pas demander... alors qu'ils pourraient tous

en avoir besoin, je veux dire, si on commence, ils peuvent passer chez tout le monde, ça pourrait faire du bien à tout le monde. Des fois quand on y pense on nous dit que c'est pas possible quoi donc ça... mais sinon c'est un beau projet.

ML : OK ça marche. Bah, merci beaucoup, vous voyez, vous avez eu des choses à dire... bah manifestement...

Participant 5 : [regarde l'heure] Ah oui, a priori...

Entretien n° 6

Retranscription en verbatim à l'aide du dictaphone Olympus Digital Voice recorder VN-3100PC

Durée interview : 20'43

Ci-dessous, l'investigateur de l'étude, Maxime LOTIN est appelé «ML» ; le participant est appelé «Participant 6», numéro de l'entretien.

ML : Comment définiriez-vous la place de la gériatrie dans votre activité quotidienne ?
(Question1)

Participant 6 : Euh... c'est une place qui est... comment dirais-je ? Qui va de soi. La population vieillit, en médecine générale on ne peut pas occulter la gériatrie, c'est pourquoi j'ai tiqué tout à l'heure de voir un interne qui veut exercer à l'hôpital et qui fait un stage de médecine générale alors que le contraire serait plutôt intéressant. C'est à dire, un médecin généraliste ne peut pas s'installer actuellement s'il a pas de notion de gériatrie. Voilà donc la place de la gériatrie en médecine générale c'est quasiment... moi je dirais 60% de la médecine générale.

ML : D'accord. Comment vous avez eu connaissance du projet PAERPA ? **(Question2)**

Participant 6 : Ça nous a été proposé par l'ARS. On a trouvé que c'était un projet très très intéressant et puis on s'y est adapté. Voilà. Vu notre exercice, vu le vieillissement de la population, un projet de ce genre n'a pas vocation de rester en gériatrie, c'est un projet qui a vocation à s'élargir dans d'autres pathologies. Quand vous prenez le PPS, quand vous prenez le PPS soit conciliation médicamenteuse, soit le PPS autre, vous voyez que c'est un suivi... un suivi qui est très intéressant non seulement pour le patient mais aussi pour les professionnels de santé de le cadre de la coordination. Voilà, étant en maison de santé, la coordination c'est quand même notre objectif principal.

ML : Est-ce que vous avez rencontré une animatrice territoriale ?

Participant 6 : Oui, plusieurs animatrices, tout à fait, avec qui on a fait la formation d'ailleurs.

ML : Oui alors c'est vrai que vous, si je ne me trompe pas, non seulement vous avez participé à la formation, mais vous l'avez aussi organisé ?

Participant 6 : Aussi, tout à fait. On a organisé la formation dans le cadre de la vue du projet PAERPA, avec un organisme, que je ne vais pas citer là-dessus mais...

ML : OK... du coup, l'animatrice territoriale, est-ce que vous savez définir son rôle dans le PAERPA ? **(Question 4)**

Participant 6 : Oh c'est un rôle prépondérant, puisqu'elle permet déjà de vulgariser le projet, processus par rapport aux médecins qui ne sont pas encore au courant du processus. Donc le fait qu'elle aille au contacts des professionnels de santé, que ce soit les

médecins ou que ce soit les autres professionnels de santé, c'est quand même un rôle prépondérant de vulgarisation du processus. Donc c'est pas par les médias ou par les conférences que les professionnels de santé vont apprendre l'existence du projet, ce rôle me paraît prédominant. C'est comme euh... une visiteuse médicale, mais qui va présenter quelque chose de plus intéressant qu'un médicament.

ML : OK. Qu'est-ce que vous en pensez de leurs interventions ?

Participant 6 : C'est-à-dire ?

ML : Est-ce que vous trouvez ça nécessaire, est ce que... ?

Participant 6 : Je trouve ça nécessaire. Maintenant je ne veux pas rentrer dans la façon dont l'une ou l'autre présente le projet, mais d'une façon générale c'est un poste qui me paraît fort intéressant, vis-à-vis du projet, et vis-à-vis d'une information auprès des professionnels de santé.

ML : Et le fait que ce sont les professionnels dans le cadre du PAERPA qui ne sont pas de formation médicale, qu'est-ce que vous en pensez ?

Participant 6 : Ce n'est pas dérangeant, mais ça aurait été mieux que ce soit un professionnel de santé. Même si c'était un para-médical ça serait plus intéressant, parce qu'elle serait de quoi elle parle. Et ça vient aussi... ils ont quand même un rôle qui vient... entacher... peut-être qu'entacher ce n'est pas le mot, qui vient s'immiscer dans le domaine médicale, dans le domaine para-médico-médical. Est-ce que ça ne met pas en péril le secret médical ? Je ne sais pas. Dans les structures de santé comme les maisons médicales, le secret se partage entre professionnels de santé. Donc même, ces personnes n'étant pas des professionnels de santé, est-ce qu'on ne va pas à l'encontre du secret médical ? Est-ce qu'on ne brise pas un tabou qui est déjà existant ? Est-ce qu'on ne franchit pas un interdit, je ne sais pas. Compte-tenu du projet, qui a quand même une envergure nationale, je pense quand même que ceux qui ont initié le projet ont pensé à cela. Voilà. Mais ce serait mieux, beaucoup mieux, beaucoup plus adapté que ce soit un professionnel de santé... une infirmière, une aide soignante, ou autre.

ML : Est-ce que vous envisageriez le projet PAERPA sans animatrice territoriale ?

Participant 6 : Non. Pas du tout. [rires] Non, pas du tout. Mais une animatrice territoriale, si elle était professionnelle de santé, serait le maillon, peut-être pas central, mais l'un des maillons nécessaire pour la vulgarisation de ce projet.

ML : Qu'est-ce qui vous a donné envie de participer au projet PAERPA ? **(Question 3)**

Participant 6 : La coordination. La coordination interne, entres professionnels de santé. La coordination externe avec les structures externes à la maison de santé : l'hôpital, les centres de gériatrie, les autres maisons de santé, d'autres professionnels extra-muros... donc voilà, c'est vraiment un parcours qui permet de coordonner un tout petit peu les acteurs de soin, qui vise la gériatrie.

ML : Vous parlez de coordination, quels contacts vous avez avec les autres professionnels de santé, que ça soit hospitaliers ou libéraux, les infirmiers, les pharmaciens ? **(Question 6)**

Participant 6 : Alors les pharmacies. On a une structure déjà qui permet... qui regroupe des généralistes, des infirmières, des kinés, des pharmaciens, et des diététiciens.

ML : Dans la maison médicale ici ?

Participant 6 : Dans la maison de santé. Donc ça facilite les choses, ça facilite la communication. Et ça pourrait aussi faciliter la mise en place d'un projet . Mais on a aussi des contacts, qui restent très informels, avec la gériatrie de Denain, ce sont des contacts personnels, mais qui ne sont pas formalisés, entre la structure, et le service de gériatrie. Ça c'est ce que je déplore le plus, parce qu'il n'y a pas de suivi. Il n'y a pas de suivi des patients qui... bénéficient du PPS, qu'ils soient nos patients ou hors structure, il n'y a pas vraiment cette relation formalisée entre la maison de santé et le service de gériatrie quoi.

ML : Sur la forme ou sur le contenu ? Est-ce que ce n'est pas formalisé parce que ça n'est pas écrit sur papier, ou est-ce que vous pensez qu'il y aurait besoin de se voir de visu pour discuter des patients ?

Participant 6 : Entre autres, pourquoi pas. Ce serait peut-être pas mal de se voir, et de faire un suivi ; Un suivi du patient. Voyez ? Non ça serait pas mal de mettre en place une sorte de convention formalisée qui nous permette de travailler en coordination entre les deux structures.

ML : Le PAERPA, le PPS de conciliation médicamenteuse, vous trouvez que c'est une intervention assez formalisée ?

Participant 6 : Ce n'est pas le PPS que je remet en cause. Je propose une formalisation de coordination de travail entre le service de gériatrie et la maison de santé. Maisons de santé qui ont vocation à travailler sur le PAERPA. Mais ce n'est pas le PPS qui est remis en cause.

ML : D'accord. Vous connaissez l'intervention des pharmaciens de ville dans le cadre du PAERPA ? **(Question 5)**

Participant 6 : Bien sur, tout à fait.

ML : Et qu'est-ce que vous pensez de cette intervention ?

Participant 6 : Chacun a son rôle. Chacun a son rôle dans le PPS, chacun a son rôle dans le PAERPA. Voilà. Et honnêtement moi je n'ai pas constaté que les uns marchaient sur les plates-bandes des autres. Voilà, le fait de vulgariser, le fait de diversifier les rôles dans le PPS, c'est quelque chose qui améliore forcément cette prise en charge. C'est quelque chose qui améliore la prise en charge des uns et des autres autour du patient. Donc s'il n'y avait qu'un médecin qu'une infirmière, que ferait le pharmacien ? Ça serait plus que chronophage. Plus il y a d'interventions, d'intervenants, mieux ça sera, mais il faudra que ces intervenants est une coordination formalisée. Et cette coordination elle est formalisée sur le PPS.

ML : Cette coordination elle est formalisée sur le PPS, donc finalement vous vous y retrouvez avec le PPS ?

Participant 6 : Tout à fait.

ML : D'accord.

Participant 6 : On n'en a pas fait énormément parce qu'il n'y que... il y a la maison de santé qui travaille... qui est considérée comme un outils... pas très connu quand même dans la région, honnêtement, personne ne sait vraiment encore à quoi servent les maisons de santé. On a essayé de vulgariser... le rôle de la maison de santé, on a essayé de diffuser le rôle des maisons de santé mais... c'est un petit peu considéré dans notre coin comme une structure de copinage alors que.... ce n'est pas le cas. Ce n'est pas le cas. Maintenant ce n'est plus à nous de faire des efforts là dessus, il y a des institutions qui sont présentes comme l'URPS, et même l'ARS qui pourraient essayer de vulgariser d'avantage le rôle des maisons de santé vis-à-vis des autres professionnels de santé. Parce qu'une maison de santé n'a pas vocation à rester en l'état, elle a vocation à grandir, à devenir un pôle de santé pour améliorer également le travail des professionnels de santé, pour le bénéfice du patient. Donc plus on est nombreux à travailler dans cette coordination mieux ce sera, mieux ce sera. Donc coordination PAERPA, ça vient directement dans le fonctionnement d'une maison de santé. Ça ne vient que confirmer le rôle de la maison de santé. Donc ça va de soi, ça va de soi qu'on puisse travailler dans le PAERPA. Je ne vois pas comment une maison de santé peut être mise en place, et ne pas travailler dans le PAERPA... c'est un peu antinomique.

ML : Qu'est-ce que vous pensez de la conciliation médicamenteuse, faite à l'hôpital de Denain ?

Participant 6 : Mais oui. Déjà en général, la conciliation médicamenteuse permet d'optimiser le traitement médicamenteux qui est initié aussi bien par le médecin généraliste, aussi bien par l'hôpital. Donc le fait qu'il y est plusieurs... un œil nouveau sur le traitement du médecin, initié en ville, honnêtement ça permet d'améliorer les choses. Parce qu'on ne sait pas tout. Quand on est médecin, on doit savoir qu'on ne sait rien. Déjà. Quand on ne sait pas grand chose, on doit pouvoir s'améliorer, c'est pour cela qu'il y a des formations, des DPC, et quand un processus comme celui là qui vient aider le médecin dans la surveillance médicamenteuse, surveillance est un grand mot, dans la conciliation médicamenteuse, c'est quand même quelque chose de révolutionnaire. Peut-être pas révolutionnaire, mais de nouveau. Mais le problème c'est que certains médecins travaillent encore comme dans les années 1960 1970, ou le médecin est très indépendant. Tellement indépendant qu'il ne veut pas que quelqu'un d'autre s'immisce dans sa prescription...

ML : Ce qui n'est pas votre cas.

Participant 6 : Justement ce qui n'est pas mon cas, absolument. Il faut qu'on essaie de changer notre façon de fonctionner, on essaie d'améliorer notre façon de fonctionner, il n'y a que dans cette façon là, qui permettra d'améliorer aussi notre prise en charge du patient. Donc plus on aura d'intervenants, mieux ce sera. Mais il faut que les intervenants soient coordonnés.

ML : Quels avantages vous voyez au PAERPA, que ce soit pour vous ou pour le patient ?
(Question 3)

Participant 6 : C'est l'amélioration de la prise en charge. Honnêtement, ça permet aussi de déléster certains... certaines surveillances aux para-médicaux, aux intervenants à domicile. Voilà, donc le médecin n'a plus le temps de voir le patient toutes les semaines, ou tous les mois. Plus les années vont passer, pire ce sera, puisque vous les jeunes médecins, malgré que vous soyez très motivés, il n'y a qu'un petit pourcentage qui s'installe en médecine générale. D'où la délégation de tâches. Le PAERPA permet aussi cette délégation de tâches. Et permet de faire intervenir des para-médicaux à domicile pour la surveillance... générale. Voilà, surveillance des tensions, surveillance des traitements, toujours sous la responsabilité du médecin. Donc ça améliore la prise en charge du patient, ça sécurise le patient, ça déleste le médecin, qui peut vaquer à d'autres occupations, au suivi d'autres patients. C'est quand même un gain pour tous, surtout pour le patient. Parce que si le patient reste deux mois sans voir le médecin, il y aura au moins un para-médical qui fera le suivi. Et ce suivi quand il est coordonné par le PAERPA, ça ne peut qu'améliorer les choses.

ML : Et comme inconvénients, quels inconvénients vous verriez au PAERPA ?

Participant 6 : Le transfert de données. C'est-à-dire, les patients qui font bénéficier du PAERPA sont le plus souvent, des patients que l'on voit à domicile. Voilà, ils sont plus de soixante quinze ans, ils habitent... ils peuvent se déplacer, mais tous ne se déplacent pas. Donc on les voit principalement à domicile, ce qui fait qu'on crée un dossier au domicile qui est difficilement transférable au dossier informatisé du cabinet. Donc ça c'est le transfert de données qui est un peu difficile. Maintenant nous sommes entrain d'imaginer des outils qui pourraient être déportés au domicile, ou on recueille les informations du domicile et on transfère les données au cabinet. Donc ça c'est en cours de mise en place... en cours de réflexion plutôt. Mais, c'est le transfert de données qui me paraît un peu scabreux et un peu chronophage. Voilà, on ne peut pas tout le temps arriver au domicile avec un PC ou alors transporter le dossier au domicile pour venir le transcrire dans l'ordinateur.

ML : Si vous aviez un changement à apporter au projet PAERPA, qu'est ce que vous feriez ? **(Question 7)**

Participant 6 : Ben ça [rires], juste ça. Améliorer le transfert de données. Mettre en place les outils nécessaires qui permettent le changement... le transfert de ces données entre le domicile et le cabinet. Bon éventuellement, quand même, pour nous, il faut quand même mettre en place un poste de coordination, une infirmière coordinatrice peut-être qui ne fait que suivre les dossiers coordonnés. Parce que le PAERPA, comme on le disait tout à l'heure à vocation à s'étendre aux autres pathologies. Voilà, donc ça restera PAERPA pour la personne âgée, mais le modèle PAERPA on aimerait bien l'étendre sur d'autres pathologies et cette infirmière coordinatrice pourrait effectivement coordonner un petit peu le suivi de ces patients.

ML : Ce que vous me décrivez, est-ce que c'est le rôle de l'animatrice territoriale ou est-ce que c'est autre chose ?

Participant 6 : Non, c'est autre chose.

ML : Qu'est-ce que vous imaginez alors en terme de coordination ?

Participant 6 : C'est ce que je viens de vous dire, c'est que comme les données sont difficilement transférables, il faut quelqu'un qui ne s'occupe que de ça, ces données, qui sont des données papier, pourraient être transférées facilement par la personne qu'on appellerait éventuellement infirmière coordinatrice. Si ces données étaient sur informatique, cette personne qu'on appellerait infirmière coordinatrice pourrait les transférer dans le dossier médical. Ça permettrait aussi de la visibilité. Puisque nous faisons aussi ce que nous appelons RCP, réunion de concertation pluri-professionnelle, on a les données informatisées au domicile, ça nous évite de transporter le dossier du patient, et le ramener au cabinet, et le retransporter pour le déposer au domicile. C'est un peu ça.

ML : OK. Dernière question, est-ce que vous avez quelque chose à ajouter par rapport au PAERPA qui n'aurait pas été évoqué avant ? **(Question 8)**

Participant 6 : Ben... je trouve qu'on en parle plus assez [rires], je trouve qu'on en parle plus assez. Dans cette dynamique d'élargissement, depuis un certain temps, moi je n'ai plus de nouvelle des animatrices territoriales, je ne sais pas si elles sont encore en place. Il faut redynamiser les choses, il faut un suivi... Il faut pas que ce soit un feu de paille. Parce qu'il y a un ou deux ans, on était dans le feu de paille de l'instauration, de la mise en place... mais depuis quasiment six mois, un an, moi je n'ai pas de nouvelle. Je n'ai pas de nouvelle, je ne sais pas si les animatrices... les déléguées territoriales plutôt continuent de contacter les autres professionnels de santé, quels sont les retours ? Quels sont les suivis par rapport à la mise en place du projet ? Silence radio.

ML : A ce sujet là, est-ce que vous trouvez que les professionnels de santé avec qui vous travaillez sont formés et au courant du projet PAERPA ?

Participant 6 : Pas tous. Dans la maison de santé, honnêtement, on a trois professionnels très impliqués. Un médecin et deux infirmières. Elles sont très très impliquées et donc je trouve que c'est aussi à nous de pouvoir vulgariser... mais le rôle des animatrices territoriales, animatrices et animateurs puisqu'il y a aussi des hommes serait là, résiderait dans ce domaine là. Il faudrait que dans les structures qui sont motivées, il faudrait que toutes les personnes, tous les professionnels faisant partie de la structure soient impliqués. Donc voilà, on les prend... il faudrait que ces animateurs et animatrices puissent intervenir là dessus, aussi bien pour les personnes qui ne sont pas au courant du projet que pour les personnes qui sont au courant mais qui ne sont pas encore impliquées.

ML : D'accord. Bon, j'en ai finis, merci beaucoup.

Participant 6 : C'est parfait, si ça peut t'aider...

ML : C'est parfait .

Entretien n° 7

Retranscription en verbatim à l'aide du dictaphone Olympus Digital Voice recorder VN-3100PC

Durée interview : 23min 30sec

Ci-dessous, l'investigateur de l'étude, Maxime LOTIN est appelé «ML» ; le participant est appelé «Participant 7», numéro de l'entretien.

ML : Comment définiriez-vous la place de la gériatrie dans votre activité quotidienne ?
(Question 1)

Participant 7 : Importante de toute façon... alors je vais faire une réponse un peu... Les patients qu'on voit depuis quelques années, on ne les voit pas forcément vieillir, donc on ne les voit pas arriver vers la gériatrie... mais on en a de plus en plus parce que... la population vieillissante... je sais pas si...(rires)

ML : D'accord. Comment vous avez eu connaissance du projet PAERPA ? **(Question 2)**

Participant 7 : Euh... Parce qu'on est maison de santé et... c'est la plate-forme ... c'est vrai que j'ai essayé de m'y impliquer au départ, et puis de plus en plus... moi le projet PAERPA je n'ai pas eu l'impression qu'il m'apportait un plus parce que c'est des choses que je faisais déjà avant... des patients... sans que ce soit forcément cadré. Donc le fait qu'on soit dans la maison de santé, mais pas que forcément, ça nous a été présenté par euh... je peux donner le nom ? Par Madame Becque, par Sophie Becque qui fait partie du groupe pilote, que vous devez connaître.

ML : Tout à fait.

Participant 7 : Donc c'est elle qui nous a présenté le projet PAERPA. Après j'ai fait une formation qui a duré... que je ne dise pas de bêtise, on oublie vite... c'était sur deux jours ou sur trois jours, qui a permis d'aller un petit plus loin dans la mise en place, mais c'est surtout au travers de Sophie Becque que...

ML : Et alors qu'est-ce qui vous avez intéressé au départ dans le projet PAERPA ?

Participant 7 : Eh bien la formalisation... parce que moi quand je me suis installée, j'étais un petit peu perdue dans la prise en charge des personnes âgées, par les différentes structures, par les différents organismes qu'on pouvait contacter pour aider... comment dire... à l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées. La formalisation alors... il y a plus de choses qui m'ont déplu en fait (rires). Mais c'est vrai que cette formalisation, c'est parfaitement cadré, et ça permet de guider un peu, je pense surtout pour un jeune médecin qui vient de s'installer... moi ça fait des années que je suis installée... ben de savoir vers qui on peut s'orienter, et puis ça permet aussi de faciliter le lien entre les différents professionnels de santé... quand on ne se connaît pas toujours... nous on est une maison de santé donc c'est un peu biaisé du coup. Mais quand il y a des professionnels de santé qui sont dispatchés... Ça a permis quand même d'améliorer... de renforcer la communication.

ML : D'accord. Alors l'intervention du projet PAERPA que j'évalue plus spécifiquement c'est la conciliation médicamenteuse qui est faite à l'hôpital de Denain : Le patient est inclut à l'hôpital de Denain, il y a une conciliation médicamenteuse qui est faite, et quand le patient sort de l'hôpital, il a un plan de prise des médicaments qui lui est donné pour lui expliquer quand il prend quel médicament, et normalement, vous et le pharmacien, recevez ce courrier de synthèse médicamenteuse[exemples de documents montrés]. Qu'est ce que vous en pensez...

Participant 7 : C'est une très bonne chose.

ML : ... de l'un et l'autre de ces documents ? **(Question 3)**

Participant 7 : Alors cela là[le courrier de synthèse médicamenteuse] j'ai l'habitude de le voir passer, celui ci...

ML : C'est un plan de prise pour les patients

Participant 7 : Ah oui... oui, oui, d'accord, très bien. Pour le patient c'est très bien, c'est impeccable, ça permet de bien visualiser les choses. Ça [le courrier de synthèse médicamenteuse] c'est très bien parce qu'en fait avant, on avait des patients qui rentraient à l'hôpital, qui étaient pris en charge, qui ressortaient avec le traitement qui était modifié et on ne savait pas pourquoi. Et on repartait souvent avec l'ancien traitement, parce qu'on ne comprenait pas, même si le courrier était en général détaillé, mais c'est vrai que là du coup, tout de suite, on visualise, et puis des commentaires, pourquoi ça a été modifié. C'est vraiment un très très bon document, ça j'adhère complètement.

ML : D'accord. Par rapport à la conciliation médicamenteuse en elle-même, qu'est ce que vous en pensez ?

Participant 7 : ... j'ai du mal. J'ai du mal parce qu'au final... au début du projet, on avait quelques retours, et on sait pas trop... a part pour ce document, on sait pas trop comment ça se passe pour les patients. Enfin moi personnellement je... ou alors c'est parce que je m'y suis moins intéressé mais... j'ai pas vraiment... on a pas vraiment de retour par rapport à ça. Ça se fait à l'hôpital, il y a un document qui sort de l'hôpital, c'est une bonne chose parce que j'espère que c'est expliqué au patient comme il faut... mais si parfois on a quand même des patients qui ont du mal malheureusement à intégrer les choses, mais on a pas réellement de retour quoi.

ML : Le retour sur les prescriptions ? Le retour sur... ?

Participant 7 : Le retour sur la façon dont c'est fait.

ML : Sur le pourquoi on change les traitements ?

Participant 7 : Non ça c'est sur le document, je ne comprend pas très bien...

ML : Sur comment est faite la conciliation ?

Participant 7 : Oui, sur comment ça se passe pour le patient, concrètement.

ML : D'accord.

Participant 7 : Oui on a pas tellement d'information. J'imagine que c'est le pharmacien...

ML : C'est le gériatre, le pharmacien hospitalier et l'infirmière de l'équipe mobile qui font en fonction des antécédents... voilà ils font une liste des antécédents, une liste des traitements, et ils font le match entre les antécédents et les traitements, ils essaient d'optimiser, de simplifier.

Participant 7 : Est-ce que c'est expliqué au patient ?

ML : Que cette intervention là est faite ?

Participant 7 : Oui.

ML : La question se pose.

Participant 7 : Parce que c'est important. Parce que lui il a son traitement à la maison, il connaît ses médicaments, il connaît ses boîtes de médicament surtout, et puis quand il ressort... voilà je sais pas comment c'est fait concrètement pour le patient.

ML : Vous pensez que ça peut les perdre les patients ?

Participant 7 : Ça pourrait les perdre si c'est pas expliqué que... après c'est une organisation hein, que à la sortie de l'hôpital on explique « voilà vous aviez tel traitement, on a arrêté pour telle raison ». Que ce soit expliqué au patient directement, oui c'est important.

ML : D'accord.

Participant 7 : C'est pas fait ? Vous savez pas ?

ML : Il y a un autre interne qui fait l'évaluation du projet PAERPA auprès des acteurs hospitaliers... moi il me semble qu'on leur en parle quand même... dans quelle mesure après...

Participant 7 : D'accord.

ML : OK. Par rapport à la conciliation médicamenteuse, est-ce que ça vous embête qu'il y est un autre médecin qui ait un regard sur vos prescriptions, que vos prescriptions elles soient changées à l'hôpital ?

Participant 7 : Non pas du tout, à partir du moment donné ou ça a été fait comme ça ou c'est justifié. Et de façon générale quand on envoie un patient qui est polymédiqué... On l'envoie pas seulement pour un problème de... enfin si... problème de chute... quel est l'exemple que je pourrais prendre ? En général quand il arrive à l'hôpital c'est qu'il y a un problème aigu, important, et qui nécessite justement de tout réévaluer et de tout reprendre à la base quoi. Donc non non non, à partir du moment où c'est expliqué et que c'est justifié, c'est toujours justifié un changement de traitement, et surtout expliqué quoi, des deux côtés. C'est ce que je vous disais, avant on avait des patients, ils rentraient à

l'hôpital avec leurs traitements, ils sortaient tout avait été modifié, et on ne savait pas pourquoi, on avait aucune explication.

ML : Finalement ce qui est important c'est ce lien, cette communication entre l'hôpital et ce que vous vous faites.

Participant 7 : Oui. Sinon c'est forcément, ils reviennent en ville, le premier réflexe qu'on aura, c'est ben on comprend pas pourquoi le traitement il a été modifié, on remet ce qu'il y avait avant.

ML : Et du coup, la communication que vous avez avec l'hôpital, vous avez l'air de dire que c'est satisfaisant ? **(Question 6)**

Participant 7 : Ah ben cette fiche là [le courrier de synthèse médicamenteuse] elle est top. Ça je le dis pas parce que c'est... c'est toujours *** la chef de...

ML : A Denain ? Oui c'est la chef du service à Denain, mais c'est le Docteur *** qui est de l'équipe mobile de gériatrie.

Participant 7 : Parce que bon... je les apprécie... mais si si, les fiches, ça permet vraiment un échange et ça permet de savoir où on va.

ML : D'accord. Est-ce que vous connaissez l'intervention des pharmaciens de ville dans la prise en charge des patients dans le PAERPA et la conciliation médicamenteuse ? **(Question 5)**

Participant 7 : Donc... dans la maison de santé on était avec une pharmacienne qui a... qui a quitté... mais qui est toujours très impliquée d'ailleurs. Je ne sais pas si vous voyez les pharmaciens aussi ?

ML : Alors il y a une externe en pharmacie qui voit les pharmaciens de ville et on regroupera à la fin mais pour l'instant je ne sais pas.

Participant 7 : Elle sera certainement vue. Donc ils vont auprès des patients, ils regardent ce qu'il y a comme euh... ils font un peu ce que je... enfin moi je le faisais... je le fais encore de temps en temps : aller on sort toutes les boîtes de médicaments, et puis on regarde, et puis on refait un peu le point avec le ... Alors ils regardent les boîtes de médicaments, ce qu'il y a en plus, ce qu'il y a en trop, s'il y a des médicaments qui sont périmés. Ils interviennent à ce niveau là et ils font le point, vraiment de façon très personnalisée avec les patients. Ça c'est l'intervention qui est faite en ville.

ML : Alors il y a effectivement la révision de l'armoire à pharmacie...

Participant 7 : L'explication du traitement... après j'en oublie certainement, mais c'est un travail qui est très intéressant. Et que les patients n'avaient pas l'habitude de voir avant puisque le pharmacien n'intervenait pas au domicile du patient. Sauf parfois pour déposer les médicaments, parce que c'était des patients à mobilité réduite.

ML : Alors qu'est-ce que vous pensez de leur intervention ?

Participant 7 : Super. Très bien. Et puis nous ça nous facilite la tâche aussi. Ça permet aussi un meilleur échange avec le pharmacien.

ML : Sur quels points ça vous facilite la tâche ?

Participant 7 : Ben... moi ça m'arrive de temps en temps, ça m'arrive de moins en moins et puis de... voilà... (rires)... si le pharmacien prend ce relais là, c'est vrai que ça nous fait gagner du temps. Ils maîtrisent quand même mieux... enfin je pense qu'il maîtrise quand même mieux cet aspect là le pharmacien.

ML : Et vous pensez que c'est bien perçu par les patients, les intervention du pharmacien ?

Participant 7 : Ça dépend comment c'est présenté. Si c'est son pharmacien, que son pharmacien l'appelle, je pense qu'ils le font, qu'ils prennent rendez-vous, ils arrivent pas comme ça.... En général je pense que oui les patients apprécient parce que ça montre quand une implication du patient, et des professionnels de santé à son problème. Donc oui je pense, je n'ai pas eu de mauvais retour par rapport à ça. De la part de mes quelques patients qui en ont bénéficié, je n'ai pas eu de mauvais retour.

ML : D'accord. Par rapport à Madame Becque, l'animatrice territoriale, qu'est-ce que vous pensez de son rôle ? Je pense que vous connaissez ses différentes missions ? (**Question 4**)

Participant 7 : Oui. Alors je pense qu'au début ça a été un peu mal... enfin c'est difficile en maison de santé, c'était assez compliqué... enfin vous, vous travaillez avec elle ?

ML : Oui oui, je la vois régulièrement.

Participant 7 : Alors elle vous confirmera, ou pas d'ailleurs, on a une infirmière qui est assez... qui fait de la formation d'ailleurs sur le PAERPA. Madame *** pour ne pas la citer, je ne sais pas si vous avez vu passer son nom ? Qui a une tendance à vouloir s'accaparer, donc c'est vrai qu'au début ça a été... Moi je l'ai très bien pris parce que je l'ai sentit vraiment comme un accompagnement. Après on s'est posé la question sur... elle vient de l'administratif, elle est pas du corps médical, et ça a pu poser problème. Mais moi j'ai vu ça plus comme un projet d'ensemble, ou on travaille avec différentes personnes globalement, et de toute façon les dossiers passent entre leurs mains. Mais c'est vrai qu'il y a eu cet aspect qui a posé problème à beaucoup de professionnels de santé. Voilà, elle est administratif, elle est pas du corps médical, elle est pas professionnelle de santé et : ou s'arrête le secret médical ? Il y a cette problématique. Mais voilà c'est... au début quand il y a eu l'initiation du projet, c'était quand même un bel accompagnement. Après ou est-ce qu'il fallait s'arrêter au niveau du dossier médical du patient ? Parce que les dossiers passaient quand même dans ses mains, elle récupérait les dossiers. Pas que les dossiers côté administratif, côté médical, alors j'en ai pas ici... J'en ai rempli quelques uns de dossiers PAERPA, et moi je suis une très mauvaise élève parce que j'ai commencé à les remplir, et je n'ai pas été jusqu'à la fin parce que ça prenait trop de temps. Voilà, réaliser les dossiers c'était vraiment... c'est chronophage... Mais bon il y avait cette limite là, qui était mal définie, qui pouvait mettre mal à l'aise. Mais l'accompagnement était intéressant parce qu'on découvrait la mise en place du dossier, et je pense qu'on avait besoin de cet accompagnement. Je pense que ça aurait été mieux si ça avait été fait par un médecin.

Ou un professionnel de santé, un infirmier ou... ça aurait été mieux, ça aurait été plus adapté.

ML : Et qu'est-ce que vous penseriez du projet PAERPA sans les animateurs territoriaux ?

Participant 7 : On aurait encore plus de mal à les mettre en place (rires). Honnêtement. Moi j'avais demandé à un moment... je n'ai pas insisté... j'avais trouvé... c'était par le biais de Madame Becque d'ailleurs, je ne sais pas si c'est remonté... Alors c'est Madame *** je crois, qui chapeaute un petit peu... voilà, qu'on puisse rencontrer, ou elle, ou ... mais médical, un professionnel de santé. Je pense que ça n'a pas pu se faire et que ça aurait été un peu compliqué... mais ça aurait été bien qu'on puisse. Alors la formation qu'on a fait, à laquelle j'ai assisté, c'était fait par un gériatre, mais pas de la région, qui connaissait pas forcément les... les différents modes de fonctionnement de la région. Mais ça aurait été bien si cet accompagnement au début avait pu être fait... et je pense que ça serait peut-être mieux passé auprès des médecins, auprès des professionnels de santé... l'accompagnement. Après c'est compliqué à mettre en place... je suis peut-être la première à en avoir conscience. Mais ça aurait peut-être été mieux perçu. Mais c'était un accompagnement nécessaire, mais il aurait fallu fixer des limites... des limites plus nettes, sur l'accès au dossier.

ML : OK. Qu'est-ce que vous pensez de la communication avec les autres acteurs de soins, hospitaliers ou libéraux, les pharmaciens les infirmiers... **(Question 6)**

Participant 7 : C'est indispensable (rires). Moi j'ai mon répertoire là, ou j'appelle régulièrement. Maison de santé ou pas maison de santé, quand il y a un soucis avec un patient, moi je décroche mon téléphone et j'appelle, surtout les professionnels paramédicaux, parfois même les pharmaciens, puisque les relations ne sont pas les mêmes qu'il y a quelques années. Ils sont parfois surpris. Et je dis aux patients « ils faut dire à vos professionnels de santé, de pas hésiter, de pas hésiter à m'appeler », ou qu'on s'appelle entre nous, et moi quand j'appelle quand il y a un soucis, c'est essentiel pour le patient. On est pas chacun dans notre coin, à s'occuper d'une partie... enfin c'est la problématique des spécialistes quoi, s'occuper d'une partie du corps. Non, c'est le patient, et puis il y a tous ceux qui gravitent autour du patient quoi. Mais je fonctionnais déjà comme ça avant la mise en place du PAERPA (rires), donc j'ai le réflexe de téléphoner facilement aux autres professionnels.

ML : Et avec les pharmaciens par exemple, quels contacts vous avez avec eux ? **(Question 5)**

Participant 7 : Je pense qu'ils sont plutôt bons et cordiaux, et confraternels. Je pense.

ML : Dans quel type de situation, je veux dire, vous avez des contacts ? A quels problèmes vous êtes confrontés qui vous amènent à avoir un contact avec un pharmacien, que ça soit vous ou lui qui lance l'appel ?

Participant 7 : Ça peut être des erreurs, puisque ça arrive, de posologies ou de... ça peut être ça, ou des patients qui reviennent régulièrement redemander certains produits... on fait une mise au point puisque... Ça peut être des tas de choses... Qu'est-ce que j'ai comme exemple ? Bah là ce matin... bon c'est une copine donc elle se permet de faire comme ça, sur les hypnotiques, il faut faire des ordonnances sécurisées, enfin vraiment

c'est du tout venant. Après sur des patients gériatriques... ça peut être des questionnements sur un changement de traitement par exemple. Mais moi j'essaie de préciser le plus possible les ordonnances, si j'ai un changement de traitement je le met sur l'ordonnance, majoration de dose, quand ça c'est clair, on s'est qu'on s'est pas trompé, ça évite des problématiques comme ça. Enfin c'est vraiment du tout venant quoi.

ML : Est-ce que vous avez des retours sur l'intervention des pharmaciens qui est faite à 1 mois de l'hospitalisation, l'entretien pharmaceutique à 1 mois ?

Participant 7 : Non. En ville ? Non. On a pas. Il manque le document. On a ça [le courrier de synthèse médicamenteuse] à la sortie de l'hôpital, mais ça [le courrier du pharmacien] on a pas.

ML : Et est-ce que vous pensez que ça peut être intéressant pour vous de récupérer ce courrier là, qui est réalisé par le pharmacien ?

Participant 7 : Oh oui. Ça permet de refaire le point avec le patient, et puis voilà s'il y a des soucis au niveau de la prise des médicaments, au niveau de l'observance de tout ça, de retalonner. Et puis voilà, il sait qu'on est plusieurs professionnels à être sur la même longueur d'onde et qu'on tient tous le même discours, oui. Je pense que c'est important.

ML : D'accord. On a bien avancé. Si vous aviez un changement à apporter au projet PAERPA, qu'est ce que vous feriez ? **(Question 7)**

Participant 7 : Moins de papiers (rires). C'est la première chose. Quand on voit le dossier, on a pas envie d'y aller quoi. Après en dehors de ça... non... c'est la prise en charge dans la globalité du patient... après on cible, bien sûr, si on est plus sur le terrain de dépression, sur le problème des chutes, sur le problème des médicaments. Mais moins de papiers. Alors oui, ça prend énormément de temps. C'est vrai qu'on a... alors on peut le faire, mais moi je n'aime pas trop le faire comme ça, de déléguer, c'est le rôle du médecin prescripteur qui doit rester. Mais je sais que certains ont quand même tendance à déléguer la réalisation du dossier PAERPA aux infirmières ou sans que ça soit forcément.... Il faut quand même que le patient sente que le médecin est là, et que c'est le rôle du médecin. C'est un travail d'équipe aussi, pas que du médecin. Donc moins de papiers. Moi ça me faciliterait.... (rires), je ferais beaucoup plus de dossiers PAERPA s'il y avait moins de papiers. Il y avait aussi à un moment [regarde sa montre], je regarde aussi parce qu'après il faut que je parte, de mettre en place au niveau informatique. Alors on était un peu pilote entre guillemets comme on était une maison de santé, on avait installé, et puis après plus rien. Pour pouvoir remplir le dossier directement au niveau informatique, d'avoir un dossier commun... alors je ne sais pas si c'est toujours d'actualité ou ... ?

ML : Je n'en ai pas entendu parlé.

Participant 7 : Alors c'était soit avec Sophie Becque soit avec Madame Cheval, ou il y avait quelque chose qui était entrain de se mettre en place et puis on en a plus entendu parlé.

ML : OK. Quels avantages vous voyez au projet PAERPA, que ça soit pour vous ou pour les patients ? **(Question 3)**

Participant 7 : Sur la conciliation médicamenteuse ?

ML : Oui. Est-ce que vous voyez des avantages pour vous, est-ce que vous voyez des avantages pour les patients ?

Participant 7 : Ben... peut-être se sentir moins... parce qu'on est quand même seuls... enfin on est seuls face à nos prescriptions, on est seuls face à nos questionnements. Peut-être se sentir moins seuls par rapport à ça, à partir du moment où on l'humilité de le reconnaître. Je pense que oui, c'est la communication directe avec les hospitaliers, enfin à travers de cette fiche. Se sentir moins seuls face à nos prescriptions et puis plus largement, pas seulement sur la conciliation médicamenteuse, mais sur la problématique du patient âgé, poly-pathologique... Là j'en ai quelques uns qui sont décédés récemment malheureusement, mais c'est des patients qui sont compliqués à prendre en charge. On est moins seuls, en face d'eux.

ML : OK. J'allais vous demander, cette feuille là [le courrier de synthèse médicamenteuse], vous l'avez reçue comment ?

Participant 7 : Quand le patient sort de l'hôpital, et avec le courrier de sortie d'hospitalisation.

ML : Vous la recevez vous, directement, par la poste ou par...

Participant 7 : Non non, par le patient. Je reçois pas. D'ailleurs... j'ai un patient qui a été hospitalisé il n'y a pas si longtemps, je vais vérifier, que j'ai vu à domicile pour le coup... Courrier de sortie... alors j'ai le courrier de sortie qui arrive par Apicript... et j'ai pas la conciliation médicamenteuse. C'est dommage, ça serait bien que ça soit intégré aussi là, sur Apicript. J'ai le courrier de sortie en entier, mais je n'ai pas la conciliation médicamenteuse. Après c'est vrai qu'on voit le patient, on le [le document] voit à son domicile, donc on l'a de toute façon, par le biais du patient avec le courrier de sortie, mais ça serait pas mal qu'on l'ai aussi sur Apicript.

ML : OK. Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter par rapport à votre expérience du PAERPA ? **(Question 8)**

Participant 7 : En fait... je cherche je cherche, alors on se fait facilement piéger, parce qu'on ne les voit pas vieillir nos patients, et on ne voit pas toujours arriver le risque, ça c'est un énorme problème, on ne voit pas... On les voit quand le problème est déjà là en fait, on a beaucoup de mal à anticiper avant. Malheureusement je dirais, le problème du PAERPA, alors peut-être que ça va changer, c'est que les patients sont inclus quand ils ont déjà eu le problème.

ML : Pour la conciliation médicamenteuse, ils sont inclus uniquement en hospitalisation à l'hôpital de Denain une fois qu'ils ont eu un problème, oui.

Participant 7 : Mais même pour le PAERPA. Le PAERPA c'est prise en charge de la personne âgée...

ML : Pour le multi-risque, ils peuvent être pris en charge en ville.

Participant 7 : Oui. Oui, mais le problème, parce qu'on connaît nos patients, on est presque trop familiers avec eux, à appréhender le risque quand il est entrain d'arriver. Quand il y a eu une chute, la chute c'est un problème, et là on a pas anticipé en fait. Je pense que le patient, on peut l'intégrer au PAERPA, en général, que quand il a eu un problème. Quand il a pas eu de problème auparavant... ; Il y a des critères d'inclusion, bon il y a l'âge au dessus de 75ans, mais il n'y a pas que l'âge.

ML : Il faut qu'il ait soit un traitement diurétique, soit un traitement anti-coagulant.

Participant 7 : Ah. Alors c'est pas le fait qu'il soit polymédiqué.

ML : Non.

Participant 7 : Ça c'est que pour le risque médicamenteux ?

ML : Non. C'est pour le PAERPA en général.

Participant 7 : Vous voyez ça a changé encore par rapport à ce que je faisais au début. C'était polymédiqué, avec un risque dépressif, avec un antécédent de chute...

ML : Ben ça après, c'est les risques qui sont évalués par le PAERPA. Mais les critères d'inclusions sont différents.

Participant 7 : D'accord. Avec un risque de perte d'autonomie. Mais le risque de perte d'autonomie, on l'évalue comment ? (rires)

ML : Hm hm, j'entends la question.

Participant 7 : Mais euh oui, mais il faudrait que je refasse un peu le tour de mes patients âgés... là je vois par exemple ce patient, 95ans, j'ai commencé à le suivre il en avait... 65 ? 67 ? Ben je l'ai pas vu vieillir. Mais là il a eu un problème de chute il n'y a pas très longtemps, je me suis dit merde il faudrait l'évaluer celui là. Mais on a pas le réflexe en fait. Donc oui, ça peut être le réflexe PAERPA, d'avoir toujours le dossier sous la main. Mais il faut qu'il est plus de 75ans et que...

ML : Oui, qu'il fasse partie des critères d'inclusion.

Participant 7 : Ça limite quand même.

ML : Un peu oui, c'est sur.

Participant 7 : Parce que c'est pas que ces patients là qui sont à risque.

ML : C'est sur. OK. Bah merci beaucoup !

Participant 7 : Merci. (rires)

Entretien n° 8

Retranscription en verbatim à l'aide du dictaphone Olympus Digital Voice recorder VN-3100PC

Durée interview : 29min 30s

Ci-dessous, l'investigateur de l'étude, Maxime LOTIN est appelé «ML» ; le participant est appelé «Participant 8», numéro de l'entretien.

ML : Comment définiriez-vous la place de la gériatrie dans votre activité quotidienne ?
(Question 1)

Participant 8 : La gériatrie... c'est plus de 65ans. Bon... d'après le SMIR, c'est à peut près 20 %, 25 %.

ML : Vous avez ces chiffres là comment ?

Participant 8 : C'est le SMIR, c'est vrai que ça fait un certain bout de temps qu'on l'a pas reçu, mais c'est la caisse qui nous envoie une répartition, des types de personnes, entre telles dates, entre tel âge et tel âge.

ML : C'est quelque chose que vous faites beaucoup la gériatrie ? Enfin vous appréciez ça ? C'est quoi votre approche de la gériatrie ?

Participant 8 : Ben la gériatrie, ça fait partie de la médecine générale quasiment. En fait, c'est souvent des chroniques, qu'on voit souvent. Après les adultes entre 20 et 55ans, on les voit moins souvent, sauf quand ils sont malades. Et puis souvent les très jeunes, jusque 10ans, on les voit plus souvent. C'est plus la fréquence des pathologies qui fait que. Après forcément, en étant installé depuis un certain temps, on vieillit avec ses patients. Donc les patients qui avaient 40, 50ans, maintenant ils rentrent dans la gériatrie aussi. Non bon la gériatrie, comment expliquer ça... moi je ne les saucissonne pas en gériatrie, parce que pour moi ça reste des patients, qu'ils aient 60, 80ans, ils ont des pathologies, c'est vrai qu'il faut être attentif à ce qu'on leur donne, comment on leur donne et cetera... à part ça... j'ai pas de... il y a pas de critère quoi en fait, en dehors du fait que ça soit des poly-pathologiques, de plus en plus il faut hiérarchiser les traitements, voir un peu si on peut en supprimer, et puis, le but c'est de les maintenir le plus longtemps en bonne santé, c'est-à-dire autonome surtout.

ML : OK. Comment vous avez entendu parlé du projet PAERPA ? **(Question 2)**

Participant 8 : Ben on a eu des informations au départ, des flyers, je ne sais même plus qui les a envoyé. Après il y a eu des gens qui sont restés temporairement à l'hôpital qui sont venus, après, il y eu 2 personnes en fait, mais finalement au niveau PAERPA, une fois que la personne est rentrée, on ne sait pas ce qu'elle devient.

ML : Le patient ?

Participant 8 : Le patient je continue à le suivre, mais il n'y a pas de formalisation du suivi, si ce n'est... parce qu'à un moment il disait qu'il y avait les papiers, les formulaires et cetera, du pharmacien. Et puis au final on voit rien.

ML : Vous ne voyez pas passer ces documents là ?

Participant 8 : Non. J'en ai vu... Le premier peut-être, j'ai vu passer un truc, et puis après plus personne ne m'a rien demandé.... Je dirais que, au décours chez le patient quand il rentre chez lui on dit « oui votre patient est éligible au PAERPA », après il y a des patients qui refusent, ils veulent pas signer le papier, et après bon même s'ils signent, il y en a un qui m'a dit « j'ai finis par signer »... mais aucune nouvelle. En fait, je crois qu'il y a un... c'est peut-être une excellente chose, mais il y a pas de véritable coordination ... c'est-à-dire quelqu'un qui éventuellement rappelle, ou on dit « il manque tel document » ou « est-ce que vous avez fait ça ? », c'est ça en fait. Je crois que la structure elle est pas faite comme ça.

ML : Il y a une personne qui peut remplir ce rôle, c'est l'animatrice territoriale, c'est la coordinatrice, ici sur le secteur c'est Madame Becque, je ne sais pas si vous voyez qui c'est ?

Participant 8 : Il me semble que je l'ai déjà rencontré oui. Mais après c'est tout en fait. Une fois qu'on la rencontré une fois c'est fini.

ML : Vous l'avez rencontré qu'une fois, et vous ne l'avez pas revue par la suite, et vous pensez que ça pourrait...

Participant 8 : Ce qui manque aussi, c'est un dossier commun, parce qu'on a tous des logiciels un peu différents. En fait il faudrait un logiciel qui puisse prendre, ou du moins s'adapter, c'est ça qui serait intéressant, qui puisse s'adapter que quand on écrit quelque chose dessus, en fait on puisse faire la synthèse en fait. Puisqu'on demande beaucoup de choses en fait, en tant que médecin.

[Entretien interrompu par un patient qui frappe à la porte]

ML : Du coup, Madame Becque, l'animatrice territoriale, vous l'avez déjà rencontrée ?
(Question 4)

Participant 8 : Oui, une fois.

ML : Et qu'est-ce que vous aviez retenu de son discours ?

Participant 8 : Il me semble qu'il y avait des documents, donc il fallait faire des documents, faire des synthèses. Mais au final après, je vous dis, il y a rien... il y a rien... il y a pas de suivi quoi. C'est pas... on sait pas qui, on ne sait pas s'il y a des documents, qui c'est qui les donne, est-ce qu'il faut les chercher ? C'est un petit peu flou.

ML : Et vous verriez quoi comme coordination ? Formaliser, du papier, ou de rencontrer l'animatrice territoriale ?

Participant 8 : Non, pas forcément. Là, une personne elle sort de l'hôpital, souvent c'est comme ça que ça se passe, elle sort de l'hôpital, on lui propose un suivi et cetera. Et ce suivi, bien souvent, on a ... on a aucun document chez le patient, s'il y en a le patient ne les donne pas. En fait, quel est l'objectif ? On a même pas un objectif quoi pour cette personne. Le but c'est de maintenir les personnes à domicile. Et ça on le fait directement sans formalité. Là on essaye de construire quelque chose qui pourrait faire travailler des gens ensemble, faire travailler des gens ensemble, et en fait... en fait il n'y a pas de travail, en réalité. Moi je fais mon travail, l'infirmière fait son travail, en fait on sait pas si ... A la limite je ne peux même pas en parler puisque... il y a rien qui... vous m'apprenez que j'en ai sept. Je sais que j'en avais deux, il y en a une qui est décédée. Mais il y a rien eu en fait, rien n'a changé. Moi j'ai continué à la suivre normalement, comme je suis les patients, mais il y a pas... j'ai pas l'impression qu'il y a une organisation en fait, derrière.

ML : D'accord. On va en reparler.

Participant 8 : C'est un peu comme les réseaux... il y a un réseau de diabète.

ML : Oui c'est un réseau de gériatrie.

Participant 8 : Le réseau de diabète, au départ il y a des tas de choses, mais en fait on s'aperçoit que, arrivé à un moment... si il n'y a pas quelqu'un qui relance, il y a un épuisement. Ça s'effiloche. Il y a rien, l'objectif initial ou présumé auquel on peut attendre... Enfin nous on le voit pas.

ML : D'accord. Est-ce que vous connaissez son rôle à Madame Becque, l'animatrice territoriale ? **(Question 4)**

Participant 8 : Son ?

ML : Son rôle

Participant 8 : Ben, coordinatrice, coordination. Mais en fait je ne sais pas ce qu'elle fait.

ML : Au début, au lancement du projet PAERPA elle venait voir les médecins traitants mais aussi tous les autres professionnels de santé libéraux, les infirmiers les pharmaciens, pour leur apprendre ce que c'était le PAERPA, comment ça marchait. Effectivement elle fait de la coordination, elle fait le lien entre les professionnels de santé libéraux et l'équipe mobile de gériatrie de Denain et...

Participant 8 : Elle fait le lien comment en fait ?

ML : Elle fait le lien... elle retourne parfois voir les médecins généralistes pour faire le point sur les patients qui sont inclus dans le PAERPA... pour voir s'il y a des demandes spécifiques. Après elle fait le suivi des plans personnalisés de soins, de ce qui est initié à l'hôpital...

Participant 8 : Oui, c'est ce qui fait à l'hôpital, mais après nous... moi je n'ai pas de retour en fait. Pas de retour, en fait je peux même pas lui donner de documents, donc je ne sais même pas comme elle elle fait pour avoir un retour. A ce niveau là c'est vide mort de plaine.

ML : Du coup, vous, votre rôle dans le PAERPA, vous...

Participant 8 : Bah j'ai l'impression que je fais mon boulot, point, que je ne fais rien de plus.

ML : OK. Est-ce que vous connaissez l'intervention des pharmaciens de ville dans le projet PAERPA ? **(Question 5)**

Participant 8 : Oui je sais que normalement ils ont une partie. J'avais vu un dossier et cetera... en fait ce dossier, je l'ai vu quand il était comme ça aux présentations, mais chez un patient, en fait le dossier... le seul dossier que j'avais un peu ou j'avais des feuilles à noter, c'est quand la personne est sortie, je suis venue lui rendre visite, j'ai noté et cetera, mais il y avait rien d'autre. Bon j'ai noté, malheureusement la personne est décédée donc je ne sais pas ce qu'il en est devenu mais les six autres... je n'ai rien. Ou alors je n'ai pas cherché.

ML : Normalement vous devriez être au courant quand même...

Participant 8 : Des fois, ce qui arrive c'est qu'il y a un petit mot, votre patiente est adhérente au réseau, enfin au PAERPA. Mais c'est tout. Il n'y a pas ... il n'y a pas de document type, il n'y a pas de lettre dans la lettre de sortie, on ne me dit pas « il faudrait pouvoir laisser des documentations, ou laisser des choses », je ne sais pas si il y en a un qui revient chez elle, si c'est l'infirmière, si c'est le pharmacien qui renvoient ces choses... C'est pas, il n'y a pas de retour en fait.

ML : Il n'y a pas de retour, vous avez un manque d'information par rapport à ce qui est fait.

Participant 8 : Voilà, par rapport à ce qui est fait, par rapport à ce qu'il y a à faire. Je ne dis pas que c'est bien. Ce qu'on a fait est-ce que éventuellement ça les intéresse, ou est-ce que ça ne les intéresse pas, parce que ce n'est pas ça qu'ils veulent ? Parce que si le but c'est d'autonomiser, de garder autonomes les gens... Tant qu'on peut on le fait, mais moi j'imaginai ça plus comme quelque chose, voilà, la personne est dans le PAERPA, il y a une équipe qui est organisée, que ce soit son infirmière et cetera, il y a des modules de communication, même si c'est un cahier... ce cahier qui est chez le patient, parce qu'on ne peut pas... si moi je le garde, ça ne sert à rien. Donc il faut un truc un peu comme voit l'AVAD quand ils interviennent, bon chaque intervenant, bon c'est pour les aides soignantes et tout ça, ils notent ce qu'ils font, ils regardent s'il y a un soucis et cetera. Là je ne vois pas de document. S'il y en a un, il est passé je ne sais ou.

ML : OK.

Participant 8 : Si on veut avoir une coordination, il faut avoir un support. Il n'y a pas de ... sinon il n'y a pas de coordination. Parce que déjà, croire qu'on va pouvoir se réunir régulièrement chez un patient pour faire un peu le point entre le kiné, le pharmacien, le médecin... C'est quasiment utopique. Si on faisait ça... déjà comme ça on est débordé... Moi je pense que ... des choses relativement simples, des objectifs simples, parce que j'ai vu c'était un peu compliqué, c'est suivant ce que chacun, mais quand chacun met ce qu'il met, c'est un fouillis... au départ on avait fait ça au réseau, c'est un fouillis. Je crois qu'il faut des axes, disant voilà, l'objectif chez cette patiente, c'est dire voilà, l'autonomie, et

voilà ce qu'il est nécessaire de vérifier, quelques points essentiels, pas forcément 36 points qui sont inexploitable. Dans la pratique courante peut-être pour faire une étude scientifique plus il y a de points mieux c'est, dans la pratique il faudrait... je ne sais pas... si l'objectif chez elle c'est qu'elle tombe pas, voilà, qu'est-ce qui est utile de prévoir pour faire ... pour obtenir ce... que cette item soit réalisable. Est-ce qu'il faut ... le kiné... bon voilà le kiné, il faudra lui dire : « voilà voilà les points importants qu'il faut travailler »... voilà c'est pas forcément lui dire son travail, mais ... obtenu. Voilà, elle arrive, elle a besoin d'un déambulateur, à partir de quand elle a plus besoin de déambulateur. Je pense que c'est de points comme ça, c'est... je vois il y a des gens, on pourrait leur dire, le déambulateur, le déambulateur ils le gardent tous le temps et puis ils ont de plus en plus peut enfin ils... Il faut des critères, je crois qu'il faut des critères, pas très nombreux pour chaque professionnel qui va intervenir. L'infirmière ben c'est vérifier ou faire de l'éducation pour l'insuline par exemple, elle le fait naturellement, mais lui demander qu'est ce que la patiente a compris ? Bah oui elle arrivé faire... et cetera, pour le kiné, ben voilà, elle titube... elle pouvait plus, elle était au fauteuil, elle osait plus, puis maintenant j'ai réussi à la ... à la faire marcher, à faire en sorte qu'elle aille de sa chaise à la cuisine et cetera. C'est des choses comme ça. Et nous en tant que médecins, on dit, ben moi je suis son traitement, j'ai fait les prescriptions, mais quand est-ce que je suis ... parce que bon, c'est de la gériatrie, donc la gériatrie on sait qu'on est iatrogène. Est-ce qu'il y a des choses sur lesquelles il faut être plus attentif ? Dire bon, en ça ça et ça et finalement, on peut obtenir ça, mais si on l'obtient, on a progressé. Si on obtient pas, pourquoi ? Ça suppose un questionnement quoi. Parce que c'est pas le travail qu'on fait naturellement quoi. Souvent c'est plutôt... on part du symptôme, de la maladie, et puis on dit, il y a besoin de ça il y a besoin de ça. C'est notre travail. On est pas dans l'évaluation. On a pas appris... c'est notre démarche de soin. Je pense que le PAERPA ça devrait... pour moi je pense que ça devrait être ça

ML : OK. Pour revenir au pharmacien, je ne sais pas si vous savez, enfin je pense que vous savez, l'entretien pharmaceutique qu'ils font à un mois ou ils évaluent le risque de iatrogénie, l'observance, et revoir le traitement avec le patient. Si le patient accepte ils peuvent aller à domicile pour voir l'armoire à pharmacie, ce genre de choses, qu'est-ce que vous pensez de cette intervention ? **(Question 5)**

Participant 8 : Bah je dirais que si le pharmacien a le temps de le faire, oui. Je dirais que... on le fait ponctuellement parce que, bon, quelqu'un qui ne demande pas son traitement, ou qui dit « non j'en ai assez », on finit par aller voir en se disant, tiens, comment ça se fait ? Mais bon s'il y a quelqu'un qui se colle à ça, oui pourquoi, ça peut être le pharmacien, ça peut être l'infirmière, ça peut être quelqu'un qui est ... éventuellement formé en disant , bon voilà, il y a des ordonnances, voilà ça ça devrait être pris, pourquoi est-ce que ça n'est pas pris ? Et voilà la personne va dire « bah je n'en voulais pas, ça me fille la chiasse ». Que ce soit le pharmacien ou n'importe qui... quelqu'un qui est au moins le temps de le faire... je pense que le pharmacien, ils réunissent important de patients, moi j'en ai sept, sept c'est déjà un bon chiffre, ben les pharmaciens c'est multiplié par vingt, comme ici ça leur fait cent quarante. Je sais pas s'il peut laisser sa pharmacie, comme s'il est tout seul, il peut pas quitter sa pharmacie, donc il peut pas aller au domicile. A moins qu'il envoie son préparateur, enfin... vous voyez, ça paraît simple mais c'est ... la mise en œuvre...

ML : ça prend du temps c'est sur.

Participant 8 : Je pense que le plus simple ce serait plutôt d'avoir chacun, chaque intervenant, disons quelques objectifs de rôle, pour savoir. Et ces rôles, il faut dire ben voilà, à la limite ça peut être parce que vous avez interrogé sa nièce qui s'occupe d'elle, la personne qui va chercher les médicaments, quelque chose comme ça, parce que ça c'est relativement facile. Mais qu'il y ait pas trente six items. Mais surtout que les items soient claires, identifiées, et pas un peu comme le dossier qu'on avait ou on remplissait des feuilles blanches. Parce que quand on remplit des feuilles blanches, chacun remplit ce qui lui paraît important, ce n'est pas forcément ce qui est intéressant.

ML : Est-ce que vous avez déjà vu ces documents, ça c'est le plan de prise du patient, et ça c'est le courrier de synthèse médicamenteuse qui accompagne le courrier de sortie quand le patient sort de l'hôpital.

Participant 8 : Ça c'est présent.

ML : OK, donc ça c'est un peu le reflet de l'intervention, puisqu'à l'Hôpital, avec la conciliation, ils font ces volets là. Ce volet là, le courrier de synthèse médicamenteuse, le pharmacien de ville le reçoit aussi directement à la sortie d'hospitalisation. Qu'est ce que vous pensez de ces documents, et de la conciliation qui est faite à l'hôpital ? **(Question 3)**

Participant 8 : Oui, ben ça c'est bien, ça montre une photographie à un moment donné, à la sortie. Et cette photographie, pour le patient, il faudrait qu'elle évolue. Et comment on veut faire évoluer? Par exemple on peut... ça c'est ... METEOSPASYL, là il est marqué que ça a été arrêté, bon.. il y a que des médicaments donc ça c'est gérable, par exemple cette personne, il y a une lettre de sortie, on pourrait très bien mettre dans le plan ce qui n'est pas médicamenteux, par exemple on peut mettre une rééducation à prévoir dans ... dans x temps, et les objectifs de cette rééducation. Si c'est pas sur cette feuille là, au moins sur un support. Parce qu bon là, c'est bien, ça donne une vision de ce qui a été fait, mais je pense que le PAERPA c'est pas que ce qui a été fait, c'est ce qui est à venir, et c'est ça qui est à venir, et c'est ça qui est important en fait, pour maintenir les gens à domicile, ou pour prévenir le risque qu'il y ait... de désautonomisation.

ML : Et la conciliation qui est faite à l'hôpital, vous en pensez quoi ?

Participant 8 : Oh bah... je trouve que c'est, je dirais que c'est bien, à l'hôpital au moins c'est fait, ça donne ... ne serait-ce que ça, ça nous donne une vision claire et nette, et c'est vrai qu'à la limite on devrait tous avoir des trucs comme ça... et retourner à l'hôpital. Bien souvent, c'est souvent à domicile, c'est quasiment impossible à faire. Tout ce qui est synthèse, c'est intéressant. Dans le PAERPA, que ce versant là il est... il y a rien à dire. Simplement je dis peut-être qu'il y a quelque chose sur les objectifs qu'on peut tous attendre. A l'hôpital parfois on a le temps de dire « voilà cette personne est dans cette situation là, voilà ce qu'on peut espérer progresser, et voilà l'objectif de faire en plus ». Bien souvent il y a le médicament, mais il y a les angoisses. Par exemple, quelqu'un qui a chuté, l'angoisse c'est de rechuter. Donc comment faire pour vaincre ces angoisses ? C'est un objectif important.

ML : Quels avantages vous voyez au PAERPA, que ce soit pour vous ou pour le patient ? **(Question 3)**

Participant 8 : Pour le patient, je vous dis, pour moi l'objectif c'est de se dire, le patient autonome chez lui et bon à un moment, il y soit à la limite jusqu'à la fin de sa vie, le plus autonome possible, et s'il est pas autonome, ben voir les aides à la fois minimales, parce que ça coûte cher à la société plus on a d'aides, et surtout comment pouvoir atteindre ces objectifs. Quels sont les points essentiels, les trois quatre points à faire, par exemple quelqu'un qui sort de l'hôpital qui est en fauteuil parce qu'elle a peur, ou l'objectif c'est de la remettre debout. Sur quels point on va insister sur elle, avec elle, avec les soins infirmiers, les soins kiné, les soins... éventuellement psychologue.

ML : OK. Là vous m'avez reparlé de ce que vous verriez pour améliorer le PAERPA, est-ce que là en l'état actuel vous voyez des avantages au projet PAERPA et à la conciliation médicamenteuse ?

Participant 8 : Ben la conciliation médicamenteuse c'est une bonne chose. Je dirais qu'en dehors de ça, on a rien vu d'autre en fait. On a pas vu le pharmacien, on a pas vu la concertation du pharmacien... dire qu'on va se réunir auprès du patient, c'est impossible, trouver une heure pour chacun... donc il faut trouver l'outil qui va permettre de... de développer ce... ce travail.

ML : Qu'est-ce que vous pensez de la coordination entre les médecins traitants, l'hôpital, les infirmiers, les pharmaciens, les kinés ? **(Question 6)**

Participant 8 : Ben c'est ... si j'étais dur je dirais qu'il n'y en a pas. Non je dirais que l'hôpital, en tout cas moi à Denain, on a des courriers, on a des choses, souvent c'est très bien, c'est rapide, si c'est pas le jour même c'est le lendemain, donc ça va très vite. Infirmière, bon quasiment... on a aucun contact, si ce n'est qu'en cas de crise... parce que elles courent à droite à gauche, on court, pour se trouver une date et cetera. Après le pharmacien... j'ai jamais vu un compte rendu de quoi que ce soit... et eux ont peut-être jamais vu un document de moi non plus, pas non plus que je m'exonère un petit peu de ça. Non ... le truc, qu'il manque, c'est ça, quel est l'instrument de communication ? C'est ça qu'il faudrait pour faire en sorte que le PAERPA donne son plein... son plein effet quoi. J'ai vu un réseau, bon au départ on tâtonne et cetera, les coordinateurs, il y a des gens très bien qui font le travail, mais ce qui manque souvent, c'est le temps et le temps de chacun. C'est impossible de faire en sorte que quelqu'un aille... Donc c'est trouver des outils soit un dossier le plus simple possible, parce qu'il faut pas non plus que ce soit des coûts énormes, mais qui permettent de dire « le patient est là, le traitement est ça, voilà ce qu'on espère avoir, voilà ce qu'on espère obtenir ». Laisser un mot, voilà, par exemple si c'est par exemple pour marcher, par exemple pour le kiné, dire « voilà il faut absolument que la personne marche dix minutes un quart d'heure, et qu'elle peut le faire, et qu'il n'y a aucun danger pour lui de le faire ». Parce que c'est ça aussi, le kiné va se dire, si je force, si elle tombe, ça va être pour ma pomme. Il faut qu'il sente que normalement, son état physique permet de lui faire dans la maison, de la faire marcher, parce que si elle marche pas, elle marchera pas. Des fois il faut... par manque de temps ou par manque d'objectif, bon ben , en disant bon de toute manière... il baisse les bras, bon bah je la masse, je lui fait ses massages antalgiques, voilà.

ML : Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter par rapport à votre expérience du PAERPA, qui n'aurait pas été abordé avant ? **(Question 8)**

Participant 8 : Je dirais que l'expérience je reçois les courriers en sortie, ceux là ils sont chez le patient, et après, il y a ...

ML : ... un manque de suivi.

Participant 8 : Voilà. Par exemple ces choses là, chez un patient j'ai vu, chez une patiente, chez madame ***, ça me sert à savoir si son traitement il y a un changement, en fait j'applique les changements, je barre, je ..., mais dans l'absolu, il n'y a que ça. Au moins ça sert à clarifier les choses vis a vis des gens qui interviennent.

ML : OK.

Participant 8 : Non mais c'est compliqué les réseaux, c'est compliqué parce que le système du paiement à l'acte ne favorise pas ce genre de ... réseaux en fait. Il faudrait... ça serait plutôt des trucs de structures hein. Des choses de structures après... il y a un mélange de genre, les maisons de santé pluridisciplinaire qui font des trucs un peu à part, du coup on a l'impression que... les professionnels ils ont l'impression qu'on accapare leur travail, alors qu'il y en a beaucoup. Mais on a l'impression qu'on accapare leur travail. Mais je crois qu'il faut travailler, ça nous dépasse peut être un peu, le travail mutuellement, d'équipe, et qu'on soit en équipe mais pas forcément présent. On a tous des smartphones, d'avoir des outils sur le smartphone, qui soient facilement... en disant j'appuie sur un bouton, je contacte la personne, la personne au bout elle voit que c'est moi, qu'est-ce qu'il se passe ... Ben voilà, j'ai besoin de savoir ça ça et ça. Je pense qu'il y a à faire et cetera. Je pense qu'il faut travailler aussi là dessus. Et ça... il faut quelques financements que les autorités n'ont pas. Enfin ils vont peut-être nous donner...

ML : D'accord.

Participant 8 : C'est bien qu'il y en qui fasse des choses hein. Moi j'ai fait pendant 5 ans, et puis président... mais après ... ça m'a pris énormément de temps, j'ai laissé la main le soucis aussi c'est que...

[signe le consentement de participation à l'étude]

Participant 8 : En fait il faudrait presque spécialiser, c'est-à-dire, faire des réseaux mais par spécialité, par exemple tel groupe de médecins, se mettent d'accord avec leurs confrères, et que leurs confrères acceptent d'être réunis, et qu'ils aient pas l'impression qu'on leur vole leurs patients, c'est à dire voilà, il y en a 4 5, ils ont tels pathologies, et c'est plutôt eux qui suivront.

ML : ...

Participant 8 : Moi je sais que pour établir, quand on a fait notre réseau, combien de soirées on a passé à savoir ou est-ce qu'on voulait aller, ce qu'on pouvait proposer, et puis au fur et à mesure, à chaque formation, puisqu'il y a des formations, ou on développait aussi des fiches, pour dire voilà ce qu'on attend, ce dont on a besoin.

[Remplissage de la fiche de données administratives]

ML : Merci beaucoup !

Entretien n° 9

Retranscription en verbatim à l'aide du dictaphone Olympus Digital Voice recorder VN-3100PC

Durée interview : 19min 10sec

Ci-dessous, l'investigateur de l'étude, Maxime LOTIN est appelé «ML» ; le participant est appelé «Participant 9», numéro de l'entretien.

ML : Comment définiriez-vous la place de la gériatrie dans votre activité quotidienne ?
(Question 1)

Participant 9 : Hm... Grosse partie, je dirais au moins... 40 % de mes patients sont âgés de plus de 75ans. Ce qui est déjà pas mal. Parce que j'ai récupéré une patientèle âgée, et du coup j'ai des sujets fragiles de base, beaucoup d'hospitalisations, donc forcément le projet PAERPA à mon sens, se justifie à ce niveau là. Parce que moins on fera d'hospitalisations mieux ce sera pour tous. Le patient si on arrive à la maintenir à domicile avec un traitement adapté... et en bonne coordination avec les pharmaciens, les gériatres, c'est parfait.

ML : D'accord. De grandes attentes sur le projet PAERPA alors. Comment vous en avez entendu parlé du projet PAERPA initialement ? **(Question 2)**

Participant 9 : Alors j'avais eu l'infirmière de Denain qui s'occupe du projet qui m'avait contacté, pour m'expliquer un peu, elle était venue en rendez-vous pour m'expliquer un peu le principe. Et puis j'ai adhéré tout de suite. Puisque c'est vrai que je connais bien le secteur de Denain, donc j'en avais également entendu parlé avec Mme ***. C'est pareil, j'ai tout de suite accroché, j'ai trouvé que c'était une super idée.

ML : Donc c'est avec l'infirmière de l'équipe de Denain, et pas avec l'animatrice territoriale que vous avez vu en premier ?

Participant 9 : Je ne sais plus qui j'ai vu en premier... je ne sais pas ce qui est le plus logique, si c'est l'animatrice ?

ML : Si vous connaissez le secteur et que vous avez déjà des relations avec l'hôpital ...

Participant 9 : Oui oui, si, l'hôpital je connais bien. Je ne sais plus qui j'avais vu en premier... en tout cas c'est parti de là quoi.

ML : Qu'est-ce qui vous a donné envie de participer au projet PAERPA ? **(Question 3)**

Participant 9 : Ben... c'est surtout optimiser la prise en charge de mon patient. Parce que seul c'est vrai qu'on arrive à se débrouiller, mais je pense qu'en médecine, il est quand même nécessaire de savoir se faire aider et puis de ... le pluridisciplinaire m'intéresse beaucoup. C'est-à-dire que vu qu'il y a quand même le pharmacien qui s'occupe de mon patient, le gériatre qui s'en est occupé aussi à l'hôpital... Je pense que... en coordination avec l'infirmière qui passe au domicile, je pense que c'est c'est

nécessaire pour leur prise en charge. C'est vraiment pour améliorer la qualité des soins... et du coup bien sûr aussi diminuer les coûts... d'à côté j'ai envie de dire, à savoir les hospitalisations inutiles et cetera... Tout bonnement pour éviter aussi des patients qui se retrouvent sur-médicamentés... C'est bien d'avoir un certain recul et des fois d'épurer un peu la prise en charge... la prise en charge médicamenteuse, et c'est ce que j'ai remarqué récemment, c'est que mes patients qui ont récemment été hospitalisés, il y a quand même un... un bon tri dans les médicaments. Quand ça vient de l'hôpital bizarrement, le patient, il a plus de facilité à accepter cette démarche là de diminuer les médicaments que quand c'est un médecin traitant qu'il voit tous les mois, qui tient à son STILNOX du soir ou ... on peut pas l'arrêter comme ça du jour au lendemain... ça aide beaucoup. C'est vrai que là dessus ça aide beaucoup. Je parle notamment pour les patients chuteurs et cetera... ça fait du bien (rires).

ML : Et dans cette approche pluri-disciplinaire, vous avez beaucoup de contact avec l'hôpital de Denain dans le cadre du PAERPA ?

Participant 9 : Dans le cadre du PAERPA ben pour le moment j'ai... les courriers de synthèse médicamenteuse à la fin, pour l'instant. Pour l'instant j'ai pas eu de retour à faire auprès des gériatres. De temps en temps parfois Mme ** que je croise très régulièrement à l'EHPAD puisque j'y vais une fois par semaine... Mais sinon non, c'est vrai que je n'ai pas eu de retour à faire pour le moment sur la conciliation avec les gériatres.

ML : Donc la communication c'est essentiellement le courrier de synthèse médicamenteuse, et a priori ça vous suffit.

Participant 9 : Je trouve que c'est très bien fait, parce que ça explique aussi au patient pourquoi c'est mis en place, et puis le fameux problème des génériques aussi... puisqu'ils nous ont mis la DCI sur la conciliation et c'est ... comme ça, ça permet aussi au patient de digérer le fait qu'il y aura des génériques. C'est pas mal aussi (rires). C'est beaucoup de bonnes choses quoi, à mon sens.

ML : Votre sentiment sur ... ce qui est expliqué au patient ? Est-ce que vous avez l'impression que le patient comprend le projet PAERPA ?

Participant 9 : Non, ça par contre non, je pense qu'il y a quand même...

ML : Est-ce qu'ils comprennent l'intervention qui est faite ?

Participant 9 : L'intervention ? J'ai jamais eu de patient qui me parlait du projet lui-même honnêtement... Je pense qu'il y a peut-être encore un petit travail de communication là dessus, à faire avec le patient. Ça se fera progressivement je pense.

ML : Dans l'approche avec le pharmacien de ville, vous connaissez l'intervention du pharmacien de ville ? **(Question 5)**

Participant 9 : Ben pas vraiment finalement... pas vraiment. Je pense qu'il voit un peu les changements médicamenteux, l'évolution de l'ordonnance du patient. Je pense que c'est surtout ça son travail et puis euh... c'est vrai que derrière ça je vois pas ce qu'il y a de plus.

ML : Alors ils reçoivent le courrier de synthèse médicamenteuse, ils le reçoivent aussi, ça leur permet effectivement de comprendre l'ordonnance et les modifications qui sont faites, ils peuvent faire un peu d'éducation thérapeutique, il y a une ordonnance de sécurité qui est faite à l'hôpital de huit jours, ce qui permet au patient d'aller chercher son traitement à la pharmacie avant de vous revoir, le temps que vous alliez le voir, parce que vous ne pouvez pas forcément le voir dans les 24 heures.

Participant 9 : Effectivement, ça c'est une très bonne chose aussi, puisque vu que le secteur il s'est vu amputé de pas mal de médecins partis à la retraite, donc sur le plan médecine générale, on a été amputé d'une grosse activité là ces derniers temps. C'est vrai qu'on ne peut pas voir le patient dès sa sortie d'hôpital. Bon en général on arrive à les voir dans la semaine donc... je pense que sept jours c'est très bien pour une ordonnance de sortie.

ML : Et la dernière chose qu'ils font, c'est un entretien pharmaceutique, à 1 mois de l'hospitalisation, ou ils ont un entretien avec le patient pour voir s'il comprend son traitement, voir l'observance, le risque de iatrogénie... l'automédication... si le patient est d'accord, ils peuvent aller à domicile pour voir l'armoire à pharmacie... Qu'est-ce que vous pensez de cette intervention ?

Participant 9 : Ça c'est vital, parce qu'on a beaucoup... ça m'est arrivé de voir, d'aller dans les armoires à pharmacie des patients et de voir des traitements qui s'accumulent et parfois... ben le cocktail de ces médicaments là ça peut être très dangereux, je pense aux benzo, surtout aux benzo... Non c'est une bonne chose, c'est une bonne chose. Bon c'est un travail que personnellement je fais aussi, aller dans les armoires à pharmacie, et puis j'essaie de limiter... alors je fais le tri, à chaque renouvellement de voir ce qu'il reste comme médicament pour que le patient ne se retrouve pas en accumulation dans sa pharmacie.

ML : Est-ce que vous avez des retours de ce qui est fait par le pharmacien, notamment l'entretien pharmaceutique ?

Participant 9 : Non, ça par contre j'ai pas de ... j'ai pas de retour. Aucun patient ne m'en a parlé pour le moment et ... ça peut être un avantage pour nous dans le sens où si le pharmacien décèle une incompréhension d'un médicament, on peut réévaluer l'explication et appuyer un peu sur la compréhension du traitement... par exemple les AVK... patient qui serait mis sous AVK, ça serait intéressant de ... de ré-expliquer, de voir là où ça bloque un peu, et appuyer s'il le faut sur la compréhension, notamment je pense à la surveillance des INR et cetera... ça peut être une bonne chose aussi.

ML : Finalement avec les pharmaciens, quels contacts vous avez dans le cadre du PAERPA ?

Participant 9 : Alors justement les pharmaciens... étonnement j'en ai vu moins qu'avec les infirmières. J'ai pas de grand retour là dessus, sur les ordonnances qui sont faites, et sur les entretiens, je pense que ça serait pas mal d'en avoir... J'en ai pas eu pour le moment.

ML : D'accord. Et avec les infirmiers vous avez des contacts ? (**Question 6**)

Participant 9 : Oui, j'ai des infirmiers qui me.. quand ils voient qu'il y a quelque chose qui ne va pas ou... ben ils hésitent pas à m'appeler pour en faire part quoi. Donc ça me fait une visite au domicile du patient pour voir un peu ce qu'il se passe... et puis c'est pas plus mal, cette coopération avec les infirmières.

ML : Et pour quels motifs ça peut être ?

Participant 9 : Oh... bah j'ai eu encore un appel ce matin d'une patiente qui en avait bénéficié l'année dernière...simplement parce que l'état général inquiète l'infirmière, elle préférerait avoir une réévaluation médicale, ou alors sur le... sur le comportement du patient vis-à-vis de son traitement... vérifier l'observance c'est aussi important, et l'infirmière ça lui permet de voir, de surveiller l'observance thérapeutique du patient, ça c'est intéressant.

ML : OK. L'animatrice territoriale, est-ce que vous l'avez rencontré ?

Participant 9 : Je l'ai rencontré... mais j'ai oublié son nom.

ML : Madame Becque ?

Participant 9 : Madame Becque oui, je l'ai rencontré.

ML : Est-ce que vous connaissez son rôle, dans le réseau ? **(Question 4)**

Participant 9 : Elle me l'avait expliqué mais je vous avouerez que je l'ai effectivement...

ML : A votre sens, qu'est-ce que vous l'avez vu faire, ou qu'est-ce que vous avez compris de ce qu'elle faisait ?

Participant 9 : Je pense que... elle est surtout là pour un rôle d'information, que ce soit les médecins ou les autres spécialistes de santé, peut-être même des fois des patients... ça c'est peut être moins...

ML : C'est plutôt l'équipe mobile qui informe le patient.

Participant 9 : Donc c'est plus pour les équipes médicales et para-médicales.

ML : Effectivement ça c'était sa mission dans un premier temps de former tous les professionnels de santé, à l'implantation du PAERPA. Maintenant ce qu'elle fait aussi, c'est le suivi des plans personnalisé de soins, donc l'intervention du PAERPA. Elle fait du suivi, elle revoit parfois avec les médecins traitants, avec les patients, elle fait de la transmission d'informations avec les médecins, les acteurs hospitaliers qu'elle rencontre souvent. Son rôle à elle, à Madame Becque, dans le cadre du réseau, qu'est-ce que vous en pensez ?

Participant 9 : Ce que j'en pense c'est que c'est vital aussi. Déjà d'avoir l'information, et puis... de réévaluer de toute façon c'est ça qui nous fera avancer, de toujours réévaluer l'ordonnance du patient. C'est justement ça le piège chez des patients qu'on connaît trop bien, qu'ils se retrouvent avec une ordonnance qui n'a pas bougé depuis... des lustres et puis qui... Pourtant nécessiteraient un bon dépoussiérage. Plus il y a de monde qui surveille, mieux c'est pour le patient.

ML : OK. Qu'est-ce que vous pensez de son rôle, sachant que ce n'est pas une professionnelle de santé ? Elle est de formation administrative entre guillemets.

Participant 9 : ... Si ça marche.

ML : Si ça marche, pour vous c'est suffisant ?

Participant 9 : Si ça marche... de toute façon je pense qu'elle a quand même l'appui des géiatres là dessus... à mon sens... Non je n'y vois pas d'inconvénient.

ML : Quels sont pour vous les avantages et les inconvénients du réseau, du PAERPA ?
(Question 3)

Participant 9 : A l'heure actuelle je pense qu'il manque... comme inconvénient, je dirais qu'il y a quand même un petit manque d'informations avec les pharmaciens... avoir leur retours... enfin vous me l'apprenez qu'il y a un contrôle de la ... de l'ordonnance à un mois avec le patient, savoir s'il a bien compris... ça je ... j'en ai pas le retour. Donc je pense que si on avait un retour là dessus ça pourrait être intéressant... mais effectivement... je trouve qu'il y a quand même un bénéfice pour le patient depuis que ça a été installé. Je trouve que le patient s'en sort mieux avec un projet PAERPA, quand il est inclut dedans plutôt que sans. Je pense que c'est un bon avantage pour le secteur... et bientôt j'espère sur le plan national ?

ML : Normalement... On est une zone test, normalement ça devrait être élargit... Il faut voir ce que ça va donner avec le nouveau gouvernement, voir si ça sera repris à ce moment là... d'autres avantages ou inconvénients ? Vous avez parlé de l'inconvénient du manque d'information...

Participant 9 : Non bah mis à part ça... je pense que on voit quand même un certain bénéfice.

ML : Et pour vous, est-ce que vous voyez des bénéfices pour vous ? Vous m'avez dit que vous voyez des bénéfices pour le patient, pour la prise en charge des patients, pour les coûts globaux de santé. Pour vous, pour votre travail, est-ce qu'il y a des avantages ou des inconvénients ?

Participant 9 : Je pense que... on se sent moins seul dans la prise en charge du patient. Et ça, en mon sens, c'est primordial dans notre pratique. On a pas forcément le temps de prendre... le temps nécessaire pour réévaluer l'ordonnance on se dépêche et cetera... mais, c'est nécessaire de réévaluer tout ça donc... comme je l'ai dit, plus il y a de monde qui peut contrôler ça, mieux c'est.

ML : D'accord.

Participant 9 : Surtout pour le patient, pour son bien-être.

ML : OK. Qu'est-ce que vous pensez de la rémunération qui est proposée au médecin traitant dans le cadre du PAERPA ?

Participant 9 : Bah la rémunération, personnellement, si c'était pas rémunéré je le ferais quand même. Après c'est sur que je ne vais pas cracher sur l'argent qui est donné dans le cadre du projet. Mais... même si c'était pas rémunéré pour le médecin, c'est que du bénéfice pour le patient, et je pense qu'on est là pour ça donc... je le ferais quand même. Sans hésiter.

ML : OK. Est-ce que vous voyez des moyens d'améliorer le PAERPA ? **(Question 7)**

Participant 9 : Bah après, c'est plus l'information, comme j'ai dit, avec le... en l'occurrence là c'est les pharmaciens mais... des idées là dans l'immédiat non je n'en ai pas, mais peut-être que ça viendra par la suite avec un peu plus d'expérience, un peu plus de recul.

ML : Vous avez rédigé vous, des plans personnalisés de soins, le feuillet de plans personnalisés de soins?

Participant 9 : Oui j'en avais... réalisés quelques uns que j'ai remis... je ne sais plus combien j'en ai fait honnêtement.

ML : Alors je peux vérifier si vous voulez...

Participant 9 : Oui si vous les avez...

ML : Et sur ces feuillets, qu'est-ce que vous en avez pensé, du feuillet en lui-même ?

Participant 9 : Alors le feuillet... je sais pas si c'est vraiment sur ça que je l'ai fait...

[Cherche la liste donnée par le DAT]

ML : Alors, vous en avez fait 5 en 2015, et 7 en 2016.

Participant 9 : Voilà. Je ne sais pas si je suis dans la moyenne ? (rires)

ML : Un peu plus !

Participant 9 : Un peu plus ? Bon, on continuera comme ça.

ML : Donc par rapport au feuillet, rien de particulier ? Pas de chose à redire ? Au niveau de la lisibilité, de la charge administrative ?

Participant 9 : Non, c'est vite fait donc... enfin vite fait dans le sens ou c'est clair et puis... non je n'y vois pas de ... pas d'inconvénient particulier. Après j'ai appris aussi que ça allait être informatisé aussi ?

ML : Alors c'est un des axes qui va être travaillé, mais pour l'instant il n'y a pas de projet sortit, enfin c'est pas encore prêt. Mais c'est ce qu'ils prévoient.

Participant 9 : Oui j'avais reçu un mail... c'était pas plus tard que la semaine dernière, on me disait que c'était encore en test... mais peut-être que ça va nous faire gagner du temps là dessus donc ... mais c'est vrai que ça ne prenait pas énormément de temps, et

ça en prendra encore moins quand ça sera informatisé... donc non, la charge administrative, ce n'est pas un problème.

ML : D'accord. Dernière question, est-ce que vous avez quelque chose à rajouter par rapport à votre expérience du PAERPA ? **(Question 8)**

Participant 9 : Pourvu que ça dure. Et on espère que ça s'améliorera encore dans les... mois et années à venir. Et que ça s'étendra sur tout le territoire.

ML : OK. Bah merci beaucoup

Participant 9 : Bah de rien.

Entretien n° 10

Retranscription en verbatim à l'aide du dictaphone Olympus Digital Voice recorder VN-3100PC

Durée interview : 23min 30s

Ci-dessous, l'investigateur de l'étude, Maxime LOTIN est appelé «ML» ; le participant est appelé «Participant 10», numéro de l'entretien.

ML : Comment définiriez-vous la place de la gériatrie dans votre activité quotidienne ?
(Question 1)

Participant 10 : Je dirais de plus en plus importante.

ML : OK. C'est quelque chose que vous aimez bien ?

Participant 10 : Oui effectivement. J'ai découvert ça parce qu'il y a deux trois ans, j'ai repris quinze ou vingt personnes de l'EHPAD, parce que le médecin qui partait je le connaissais, il m'a demandé de ... parce que voyez Mr *** je le vois régulièrement... et donc il a fallu prendre en charge tous ces gens qui étaient vraiment disons... mal en point. Donc oui ça m'a bien plu. D'autant que... maintenant je vais pas mal à Arc-en-ciel. J'ai une quinzaine de patient c'est pareil, je trouve que c'est bien, le milieu me convient bien. Et puis la population devient de plus en plus vieux hein.

ML : Comment vous avez entendu parlé du projet PAERPA au début ? **(Question 2)**

Participant 10 : Ben justement par ... Alors normalement je fais aussi partie de la maison de soins, de santé, de Mr *** Donc il m'en avait parlé, ensuite quand Mr *** m'en a parlé, il m'en a parlé aussi quand je suis allé à l'EHPAD, je le croisais de temps en temps, et ensuite j'ai eu des gens qui m'ont téléphoné pour ce projet, et il quelqu'un qui est passé, une fois ou deux pour des papiers... pour des dossiers de PAERPA. Mais depuis j'ai l'impression que c'est tombé un peu aux oubliettes. Mais c'était un essai pendant un an ? C'est pas ça ?

ML : Alors on est une zone test au niveau de Denain, mais c'est pas forcément sensé s'arrêter... en théorie si ça marche bien c'est plutôt sensé s'élargir au niveau national. On en discutera. Vous, qu'est-ce qui vous a donné envie de participer au projet PAERPA ?
(Question 3)

Participant 10 : Ben... la possibilité de garder les gens à domicile. Parce que manifestement notre société fait que les vieux dès qu'ils posent un problème sont hospitalisés puis sont encadrés dans les EHPAD. C'est pas de la faute aux EHPAD, c'est de la faute aux... souvent aux parents et aux... à l'environnement des papy et des mamy quoi. Donc c'était une bonne chose pour essayer de les maintenir à leurs domiciles. Essayer de les aider à les maintenir au domicile. Depuis il y a beaucoup de mes patients qui sont allé en EHPAD. Donc ça prouve que bon... le résultat n'était pas forcément... parce que c'est un petit peu opposé aux EHPAD ça, hein ? C'est pour aider les patients à domicile ?

ML : Oui.

Participant 10 : Mais c'est très compliqué à mon avis... il faudra trouver autre chose que ça pour les maintenir à domicile.

ML : Alors c'est vrai qu'il y a les patients fragiles, qui sont la cible du PAERPA, et essayer de les maintenir à domicile. Après c'est sûr qu'il y a des patients dépendants... on peut pas faire autrement...

Participant 10 : Oui mais on essaye pas. Dès que la personne devient dépendante, sous huit jours de temps, elle est hospitalisée à vie... malheureusement c'est ce que je vois. Quand ils posent problème et qu'ils deviennent dépendant... on peut vraiment pas... mettre au point de système qui les prend en charge du jour au lendemain, pour la nourriture et les aider... pour les maintenir à domicile...C'est hyper-compliqué.

ML : Pour vous l'objectif du PAERPA, le maintien à domicile, c'est plutôt un échec ?

Participant 10 : Ben oui je vous dis, parce que la plupart de mes patients âgés qui auraient pu en bénéficier sont en EHPAD. Alors là notre problème c'est que... comme ça arrive toujours subitement, les patients vont dans des EHPAD dont ils dépendent pas. Moi mes patients de Denain vont à Maing, Douchy, ou à Louches ou je vais plus. Par contre moi je récupère dans les EHPAD de Denain des gens qui viennent de Valenciennes, de Bouchain... Enfin moi je trouve ça aberrant. Moi j'ai des papy et des mamy, on me fait des papiers pour qu'ils aillent à Maing, Bouchain, et les gens que je vois, que j'ai c'est des gens que je n'ai jamais vu. Enfin c'est un système aberrant. Il y a un manque de coordination... il y a un manque de... d'aide... enfin je sais pas. Je sais pas comment faire. Alors moi quand je dis à l'EHPAD Arc-en-ciel, ça serait bien de mettre un de mes patients là, il faut remplir un dossier comme un autre. Comme ça met toujours trop de temps et qu'il n'y a pas de place, le patient se retrouve ailleurs quoi. C'est particulier. Moi sur les quinze patients d'EHPAD, je sais pas si j'en ai pas dix huit, j'ai que 2 patients à moi que j'ai suivis. Les autres viennent d'autres médecins. De ce fait là ceux de mes patients de Douchy, j'y vais, pas, c'est un autre médecin qui les voit. Je trouve que le PAERPA c'est gentil, intellectuellement c'est bien, c'est gentil, ça fixe les choses, mais il y a pas de suivi... complet quoi. Le pharmacien fait son job, moi je fais le mien, l'environnement fait le sien, et puis après en dehors de ça... qui fait à manger, qui nettoie...

ML : ça manque de synthèse ?

Participant 10 : Ça manque de synthèse. Et de prise en charge rapide, moi je pense...enfin bon.

ML : Est-ce que vous voyez d'autres inconvénients ? Vous dites la rapidité, la coordination...

Participant 10 : Oui la coordination des soins, et puis surtout une structure d'aide ménagère. Ce qu'il faudrait pouvoir instaurer en dehors des soins, ça ne marchera jamais. Les toilettes encore ça marche, mais du jour au lendemain les gens n'ont pas à manger quoi. Qui va faire les courses qui fait ... et là si on a pas ça, ils restent pas. C'est évident. On a les repas de la mairie mais bon... il y en a un sur deux qui veut pas les prendre

tellement c'est pas bon. Mais après moi je ne vais pas juger les repas, je ne vais pas dire si c'est bon ou si c'est pas bon, je n'en sais rien...

ML : OK.

Participant 10 : C'est surtout ça qui manque. La plupart du temps, les gens qui ont besoin de soins, c'est pas des soins médicaux, c'est des soins sociaux. C'est qui va passer le midi faire à manger ? Qui va passer le soir faire à manger, fermer les volets, fermer la maison ? Le médical si ça marche, le médecin ça marche, à notre niveau ça marche...

ML : C'est toutes les aides à côté...

Participant 10 : C'est toutes les aides à côté qui posent ce problème là.

ML : Vous avez rencontré l'animatrice territoriale ? (**Question 4**)

Participant 10 : Oui oui... je l'ai vue je pense il y a 2 ans. Alors c'est depuis quand ??

ML : C'est à peu près depuis deux ans, ça a été prévu un peu avant mais c'est un place depuis deux ans.

Participant 10 : Il y a deux ans, quand les gens sortaient de l'hôpital je voyais quand même quelqu'un qui me disait « Mr machin il est sorti on a fait tel dossier », alors il y avait un truc à remplir ...il y avait quinze pages à remplir c'était... hard. C'était pas remplissable. Alors elle me disait je vais remplir pour vous, je ne sais pas si elle le faisait je pense que oui... je ne sais pas je n'ai pas eu de retour. Donc intellectuellement ça se passait mais... socialement c'était pas terrible. Alors si je vois bien des vieux, enfin des personnes âgées qui reviennent avec leurs traitements bien... c'est bien, c'est bien fait, ça je... ils ont eu tel médicament, tel médicament a été arrêté tout ça... mais on s'aperçoit que si c'est pas fait tous les mois, la feuille disparaît... papy il l'a rangé, il l'a jeté... enfin c'est ... je sais pas, je ne sais pas ce qu'il faudrait pour que ce soit effectivement hyper complet. Peut être que quelqu'un y passe toutes les semaines, tous les mois je ne sais pas.

ML : La feuille dont vous me parlez, c'est celle là, c'est le courrier de synthèse médicamenteuse, qui est faite à Denain. Vous en pensez quoi ?

Participant 10 : Il est bien fait. Il est bien fait.

ML : Il manquerait d'être actualisé c'est ça ?

Participant 10 : Il manquerait si vous voulez que tous les mois ou toutes les semaines quelqu'un vienne voir, se dise : « est-ce que c'est bien suivi, est-ce que la feuille a pas disparue... ». Bon on l'a fait une fois et puis c'est tout quoi. Ça me fait penser à ces traitements qu'on instaure... vous allez voir, enfin vous prescrivez déjà... on instaure une fois un traitement, et puis si trois mois après, six mois après, un an après, deux ans après, vous vous dites pas « Bon sang qu'est ce que j'ai prescrit ? Pourquoi je l'ai prescrit ? Est-ce qu'il faudrait pas que je l'arrête », ben le papy il a son sachet de machin tous les jours depuis deux ans. Si on se pose pas la question un jour de « Est-ce que c'est encore bien de le mettre ? », il va l'avoir pour le restant de ses jours, vous comprenez ? Si personne

ne se pose la question de savoir si c'est toujours suivi, ben si moi je ... ben si moi le généraliste c'est mon boulot... je le fais. Avant je ne le faisais pas. Avant je prenais des ... je faisais du copier -coller, comme le fait mon remplaçant, il donne systématiquement la même chose que... Si on dit pas « ça est-ce que vous le prenez encore, ça est-ce que vous avez encore besoin » On revient pas sur le traitement. Ils prennent des années de traitement pour rien.

ML : Et quand vous dites avant je ne le faisais pas, c'est avant le PAERPA ?

Participant 10 : Avant que la pratique journalière se dise « faudrait quand même que je réfléchisse un peu sur les traitements que je donne » quoi.

ML : Donc c'est votre réflexion, c'est pas forcément le PAERPA qui vous a poussé à ça ...

Participant 10 : Oui c'est , professionnellement qu'on se pose des questions un jour en se disant... ben un jour vous verrez... systématiquement on renouvelle sans réfléchir et puis après... enfin bon...

ML : Qu'est-ce que vous pensez de la conciliation médicamenteuse qui est faite ? De la révision des traitements qui est faite à l'hôpital de Denain ?

Participant 10 : Ah c'est bien. J'aime bien, c'est bien ça permet aussi au patient d'avoir une autre idée que celle du généraliste. Et ça ne me dérange absolument pas. Ça ne me dérange pas que quelqu'un regarde ce qu'on donne et qu'il dise ben parfois il faudrait ceci cela. Apparemment il y a des personnes qui jouent le spécialiste.... Enfin le spécialiste, si c'est cardio c'est le cardio, si c'est pneumo c'est le pneumo... vous voyez ?

ML : Quel contact vous avez avec les acteurs hospitaliers ? **(Question 6)**

Participant 10 : Ben je pense qu'il est bon... je pense pas avoir de contact mais...

ML : Dans quelles situations vous êtes amené à les contacter ?

Participant 10 : Je les contacte pas... à partir du moment où ils font ça, je n'ai pas à les contacter. C'est plus eux qui nous contacte par le dossier... mais ça se passe bien. On a jamais eu de problème quoi.

ML : OK. Est-ce que vous connaissez l'intervention des pharmaciens dans la prise en charge PAERPA ? **(Question 5)**

Participant 10 : Oui tout à fait, ils reçoivent aussi un document... ?

ML : Oui ils reçoivent aussi le courrier de synthèse médicamenteuse.

Participant 10 : Et ils doivent aussi actuellement... alors je ne sais pas quelle est leur fréquence. Je pense que c'est eux qui devraient faire la fréquence... de tous les mois. Parce que eux ils reçoivent une fois et puis c'est tout quoi, ils interviennent plus.

ML : Alors après ils interviennent à un mois de l'hospitalisation, ils font une évaluation, un entretien pharmaceutique, ou ils évaluent l'observance, la iatrogénie... si le patient est d'accord, ils peuvent aller chez le patient pour voir l'armoire à pharmacie...

Participant 10 : C'est bien. Il faut le faire. Je pense pas qu'il aient le temps de ... d'aller voir les armoires à pharmacie.

ML : Ben ils y en a qui le font. Les pharmaciens sont assez enjoués du PAERPA...

Participant 10 : Ben qu'ils continuent, moi je n'ai rien contre ce qui peut être innovant.. moi je... Moi ça m'effare quand même qu'on dise qu'il y a tant de mort par iatrogénie et qu'on mette pas en opposé tous les gens qu'on fait vivre grâce aux traitements, au bon traitement. Forcément dans les bons traitements qu'on va donner, on va faire de la iatrogénie. Mais si on veut limiter la iatrogénie, faut arrêter de soigner tout le monde quoi. Entre nous hein. Parce que la iatrogénie elle apparaît au cours du temps. A mon avis il n'y a plus personne qui met des médicaments qui intoxiquent les gens le premier jour C'est juste une histoire de traitement qui ... enfin je sais pas... il y en a peut être quatre cent mille par an qui ?

ML : De décès par iatrogénie ? Je n'ai pas les chiffres en tête.

Participant 10 : C'est un truc de journaliste, ils disent tout le temps « il y a autant de décès ». Faudrait dire les qualité et les bons chiffres. Combien de personne on fait vivre grâce à nos traitements qui font de la iatrogénie ? Alors on met le doigt sur la iatrogénie, mais à l'inverse, on doit aider quand même pas mal de gens.

ML : Quel contact vous avez avec les pharmaciens dans le cadre du PAERPA ?

Participant 10 : Ben ils sont bons. Ils font leurs jobs. On a tous une place d'intervenant, et je ne vais pas regarder ce que font les autres. Sauf s'ils le font pas, si ça se passe mal, je suis responsable de tout ce qui se passe ailleurs, à la maison tout au moins. C'est un rôle important. Donc non ça va, j'ai de bons contacts avec le pharmacien. Le problème de la médecine générale c'est qu'on est quand même très isolé. On a un métier seul, de célibataire. C'est pas un métier qu'on peut, je vais dire, mélanger avec d'autres. Les associations ça nous fait bien rire, mais intellectuellement on peut pas réfléchir de la même façon que ce que l'autre médecin va dire. Si ce n'est de se dire on va tous les deux jouer la même carte. Mais c'est quand même quelque chose de très particulier notre métier, généraliste. Moi je fais mon métier, je considère que les autres font bien leurs métiers. Sans ça on se casse la tête. Des fois il faut vérifier hein. Il faut vérifier le cardio, le pneumo, le gastro... il faut pas tout prendre comme argent comptant. Moi je suis parfois effaré de certains compte-rendus... mais pas tous les jours. Il faut quand même bien lire tout ce qu'on vous envoie, pas le faire bêtement. Il arrive qu'il y a de la iatrogénie, le spécialiste, la iatrogénie...les compte rendus. Mais c'est un boulot d'homme seul. En supposant que les autres fassent bien leurs boulots. Moi je n'ai pas le rôle de vérifier, j'ai pas un rôle de contrôleur. Donc si c'est mis en place, c'est bien fait, les gens qui y participent le font bien.

ML : Après il peut y avoir une coordination entre les différents corps de métier, comme avec le pharmacien, comme avec le gériatre à l'hôpital.

Participant 10 : Oui. Mais la coordination c'est le gériatre qui voit le traitement qui le fait, qui le dit au pharmacien qui me le dit. A mon avis la coordination c'est que... c'est qu'on travaille en bonne pensée. On est tous actif du système, sans s'opposer. C'est ça le...

ML : Travailler ensemble pour le patient, pas nécessaire parler entre vous.

Participant 10 : Voilà c'est ça. Puis je vous dis, moi je suis installé depuis 31ans, j'ai pas besoin qu'on m'explique ce que je dois faire. Enfin excusez moi, c'est peut-être présomptueux...

ML : Non pas forcément qu'on vous explique mais ça peut être intéressant de dialoguer avec le...

Participant 10 : Ouais mais dialoguer c'est pour dire, le traitement qu'on a fait c'est ça... enfin je vais peut-être paraître cru, mais... il n'y a pas besoin de fioriture. On a pas besoin de passer du temps pour quelque chose qui est évident. Sauf si je vois qu'il a un médicament qu'il aurait pas du... et encore moi j'ai pas envie d'embêter Mr *** pour lui dire « est-ce que t'as bien vu ceci, est-ce que t'as arrêter ça »... Non il le fait il le fait, c'est bien fait. Moi je vous dis, on a tous un rôle d'intervenant, il faut que chacun fasse son boulot, c'est tout. Et puis il est bien fait, c'est ce que je vous ai dit. Par exemple j'ai une idée différente de la HAD. Pour moi la HAD c'est vraiment du pipeau. c'est... le gars il vous téléphone « est-ce que vous êtes d'accord ? » « ben oui je suis d'accord, je vais pas empêcher le patient de rentrer chez lui ». Après il mettent leurs médicaments à eux. Si vous essayer d'avoir le médecin de l'HAD c'est quasiment impossible... Vous tombez sur l'infirmière coordinatrice qui sait pas ou il est ... C'est autre chose.

ML : C'est autre chose.

Participant 10 : C'est un autre univers. Mais le PAERPA ça me va.

ML : OK. Alors quels avantages et quels inconvénient vous voyez au PAERPA ? (**Question 3**)

Participant 10 : Ben les avantages c'est que ça permet au patient d'avoir une idée plus précise de son traitement. Quand le pharmacien lui dit « il faut prendre ça », quand l'hôpital lui dit « il faut prendre ça », quand le médecin le re-répète. L'avantage c'est que moi je ne suis pas le seul reflet de ce qu'il prend, de ce qu'il fait. Vis à vis de la famille, vis à vis des intervenants. Le pharmacien à son mot à dire, l'hôpital à son mot à dire, je ne suis plus le seul référent. S'il y a un problème, je ne suis plus le seul à raquer, ça c'est très bien aussi. Après le désavantage c'est la prise en charge du jour au lendemain de la personne âgée. Parce que manifestement tout le monde se met en branle le même jour quoi. La personne âgée elle vit mal pendant deux trois ans, et puis pendant une semaine il y a le fils ou le voisin qui dit « il va pas bien », et puis la semaine d'après il faudrait qu'il soit hospitalisé ou en maison de retraite. Ça se passe toujours comme ça. Ça ne se passe jamais en disant « dans trois quatre semaine on va faire ceci, dans trois quatre semaine on va faire cela ». ça se passe toujours comme ça. C'est affolant, en deux trois semaines les gens sont balayés... ça me révolse.

ML : En gros ce que vous verriez pour limiter ça, c'est ce dont on a parlé tout à l'heure, c'est une prise en charge avec les aides non médicales c'est ça ?

Participant 10 : C'est ça. Du jour au lendemain se rendre compte que la personne ne va pas bien. Effectivement restructuré... gérer les problèmes médicaux mais ça on a vu on le fait bien... par rapport à il y a 30ans, on est quand même bien desservit, les spécialistes, les urgences, on vous casse sûrement la tête tout le temps avec les urgences.... mais la prise en charge sociétale on y est pas. Faudrait pouvoir dire « il y a des gens qui vont venir ce soir, vous faire à manger, vous coucher, fermer les volets, comme ça vous pouvez rester chez vous le temps qu'on fasse peut-être une demande de maison de retraite à l'endroit où vous habitez ». Les gens de Denain connaissent Denain. Moi le mec de Denain qui va à Bouchain. Il va rencontrer des gens de Bouchain ou de Valenciennes. Il va pas pouvoir parler de Denain, il va pas pouvoir parler de la rue de Gillard, de ce qu'il s'est passé.... C'est important que les gens qui vivent en ville, se retrouvent dans la maison de retraite de leur ville. On dit « dans les maisons de retraite ils se parlent plus », ben oui ils se parlent plus, ils ont pas vécu la même chose, ils habitaient pas dans la même ville. C'est fou hein. Si vous allez en maison de retraite, vous les voyez tous alignés, ils se parlent pas. Moi j'ai un papy qui est en maison de retraite, mais il m'a dit « j'ai parlé à un mec il vient de Valenciennes, il connaît pas Denain ». Enfin c'est... mais personne n'y pense, tout le monde s'en ... après la famille, le rôle de la famille... c'est mortel hein. C'est expéditif. Oui c'est compliqué la prise en charge de la personne âgée.... Mais j'ai rien contre le PAERPA, je trouve que c'est une bonne démarche médicale.

ML : Si vous aviez un changement à apporter au projet PAERPA, qu'est ce que vous feriez ? **(Question 7)**

Participant 10 : Bah pour l'instant rien. Ça me paraît bien. Je vois pas ce qu'on peut faire de plus, si ce n'est peut-être de demander au pharmacien de pas le faire une fois, une fois quoi. De voir s'il peut regarder. La dernière fois je l'ai retrouvé entre deux liasses de machin, il se souvenait plus quoi. L'impact a duré à mon avis trois mois. Mais pas un an, deux ans, cinq ans, dix ans, quinze ans. Moi il y a des papiers que je vois depuis 31ans, tous les mois. Et si moi je pense pas à son traitement, à lui demander à s'il prend ses... ça ce serait bien si le pharmacien faisait le... peut être pas tous les mois mais tous les deux mois. S'il remettait en question tous les deux mois. Mais le faire une fois c'est... pfff. C'est bien hein. C'est bien vu, mais c'est... sur la longueur d'une vie d'un papy d'une mamy chez lui....c'est ... c'est instantané quoi. C'est pas de longue durée.

ML : D'après vous, le point de vue des patients sur le projet PAERPA, sur la conciliation médicamenteuse ?

Participant 10 : Oh ils sont preneurs. En plus on leur fait une belle feuille avec tous leurs médicaments ça évite les.... Non du côté du patient moi j'ai pas de contestations, les gens ne me disent pas « ouais j'ai encore vu... ». Sincèrement, ça se passe très bien.

ML : Est-ce que vous avez quelque chose à propos de votre expérience du PAERPA qui n'aurait pas été abordé avant ? **(Question 8)**

Participant 10 : Ben non, je pense que je vous ai... peut-être trop dit. Non non mais de toute manière c'est pour ça que c'est fait, toutes les choses innovantes, n'existent que parce qu'elles sont innovantes. Tant qu'on les aura pas faites, pas transformées, on peut

Maxime LOTIN

ANNEXES

pas savoir l'impact réel, si c'est bien si c'est... à mon avis c'est pas mal, c'est plutôt bien, mais il y a des aménagements à faire.

ML : OK. Très bien. Merci beaucoup.

Entretien n° 11

Retranscription en verbatim à l'aide du dictaphone Olympus Digital Voice recorder VN-3100PC

Durée interview : 18'37

Ci-dessous, l'investigateur de l'étude, Maxime LOTIN est appelé «ML» ; le participant est appelé «Participant 11», numéro de l'entretien.

ML : Comment définiriez-vous la place de la gériatrie dans votre activité quotidienne ?
(Question 1)

Participant 11 : Ah (rires) de plus en plus. Euh... Alors vous voulez un pourcentage ? Je serais bien incapable de vous le donner...

ML : Est-ce que c'est quelque chose que vous faites beaucoup ? Est-ce que c'est quelque chose que vous appréciez ?

Participant 11 : Oui alors j'en ai d'autant plus depuis qu'il y a une maison de retraite à *** depuis quelques années, avant il y en avait pas donc je n'en faisais pas forcément. Que j'apprécie... (rires) c'est pas ce que je préfère ! Mais bon, il faut bien parce que... forcément la population vieillit...voilà.

ML : D'accord.

Participant 11 : C'est pas toujours facile parce qu'ils sont têtus.... Ils sont... (rires).

ML : Il y a une personne au sein du réseau de gériatrie du PAERPA qui s'est déplacé pour essayer de rencontrer les médecins traitants mais aussi les autres professionnels de santé, les pharmaciens, les infirmiers... pour leur parler du PAERPA. Est-ce que vous vous souvenez avoir rencontré quelqu'un pour vous parler du PAERPA ? **(Question 2)**

Participant 11 : Oui il y a quelqu'un qui est venu... il y a deux ans peut être. Et j'ai fait une formation, au NOVOTEL, deux jours de formations. Oui c'était fort intéressant. Après la mise en pratique c'est autre chose. En plus ici je suis sur un j'ai une clientèle qui est qui pour environ un tiers est sur le secteur concerné par le PAERPA. Ça a changé les secteurs depuis le début ?

ML : Non.

Participant 11 : Non c'est toujours les mêmes, donc j'ai une grosse partie de ma clientèle qui est hors secteur. Alors j'ai déjà pensé à des gens, ça ne passe pas... bon.

ML : Et est-ce que vous vous souvenez de ce que vous aviez retenu de cette formation ? Ce qui vous avait intéressé sur le projet ?

Participant 11 : Bah c'est vrai que sur le papier, c'est fort intéressant cette coordination entre professionnels de santé... pharmaciens, kiné, infirmières et médecins... après en

pratique c'est vrai que c'est pas toujours toujours hyper-simple et puis... peut-être parce que je suis vieille hein... mais on a énormément de choses à penser, et au moment où il faut faire quelque chose, il faut retrouver tous les éléments... les formulaires éventuels ou... c'est pas forcément facile à mettre en œuvre. C'est pas évident à intégrer dans la Après c'est que j'ai retenu aussi, c'est qu'il y a plein de choses qu'on fait... comme la prose de Monsieur Jourdain sans l'avoir appris, sans le savoir, qu'on faisait... comme vérifier la pharmacie des gens, voir si il n'y avait pas trop d'automédication, s'il n'y avait pas des tas de boîtes.... c'est des choses qu'on fait tous le temps, les infirmières font aussi plein de choses comme ça quand elles sont amenées à aller chez les patients...

ML : D'accord. Donc le PAERPA c'est pas que des nouveautés quoi.

Participant 11 : Non. Pas que des nouveautés. Pas que des nouveautés (rires).

ML : OK. Est-ce que vous connaissez l'intervention qui est faite au centre hospitalier de Denain sur la révision des médicaments ?

Participant 11 : Sur la révision des médicaments ?

ML : Oui alors ça concerne quatre de vos patients. C'est des patients qui sont hospitalisés à Denain, s'ils sont d'accord pour entrer dans le PAERPA, effectivement s'ils sont sur le secteur du PAERPA, il y a une évaluation gériatrique qui est faite, avec une révision des médicaments en fonction des antécédents, voir s'il y a des médicaments en trop, ou pas assez, s'il manque des choses. Ça c'est fait par le gériatre de l'hôpital de Denain, et avec le pharmacien de l'hôpital...et derrière, cette révision des médicaments vous est proposée sous la forme de ce document, qui est un courrier de synthèse médicamenteux, qui reprend les traitements d'entrées, de sorties, avec la justification de ce qui a été fait. Est-ce que vous vous avez déjà vu ce document ?

Participant 11 : Je crois pas non, ça ne me rien du tout.

ML : Ça vous dit rien.

Participant 11 : Vous me dites que j'ai eu 4 patients... mais les patients disent pas. Bon ça peut se comprendre aussi si c'est... si c'est des gens en difficulté, en problème cognitif et autres... ils vont pas nous dire « ah j'ai intégré un projet PAERPA à l'hôpital », je comprends qu'ils ne disent pas. De toute façon ils ne disent rien, ils cloisonnent vachement les patients.

ML : C'est vrai que les patients peuvent ne pas vous le dire, ça c'est possible, par contre le PAERPA c'est pour la prévention du risque de perte d'autonomie, donc les gens connus déments n'en font pas partie...

Participant 11 : Oui c'est vrai. Exact.

ML : Donc il y a ce courrier là qui accompagne le courrier de sortie d'hospitalisation, avec le patient, donc que vous ne connaissez pas spécialement. Il y a ce courrier là, qui est un plan de prise qui est fait pour le patient, pour lui expliquer quand est-ce qu'il prend quel médicament.

Participant 11 : Ça c'est quelque chose que je fais habituellement.

ML : C'est quelque chose que vous faites déjà ?

Participant 11 : Et généralement ils ne l'utilisent pas, parce que c'est une présentation qui ne leur va pas. Ce qui ne paraît pas logique dans notre esprit scientifique, sous forme de tableau. Souvent ils marquent « le matin, un comprimé de ça, un comprimé de ça... le midi... », ils font pas souvent des tableaux. Enfin je suppose qu'ils utilisent. En tout cas ça me sert à moi quand j'y retourne le mois d'après pour faire le point de ce qu'il reste.

ML : D'accord. Qu'est-ce que vous en pensez de la révision des médicaments, qui est faite à l'hôpital ?

Participant 11 : Euh... c'est bien. C'est sur que pour éviter la iatrogénie, ça peut être bien. c'est peut-être plus... l'occasion de réviser justement parce que... à domicile, ils veulent pas arrêter un certain nombre de médicaments, parfois. C'est peut-être parce qu'on pose pas les bonnes questions, parce que quand on leur demande s'ils en ont encore besoin, s'ils en ressentent encore le besoin, ils disent oui, mais quelque fois ils ne savent même pas pourquoi c'est prescrit du coup...

ML : Vous trouvez que c'est un bon moment, l'hospitalisation pour faire ça ?

Participant 11 : Oui, je pense.

ML : D'accord. Et ça vous gêne pas qu'il y est un autre médecin qui vienne modifier vos prescriptions ?

Participant 11 : ... (rires). Euh... ça dépend comment c'est fait.

ML : D'accord. Et de quoi vous avez besoin pour que ce soit bien fait ?

Participant 11 : Ben... peut-être qu'il y est un retour un peu plus ... soit une communication téléphonique ou... c'est pas toujours facile non plus parce qu'on est occupé mais... bon ce document là, c'est bien mais il faut le voir...

ML : C'est sur que si ça concerne pas beaucoup de patients sur deux ans de temps, par rapport à votre activité. Je comprends que ça ne vous dise rien... Est-ce que vous connaissez l'intervention du pharmacien dans le PAERPA dans la conciliation du médicament, le pharmacien de ville ? **(Question 5)**

Participant 11 : ... Non.

ML : Alors le pharmacien reçoit aussi ce courrier de synthèse médicamenteuse, ce qui lui permet de comprendre les changements de médicaments du patient, et de faire un peu d'éducation thérapeutique. Il reçoit aussi une ordonnance de sécurité de 8 jours qui est faite à l'hôpital de Denain, pour laisser le temps au patient de vous revoir, que vous refassiez le renouvellement de l'ordonnance. Et puis il y a un entretien pharmaceutique à 1 an de l'hospitalisation ou ils reprennent les traitements, ils font de l'éducation thérapeutique, ils évaluent l'observance, la iatrogénie et éventuellement ils peuvent aller

voir l'armoire à pharmacie au domicile si le patient est d'accord. Qu'est-ce que vous pensez de cette intervention ?

Participant 11 : Ben, c'est pareil, tout ce qui concourt à sécuriser les prises médicamenteuses, ça peut être bien. Mais je pensais qu'au départ, le projet c'était ... ça soit le médecin traitant qui est au centre du projet, et finalement c'est presque tout le monde sauf le médecin traitant.

ML : Ben le médecin traitant reste au centre du projet. Le projet... l'intervention est initiée à l'hôpital puisque c'est à l'hôpital que le patient est recruté et qu'ils font la révision des médicaments. Révision des médicaments qui est proposée au médecin traitant et qu'il applique en fonction de sa propre connaissance du patient et de sa propre expertise, et du coup après, normalement il coordonne l'information avec l'infirmier s'il y a un infirmier pour les traitements, avec le pharmacien... Donc normalement si...

Participant 11 : J'ai zéro connaissance de l'intervention du pharmacien parmi ces quatre patients... ça ne me dit rien. Personne ne m'en a parlé, ni le pharmacien, ni le patient... ni l'infirmière.

ML : Vous avez pas eu de retour d'information de ça en fait.

Participant 11 : Non.

ML : D'accord. En terme de coordination avec l'hôpital par exemple, est-ce que vous avez des contacts avec l'hôpital ? **(Question 6)**

Participant 11 : Pas beaucoup... quand ils ont besoin d'un... je crois que la majorité des contacts c'est quand quelqu'un arrive aux urgences et ils ont besoin de renseignements médicaux, sinon après... non après c'est le courrier quoi, pour les sorties.

ML : D'accord. Et est-ce que vous auriez besoin de plus de contact avec les hôpitaux pour... la prise en charge des patients, pour le retour à la maison ?

Participant 11 : Bah moi par courrier ça me va bien mais... mais il faut voir.

ML : Le courrier ?

Participant 11 : Le courrier.

ML : Celui là ?

Participant 11 : Oui, le courrier de sortie généralement, on le reçoit ou le patient l'a, enfin généralement on le voit. On a peut être pas tous les éléments...

ML : Avec les pharmaciens est-ce que vous avez beaucoup de contacts ?

Participant 11 : Bah... on se connaît. Il y a deux pharmaciens mais une seule pharmacie ici, moi j'y vais pour mes besoins personnels, donc on a l'occasion de se rencontrer mais... ça ne va pas beaucoup plus loin ?

ML : Est-ce qu'il vous arrive de discuter d'ordonnance avec les pharmaciens ?

Participant 11 : ...Non. De façon globale de l'ordonnance d'un patient ? Non.

ML : Vous en ressentez pas forcément le besoin ?

Participant 11 : Non. (rires). Ils me téléphonent quand il y a un problème, soit médical ou un médicament en rupture, des trucs comme ça là d'accord, pas autour d'un patient en particulier sur la globalité d'une ordonnance quoi, ou sur le bien fondé ou sur... ça n'arrive... ça ça n'arrive pas.

ML : D'accord. Qu'est-ce que vous pensez de la révision de l'armoire à pharmacie du patient ?

Participant 11 : Moi c'est quelque chose que je faisais quand j'allais beaucoup en visite, ce qui était le cas il y a 10ans, mais plus maintenant. Moi je trouve que c'est une très très bonne chose, parce qu'on a des grosses surprises après les gens sont pas toujours d'accord... Mais oui si, c'est bien.

ML : OK. La personne qui démarchait, du réseau gériatrique pour apprendre aux médecins traitants et aux professionnels de santé ce que c'était le PAERPA, son nom c'est l'animatrice territoriale. Est-ce que vous connaissez son rôle, hormis cette tache là ?
(Question 4)

Participant 11 : Ah j'ai su. (rires) je l'ai sûrement un peu oublié . Ben faire connaître...

ML : Oui ça c'était sa mission dans un premier, de faire déployer le projet, de faire connaître le projet aux professionnels de santé, et dans un deuxième temps ses missions c'était aussi de faire le lien par rapport à l'intervention de l'hôpital, de pouvoir faire le lien entre l'hôpital, les médecins traitants, les pharmaciens de ville... Vous vous ne l'avez pas revue l'animatrice territoriale ?

Participant 11 : Je ne l'ai pas revue. J'ai un mail de temps en temps. Une newsletter. Et puis voilà quoi, c'est tout.

ML : Vous n'avez pas eu de nouveaux contacts avec elle ?

Participant 11 : Non.

ML : D'accord. Et qu'est-ce que vous pensez de l'intervention d'une personne externe pour faire le lien entre l'hôpital et le médecin et le pharmacien ... faire se coordonner la prise en charge ?

Participant 11 : Euh... oui, faudrait voir à l'usage. Si c'est fait, si le médecin passe facilement. C'est sur que... dans tous les systèmes de réseaux, ou de choses comme ça, c'est quand même bien quand il y a une personne qui... qui ne fait que ça, et qui connaît le système par cœur, et qui connaît toutes les ficelles, les numéros de téléphones, les trucs administratifs à faire, les choses comme ça quoi. Je crois que ça nous dépasse un peu... j'avoue. c'est compliqué. Et comme on en met pas beaucoup en place, ben le jour ou on en a besoin, il faut retrouver ses papiers... c'est beaucoup plus facile avec le diabète

vous voyez. Il en a plus. Déjà ce qu'on utilise pas très fréquemment ... ben on le patauge un peu, donc il faut chercher, donc on passe plus de temps. Et puis c'est pas immédiat, donc toujours plus difficile.

ML : Qu'est-ce qui vous avez donné envie de participer au projet PAERPA initialement ?
(Question 3)

Participant 11 : J'ai trouvé que c'était une belle initiative, un beau projet, quelque chose d'utile, pour le patient, pour garder les gens à domicile, un peu plus, en sécurité.

ML : Quels avantages vous voyez pour le patient ?

Participant 11 : Repérer à temps les différentes dégradations, avoir des conseils pour les sécuriser, que ce soit au niveau du médicament, au niveau télé-alarme, aménagement du domicile... repérer toutes les fragilités. Oui c'est ... c'est un beau projet.

ML : Et pour le médecin est-ce que vous voyez des avantages à ce projet ? Pour vous, c'est quoi les avantages de ce projet ?

Participant 11 : Pour le médecin... je ne sais pas. Si le fait quand même de pouvoir être en relation avec l'infirmière et avec le kiné... mais ça c'est des choses qu'on fait quand même... quand on a besoin, pas forcément avec des patients qui sont juste avant la perte d'autonomie, juste avant 65ans enfin je ne sais plus... il y a un âge limite.

ML : 75ans.

Participant 11 : 75 ? bah c'est ça, finalement le chréno il est pas là, quand on est bloqué dans des trucs comme ça, vous voyez je ne me souvenais plus de l'âge. Alors ça va me venir pour quelqu'un de 72 ans, et pour quelqu'un de Saulzoir et puis zut il est pas dans le territoire... c'est vrai que c'est pas... et du coup on laisse tomber. Là j'ai dévié de la question que vous me posiez...

ML : Non non, ça y répond aussi. Sur les limites aussi, du projet, sur le fait qu'on puisse pas inclure tout le monde, que vous travaillez sur une zone un peu PAERPA et majoritairement une zone pas PAERPA donc...

Participant 11 : Oui ça c'est le point négatif le plus important que j'avais souligné quand ... la machine territoriale (rires)...

ML : L'animatrice territoriale

Participant 11 : L'animatrice territoriale est passé une fois parce que moi je me suis dis...

ML : Les critères d'inclusion ça restreint...

Participant 11 : ça restreint, surtout au niveau géographique. L'âge bon... c'est sur qu'on va pas inclure des gens de 60ans et qui jouent au tennis... encore qu'il y en a qui pourraient, qui mériteraient.... Peut-être pas à 60ans.

ML : C'est sur, il y en a à 72 ans, ça pourrait se discuter...

Participant 11 : Après il faut mettre des critères, c'est logique.

ML : Donc à part l'élargissement des critères d'inclusion, est-ce que vous verriez d'autres choses pour essayer d'améliorer le projet PAERPA ? **(Question 7)**

Participant 11 : Oh... je n'ai pas réfléchi à ça (rires). Il y a sûrement des bureaucrates qui peuvent faire ça... ou des gens qui l'utilisent d'avantage... non j'ai pas...pas de méthode particulière à proposer.

ML : Dernière question, est-ce que vous avez des choses à rajouter par rapport au projet PAERPA, ou un sentiment général ? **(Question 8)**

Participant 11 : Ben je voulais savoir si ça continuait, si ça prenait de l'ampleur, si ça fonctionnait... parce qu'il devait y avoir une évaluation... il faut évaluer, si on évalue pas un projet c'est pas la peine.

ML : Eh bien... je suis là pour ça, on est un groupe de cinq internes à évaluer le projet... [...] les animatrices territoriales nous ont transmis un courrier pour dire que le projet était étendu jusque fin 2018 pour le secteur de Denain.

Participant 11 : Uniquement pour le secteur de Denain ?

ML : Non effectivement, ça doit être pour toutes les zones tests.

Participant 11 : OK, bah c'est bien de me l'avoir remis en mémoire...

ML : Merci beaucoup pour avoir répondu à mes questions...

Entretien n° 12

Retranscription en verbatim à l'aide du dictaphone Olympus Digital Voice recorder VN-3100PC

Durée interview : 32min46sec

Ci-dessous, l'investigateur de l'étude, Maxime LOTIN est appelé «ML» ; le participant est appelé «Participant 12», numéro de l'entretien.

ML : Comment définiriez-vous la place de la gériatrie dans votre activité quotidienne ?
(Question 1)

Participant 12 : Vous voulez dire en pourcentage ?

ML : Est-ce que vous en faites beaucoup, est-ce que vous aimez ça ?

Participant 12 : Assez bien, oui. Parce que moi à la base ... il y a une trentaine d'année, j'ai repris la patientèle d'un médecin qui partait en retraite, et je pense que lui à l'époque, la gériatrie ça comptait pour ... je dirais plus de la moitié. Patientèle âgée entres guillemets. Bon quand j'ai repris, d'ailleurs j'ai hésité je vais vous dire... quand on reprend une patientèle, quand on est jeune, voyez un peu le... je sais pas si vous allez vous installer ? Ou est-ce que vous attendez ?

ML : Je vais attendre un petit peu...

Participant 12 : Attendre un petit peu, mais quand on se jette un petit peu dans... l'incertitude, surtout à l'époque hein. Maintenant s'installer je crois que... vu les... le désert médical, il n'y a pas de soucis à se faire. On se fait une patientèle assez bien, nous il y a 30ans, c'était différent, reprendre une patientèle très âgée... c'était compliqué. Donc j'avais une place importante pour la gériatrie il y a 30ans, en 30ans, la patientèle s'est rajeunit on va dire, mais je garde quand même... on est dans un village ici, j'ai des patients de plusieurs villages. Actuellement on a tendance à maintenir les personnes âgées chez elles, ce qui fait... que la place de la gériatrie reste quand même prédominante.

ML : OK. Comment vous avez eu connaissance du projet PAERPA ? **(Question 2)**

Participant 12 : Euh... comment j'ai eu connaissance... ben c'est-à-dire j'ai pas tellement... adhéré au truc. Alors je sais que c'était une équipe qui était venue... je ne me souviens plus bien quand... il y a deux ans... qui m'avait dit, « bon ça va se mettre en place »... mais j'y ai pas tellement adhéré... par manque de temps... par... ben il faut y consacrer quand même une partie de son temps.

ML : Vous savez que vous avez des patients qui ont bénéficié du projet PAERPA ? Qui ont été suivi par le PAERPA ?

Participant 12 : Oui oui je vais dire... je les perds de vue un peu.

ML : D'accord. L'intervention que j'évalue qui vient du PAERPA, parce que le PAERPA c'est plusieurs choses différentes, moi ce que j'évalue surtout, c'est l'intervention qui est faite à l'hôpital de Denain, ou quand le patient entre, il peut être inclut dans le PAERPA, et dans ce cas ils font une révision des médicaments, avec le Dr Hanot qui est gériatre, le pharmacien de l'hôpital, et ils vous proposent à la sortie un courrier de conciliation médicamenteuse... je dois en avoir un exemple ici... et un plan de prise...

Participant 12 : Vous travaillez avec le Dr Hanot ?

ML : En fait le Dr Hanot c'est mon directeur de thèse. On a jamais travaillé en pratique dans le service ensemble, mais c'est lui qui dirige ma thèse.

Participant 12 : C'est votre directeur de thèse.

ML : Donc voilà ce courrier là, qui est rédigé pour les patients avec la conciliation médicamenteuse qui est faite à l'hôpital, et le plan de prise qui est proposé aux patients.

Participant 12 : C'est ça. Ça je le retrouve chez les patients qui reviennent de l'hôpital. J'en ai eu connaissance récemment.

ML : D'accord. Et qu'est-ce que vous pensez de la conciliation médicamenteuse ?

Participant 12 : Euh... je pense que c'est très important, parce que ça s'adresse à des personnes âgées, qui sont souvent seules... et j'avoue que moi j'ai gardé... je sais pas si vous avez eu connaissance du carnet médical ? Vous êtes trop jeune ?

ML : Je pense voir ce que c'est, mais dites moi.

Participant 12 : C'était le ministre de la santé sous Jacques Chirac, Mr Barrot, qui l'avait institué. C'était un carnet, il fallait que chaque patient il est son carnet. Quand il allait chez le médecin le médecin remplissait... et bon ça a été abandonné parce que bon, la profession médicale n'y pas tellement adhéré... ils disaient que c'était de la paperasserie. Moi je l'ai gardé ça. Ce qui fait que jusque maintenant, j'ai des patients qui ont un carnet de santé, sur lequel je note... le suivi, « hospitalisé de telle date à telle date, sortit avec tel traitement ». Et là je le fais... et les patients qui n'ont pas de carnet de santé ou que je vois qu'ils sont un peu perdus... je fais moi même quand ils n'en ont pas, quand ils sortent de... bon là ils sortent de médecine, ils sortent avec ça, mais des fois ils sont à Valenciennes ou en chirurgie... il y a pas tout ça.

ML : Non ça c'est vraiment sur Denain c'est vrai.

Participant 12 : Et ça, nous on le fait. Et je ... je me fais aidé aussi par les infirmières, pour les patients qui ont parfois besoin de soins, d'injections et cetera, je mets à contribution l'infirmière.

ML : Pour la délivrance des traitements ?

Participant 12 : Voilà. Ben déjà pendant qu'elle fait des piqûres, et si je vois que... je rédige une ordonnance, dire voila « deux passage par jour pour donner les médicaments »... bon là on est un peu limité parce que le passage des infirmières

s'adresse plutôt aux patients Alzheimer et apparentés ... ça (le courrier de synthèse médicamenteuse) c'est une excellente initiative.

ML : D'accord. Qu'est-ce que vous appréciez dans la conciliation médicamenteuse qui est faite à l'hôpital ?

Participant 12 : Qu'est-ce que j'apprécie ? Vous voulez dire quoi ?

ML : Je sais pas, qu'est-ce que ça vous apporte pour votre travail ?

Participant 12 : Bah une certaine sérénité, surtout pour le patient. Parce que les patients âgés, vous voyez un peu comment ils se débrouillent... très très mal, pour la prise médicamenteuse. On arrive parfois à des accidents. Je ne vous raconte pas quand il y a un anti-coagulant, une personne qui à 84ans... j'ai eu le tour... un patient qui est sorti de l'hôpital, bah il était à Denain je crois Mr ***, il a fait une embolie pulmonaire, il est sorti avec LOVENOX, et vous ferez le relais PREVISCAN... bon là j'ai du appeler l'infirmière pour lui dire « ben voilà, vous lui donnerez le PREVISCAN, prise de sang une fois par semaine, et vous m'appellez quand vous avez l'INR ». Lui il va pas m'appeler. Il a son taux d'INR, il va attendre que le médecin appelle... moi je peux pas, c'est clair.

ML : Est-ce que vous pensez que c'est une bonne chose que ça soit fait à l'hôpital la révision des traitements ?

Participant 12 : Oui, pourquoi pas, bien sur.

ML : Par rapport à ce que vous faites en ville je veux dire.

Participant 12 : Par rapport à ce que je donne ?

ML : Par rapport à quand vous, vous réviser les traitements.

Participant 12 : Oui. Ben si l'hôpital estime qu'il y a matière à réviser, oui, je suis absolument pour. On aime bien d'ailleurs, c'est un travail d'équipe on va dire. Parce qu'il était un temps ou dans d'autres hôpitaux, le patient s'il est entré pour telle pathologie, il vont donner le traitement, mais ils vont pas s'occuper du traitement que le patient avait auparavant. Alors que si ils interviennent à bon escient, je suis entièrement pour... pourvu qu'on me dise le motif. « Nous avons arrêté le médicament parce que »...

ML : Vous avez beaucoup de contact avec l'hôpital de Denain ? **(Question 6)**

Participant 12 : Oui.

ML : Vous avez quels types de contacts ?

Participant 12 : Ben confraternels déjà ...

ML : Je veux dire, pour quel type de situation vous êtes amené à les contacter ou vous êtes amené à les contacter ?

Participant 12 : Quand j'hospitalise un patient. Je téléphone toujours après. Faut que j'hospitalise un patient, j'attends un jour, ou des fois c'est l'hôpital qui me contacte, un interne ou ... qui me dit « ben voilà, on comprend pas très bien depuis quand il prend ce traitement » et cetera... j'essaie quand je fais hospitalier un patient d'être le plus complet possible. Les antécédents... je vais dire mon ordonnance c'est pas « je vous adresse monsieur untel, pour altération de l'état général, point ». Je me mets un peu à votre place. Dès fois il y a personne pour vous dire...il y a pas une fille, un fils pour dire, « voilà ses médicaments », j'essaie toujours de faire au mieux, le motif d'hospitalisation, les antécédents, les allergies, les traitements. Je pense que vous l'avez peut-être déjà vu...

ML : Alors vous... vous personnellement j'ai pas en tête, mais c'est parce que le secteur est très large aussi, moi en ce moment je travaille sur Valenciennes, pas sur Denain, c'est pour ça aussi. Par rapports aux infirmières dont vous parliez, quels contacts vous avez avec elles, sur quelles situations vous êtes amenées à parler avec elles ?

Participant 12 : Les infirmières d'ici ? Déjà leur bureau il est là.

ML : Ah oui d'accord, c'est une maison de santé ici ?

Participant 12 : Oui, c'est une espèce de maison de santé. Donc on a beaucoup de contacts, elles viennent vers moi pour me dire « voilà, il y a tel patient, on a remarqué ça ou ça », et moi je les sollicite, justement pour ... quand il faut venir en aide pour les médicaments. Donc c'est vrai que quand on travaille dans la même structure, ça facilite énormément les choses.

ML : D'accord. Alors pour revenir un peu en arrière, au moment où vous avez eu connaissance du projet PAERPA, il y a une personne du réseau qui est venue vous expliquer ce que c'était que le PAERPA, son nom c'est « l'animatrice territoriale », voilà... elle fait partie du réseau de gériatrie.

Participant 12 : Ça fait bien trois ans...

ML : ça devrait être 2015, donc peut-être plus de deux ans oui... donc elle est venue vous informer à propos du projet PAERPA. Est-ce que vous connaissez son rôle à cette personne qui est venue vous voir ? **(Question 4)**

Participant 12 : Ah j'ai plus aucune connaissance !

ML : D'accord. Alors son rôle c'était de former les médecins traitants à ce que c'était le réseau PAERPA, et leur montrer comment ça marchait. Ensuite leur rôle il a évolué, vers un rôle de coordination entre les acteurs hospitaliers, les médecins traitants, les pharmaciens, les infirmiers, les kinés.... Qu'est-ce que vous pensez de l'intervention d'une personne externe pour faire cette coordination de soins ?

Participant 12 : Oui je me souviens vaguement, elle avait mis également je crois dans le... dans le pool, il y avait aussi la pharmacie ?

ML : Oui, tout à fait.

Participant 12 : Mais bon, il y avait des contraintes quand même... non ?

ML : Ben je sais pas, à vous de me dire, à quelles contraintes vous avez été confronté ?

Participant 12 : Des dossiers à remplir... alors moi la paperasserie je vous dirais que... mais bon c'est ça qui mine un peu... un projet. C'était l'obstacle majeure je dirais.

ML : La paperasserie ?

Participant 12 : Voilà.

ML : Alors vous me parlez des pharmaciens, effectivement ils ont un rôle dans le PAERPA, est-ce que vous connaissez l'intervention des pharmaciens de ville ? **(Question 5)**

Participant 12 : Peut-être dans l'explication du traitement ?

ML : Oui ils ont un rôle d'éducation thérapeutique.

Participant 12 : Après je sais pas.

ML : Alors les pharmaciens reçoivent comme vous le courrier de synthèse médicamenteuse, ça leur permet de comprendre les modifications de traitement qui sont faites, pour pouvoir délivrer le bon traitement. Ils reçoivent aussi l'ordonnance de sécurité de 7 jours qui est faite à l'hôpital de Denain, pour accompagner la sortie, pour laisser le temps au patient de venir vous voir. Et après ce que font les pharmaciens surtout, c'est un entretien pharmaceutique, un bilan, à 1 mois de l'hospitalisation, ou ils reprennent les traitements, ils font un peu d'éducation thérapeutique, et ils évaluent l'observance, le risque de iatrogénie... et si le patient est d'accord, ils peuvent aller à domicile pour voir l'armoire à pharmacie. Qu'est-ce que vous pensez de cette intervention des pharmaciens dans la prise en charge ?

Participant 12 : Elle ne peut être que bénéfique pour moi, bien sur. Il y a tellement de problèmes liés à... problèmes de iatrogénie, oui effectivement. C'est sur que ça ne peut être que bénéfique. Mais je me souviens de Madame ***, je ne sais pas si vous allez voir les pharmaciens ?

ML : Alors il y a une externe de pharmacie qui voit les pharmaciens

Participant 12 : Alors la pharmacienne ici est partie en retraite au mois de janvier... je sais qu'à l'époque... ça met en jeu beaucoup de... évidemment, quand il faut y consacrer du temps, il faut s'investir dans le projet. Voilà. Mais le principe est.. je dirais parfait. Il aurait même du exister depuis longtemps.

ML : C'est quelque chose qui répond à une de vos attentes finalement ?

Participant 12 : Oui, bien sur.

ML : Et vous, vous aviez connaissance de cette intervention du pharmacien ?

Participant 12 : Oui, bien sur.

ML : Est-ce que vous avez déjà eu des retour, une communication avec le pharmacien, a propos d'un patient ou d'une ordonnance ?

Participant 12 : Non.

ML : Ça c'est quelque chose qui n'est pas arrivé... d'accord.

Participant 12 : Après je vous dis... Nous il y a plusieurs pharmaciens, parce que je fais Haspres, Saulzoir, Bouchain, Lieu Saint Amand... mais disons la partie la plus importante c'était ici avec la pharmacie d'ici. Et à l'époque, j'avais pas eu de retour. Bon après, c'est pas parce que j'ai pas eu de retour que... ça se coordonnait quoi finalement. ... le pharmacien il faisait son boulot, les infirmières, et puis la boucle est bouclée.

ML : D'accord. Finalement, qu'est-ce qui vous a donné envie de participer au projet PAERPA, quand on vous l'avait présenté ? **(Question 3)**

Participant 12 : Ben parce que voilà... je me suis dis, c'est un truc qui va faciliter, qui va aplanir un peu les problèmes. Tous ces problèmes je vous dis, patient âgés qui se retrouvent un peu ... de médicaments. Voilà. Mais je vous dis après, on a pas eu de... de contact...peut être parce que moi j'ai délaissé aussi.

ML : Quel type de contact ? Avec les patients ou avec le réseau ?

Participant 12 : Avec le réseau.

ML : D'accord. Vous auriez aimé être plus relancé par le réseau ?

Participant 12 : Oui voilà, on a plus eu de contact. Mais je vous dis, peut-être que la faute m'incombe un peu aussi.

ML : Quels avantages et quels inconvénients vous voyez au PAERPA ?

Participant 12 : Les inconvénients je vous ai dis, c'est la paperasserie, point. Et tout le reste, il est que avantages. Qui dit paperasserie, dit qu'on sacrifie du temps. Et ça c'est un leit motiv qui revient, vous en entendrez parler. On a des journées de ... ben c'est simple, 7h 19h, 20h... aujourd'hui j'ai pris une personne parce que... je l'ai mise à 19h et je voulais arrêter là quoi. Sinon oui c'est... h 12h moi je fais des visites, et 13h 19h30... 20h... consultations. Alors après ou vous voulez trouver le temps ? Et je crois pas être le seul ? Je sais pas, vous avez vu d'autres confrères ? Est-ce que le discours est un peu semblable ?

ML : Il y a des choses qui reviennent ..

Participant 12 : Vous retrouvez toujours les mêmes...

ML : On trouve parfois différents points de vus, mais la nécessite de temps pour le réseau, c'est quelque chose qui revient. Pour vous, quelle est la place du médecin traitant dans cette intervention du projet PAERPA ? **(Question 6bis)**

Participant 12 : Je pense... place quand même prépondérante, centrale, c'est le pivot donc...je pense pas qu'on puisse faire quelque chose sans le médecin traitant hein...Après bon, c'est le maillon... est-ce que c'est le maillon fort, le maillon faible, je n'en sais rien. Il est nécessaire on va dire.

ML : Et pour vous la coordination en ville, une fois que le patient est sorti de l'hôpital, elle se fait comment ?

Participant 12 : Sans parler de ça ?

ML : En parlant de ça.

Participant 12 : Euh... vous voulez dire comment on procède ?

ML : Ben la coordination entre les acteurs hospitaliers, les pharmaciens, le médecin traitant, qui vous venez de le dire est le pivot, elle se fait comment la coordination ?

Participant 12 : Je comprends pas le sens de la question...

ML : Normalement avec l'intervention qui est faite, à la fois à l'hôpital à la fois du pharmacien, à la fois l'analyse du médecin traitant du courrier de synthèse médicamenteuse et sa propre vision du patient et sa propre expertise, il faut que tout ça, ça se partage pour qu'il y est un ... un rassemblement des informations, et que tout ça soit productif. Pour vous c'est fait comment ça ?

Participant 12 : ... Vous voulez dire comment on coordonne tout ça ? Ben chacun en y mettant du sien, non ?

ML : D'accord. Mais finalement, est-ce que le PAERPA vous a amené a changé vos relations avec le pharmacien, les acteurs hospitaliers...

Participant 12 : Pas du tout. Non j'ai pas changé... vu que... on y était déjà un peu sans le PAERPA. On procédait déjà un peu comme ça. C'est-à-dire le patient, mise à part l'ordonnance que délivre l'hôpital pour 7 jours, le patient sort de l'hôpital, j'ai un appel tout de suite. Je me rends chez le patient quand il sort de l'hôpital, en général il y a un courrier. Il est arrivé que le patient sorte uniquement avec un carton. Alors qu'est-ce que je fais ? Je prends le téléphone, j'appelle. Je dis « voilà, Madame untel est sortie, je la vois, je vois son traitement mais je comprends pas certaines choses »... et là on m'explique. Maintenant on nous facilite les choses avec ce travail là, parce que vous trouvez , dans plus de 90 % des cas, le patient sort avec un courrier. J'ai eu par contre un cas... une patiente qui est sortie vendredi... c'était une fracture du radius et... une dame âgée, vit seule, elle est sortie vendredi, je me suis rendu chez elle lundi matin, pas de courrier. Donc là qu'est-ce que j'ai fait ? J'ai pris le téléphone, j'ai appelé le service, on m'a expliqué. C'est tout.

ML : Très bien. Si vous deviez apporter un changement à ce projet PAERPA, qu'est ce que vous feriez ? **(Question 7)**

Participant 12 : Il est d'abord bien fait, je ne vois pas de changement à apporter. Changer, je ne pense pas qu'on puisse changer quoi que ce soit, le procédé me paraît... en très...

ML : Je suis un peu surpris parce que vous me dites que le projet est bien fait, mais quand on a commencé cette discussion vous m'aviez dit que vous n'adhériez pas trop au projet PAERPA et que vous n'aviez pas tellement relancé. Est-ce que vous savez m'expliquer cette différence ?

Participant 12 : Parce que je m'étais déjà habitué à travailler de moi même comme ça, c'est-à-dire à recueillir des informations quand je n'en avais pas, à mettre en garde le patient, à chercher les enfants, parce que je trouve que... je m'adresse d'abord aux enfants. Patient qui rentre, qui est tout seul, je demande ... depuis le temps que je suis ici, je connais quand même, donc je connais les enfants, les petits enfants, les gens qui s'occupent de la personne. Donc je vais un peu au devant de tout ça. C'est pour ça que ça (le réseau), je trouve que c'est bien, mais je m'y étais déjà formé plus ou moins. C'est pour ça que j'ai trouvé que c'était un plus de remplir ceci cela... alors moi je le faisais à ma manière. Vous comprenez ?

ML : Oui d'accord, je comprends la différence. Est-ce que vous sauriez dire combien de patients vous avez qui ont bénéficié de cette intervention là ?

Participant 12 : Combien de patients ? Sur une année ?

ML : A peu près.

Participant 12 : Je ne sais pas... Je dirais une cinquantaine. Moins ? Plus ?

ML : Moins, vous avez eu une dizaine de patients qui ont bénéficié de l'intervention PAERPA, sur les deux années 2015 1016... voilà vous en avez treize.

Participant 12 : Alors ça conforte que finalement, je me débrouille bien.

ML : Ça veut dire que finalement, ces patients là, vous les identifiait pas plus dans votre patientèle que les autres ?

Participant 12 : Un peu plus, je vous dis, on me simplifie le travail.

ML : Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter par rapport au PAERPA et par rapport à la conciliation médicamenteuse qui est faite à l'hôpital de Denain qui n'aurait pas été abordé avant ? **(Question 8)**

Participant 12 : Non bah écoutez, je pense que vous avez fait le tour. Comme je disais, vous voyez, un travail comme ça, on aurait aimé l'avoir... à nos débuts. Comme je vous disais au début, on est ... et encore moi je vais dire, le médecin a qui j'ai succédé m'a quand même bien aidé. C'est ça qui est important, la différence entre un médecin qui reprend une patientèle et celui qui crée, pour celui qui reprend, il a quand même déjà une assise, le médecin que j'ai remplacé, les visites à domicile, il avait un ... un petit cahier sur lequel il notait ses visites ... tels jours j'ai prescrit une prise de sang, les résultats, il

mettait en rouge les résultats... il avait un fichier vous savez avec des tiroirs, il y en avait six, avec les dossiers. C'était l'époque écriture.

ML : L'ancêtre du dossier médical.

Participant 12 : Voilà, aujourd'hui, c'est et voilà quand on part du bon pied, sur une assise qui est déjà solide, après le chemin est tracé. C'est pour ça que j'ai continué sur la même lancée, le carnet et cetera... et je dirais qu'ici par exemple, moi je suis encore l'un des rares à faire beaucoup de visites.

ML : Si vous faites des visites de 7h à midi, vous faites beaucoup de visites, je vous confirme.

Participant 12 : Bon il y a le secteur qui est large, donc il y a les kilomètres. Et donc pour ces gens là, pour une partie de ces gens là, les personnes âgées que je vois en visite, il est nécessaire d'avoir des écrits.

ML : Tout à fait.

Participant 12 : Des écrits, la collaboration, infirmière, aide ménagère ... aussi, on a tendance à les oublier, mais parfois ce sont elles les premières à nous appeler... Parfois, 7h du matin on m'appelle, « je vais chez Madame untel elle est tombée par terre »... voilà, et je pense que ce procédé est très bien conçu. Je ne vois pas d'objection ni de... on peut toujours améliorer bien sur, mais là je crois qu'il est correctement fait.

ML : OK. Merci beaucoup !

Entretien n° 13

Retranscription en verbatim à l'aide du dictaphone Olympus Digital Voice recorder VN-3100PC

Durée interview : 7min40

Ci-dessous, l'investigateur de l'étude, Maxime LOTIN est appelé «ML» ; le participant est appelé «Participant 13», numéro de l'entretien.

ML : [Introduction] Ma thèse c'est donc sur le projet PAERPA, et sur les motivations des médecins traitants à participer au projet PAERPA...

Participant 13 : Bon le PAERPA, je vous préviens tout de suite, moi j'aime pas ça. J'ai une amie qui est gériatre et qui m'a dit que c'était pas bien.

ML : Ah bon... c'est qui cette amie, si c'est pas indiscret ?

Participant 13 : C'est Madame ***, elle travaille vers Quesnoy. Elle m'a dit le PAERPA c'est beaucoup de paperasse, et à chaque fois qu'elle veut inclure quelqu'un, il y a toujours un critère qui le refusait... bon.

ML : Effectivement il y a des critères d'inclusion et d'exclusion...

Participant 13 : Elle m'a dit le PAERPA c'est une machine à gaz.

ML : Usine à gaz c'est un terme que j'ai déjà entendu. Bon, du coup ma question introductive, c'est de savoir quelle est la place de la gériatrie dans votre activité ?
(Question 1)

Participant 13 : Beaucoup, il y y a beaucoup de personnes âgées... beaucoup d'enfants... On va dire 10 %, 15 %. ça dépend à quel âge vous dites gériatrie.

ML : Bah pour vous ?

Participant 13 : Après 70ans, oui.

ML : Oui, 70, 75ans...OK. Comment vous avez eu connaissance du projet PAERPA ?
(Question 2)

Participant 13 : Il y a une dame qui est venue me voir, une déléguée de l'ARS certainement... Elle m'a donné pleins de papiers. J'ai tout jeté, j'ai tout mis à la poubelle il y a pas longtemps.

ML : Qu'est-ce que vous aviez retenu de ce projet ?

Participant 13 : Qu'il y a trois pochettes à faire, et que c'était vraiment casse-pied, qu'il y avait pleins de paperasses à faire signer avec l'infirmier, et avec le pharmacien aussi, et puis l'hôpital, qui donne des trucs. je me souviens qu'il donne un truc. Puis la fois ou j'ai

voulu faire un PAERPA, c'était à Somain, c'était ... le trottoir d'en face c'était bon, ce trottoir là non.

ML : C'est vrai que si on est pas loin de la zone...

Participant 13 : Voilà c'est ça. Ce trottoir là ça allait pas, le trottoir d'en face c'était bon...

ML : D'accord... donc plutôt frustrant...

Participant 13 : Voilà. Tout à fait. Je me suis dit voilà... ça m'a démotivé.

ML : L'intervention que j'évalue, c'est la conciliation médicamenteuse qui est faite à l'hôpital de Denain.

Participant 13 : Oui je vois, les patients ils ont des petits papiers, c'est bien fait, c'est joli, c'est clair.

ML : C'est ça ? (le courrier de synthèse médicamenteuse)

Participant 13 : Oui voilà.

ML : Qu'est-ce que vous pensez de cette intervention là qui est faite ?

Participant 13 : Bah c'est bien, c'est une belle fiche, on voit la dose, c'est pas mal... après... je suis pas motivé avec le PAERPA....

ML : D'accord, alors qu'est-ce que vous voulez dire par « vous êtes pas motivé avec le PAERPA » ?

Participant 13 : Je vois que la paperasse, je vois que la paperasse.

ML : D'accord. Recevoir ça vous intéresse ?

Participant 13 : Parfois ... oui. Mais des fois il y a pas de PAERPA, et les enfants font la fiche pareil.

ML : C'est vrai que ça existe aussi en dehors... c'est proposé par l'hôpital de Denain, mais il n'y a pas qu'eux qui font ça, c'est sur. Est-ce que vous connaissez l'intervention des pharmaciens de ville ? **(Question 5)**

Participant 13 : Oui, il ont signé un papier, et puis ils ont 50euros aussi c'est ça ?

ML : Alors oui, ils ont une partie de la rémunération... ils ont une charte, qui était proposée, mais ce n'était pas obligatoire pour faire partie du PAERPA. Mais leur intervention auprès du patient, est-ce que vous la connaissez ?

Participant 13 : ... non.

ML : Bon alors les pharmaciens de ville ils reçoivent aussi ce courrier de synthèse médicamenteuse, comme ça ils comprennent aussi les changements de traitements, il peuvent l'expliquer au patient, et puis ils ont un entretien pharmaceutique à 1mois de l'hospitalisation pour faire le point sur les médicaments, sur le risque iatrogénique, l'observance, et éventuellement ils peuvent voir l'armoire à pharmacie...

Participant 13 : Oui c'est bien...

ML : Est-ce que vous avez un avis sur cette intervention ?

Participant 13 : Oui c'est bien... pourquoi pas...

ML : D'accord, pourquoi pas, mais est-ce que ça apporte quelque chose de nouveau pour vous ?

Participant 13 : Non...Je suis désolé pour vous.

ML : Ah mais il n'y a pas de mauvaise réponse, j'entends bien ce que vous me dites. Est-ce que vous connaissez le rôle de la personne qui est venue vous voir pour vous parler du PAERPA ? Est-ce que vous l'avez rencontré à nouveau ? **(Question 4)**

Participant 13 : Elle non... c'est une dame blonde je vois bien sa tête...

ML : Madame Becque.

Participant 13 : Oui... non bah non je ne l'ai pas revue.

ML : D'accord. Et est-ce que vous connaissez son rôle ?

Participant 13 : Non... bah c'est pour faire des projets ou l'ARS est dessus, des projets ciblés non ?

ML : Alors initialement elle faisait connaître le projet, et elle développait le projet quand il s'est mis en place, en en parlant aux médecins traitants mais aussi aux autres professionnels de santé... et son rôle a évolué vers un rôle de coordination entre médecins traitants, acteurs hospitaliers, pharmaciens, remonter les informations... qu'est-ce que vous pensez de l'intervention d'une personne tiers dans la prise en charge pour faire de la coordination ?

Participant 13 : Pour moi ça sert à rien... mais oui... que de la paperasse... pour moi c'est la paperasse... voilà.

ML : OK. Du coup...

Participant 13 : Le seul truc dont je me souviens bien, c'est qu'elle m'a donné trois gros dossiers, rose bleu vert, comme ça, avec pleins de paperasse dedans.

ML : D'accord.

Participant 13 : Je sais pas j'ai pas le temps de me plonger dedans... on est débordé, on est pas beaucoup de médecins donc ...

ML : Finalement vous avez pas...

Participant 13 : J'ai pas le temps, j'ai pas vu le bénéfice par rapport au temps passé.

ML : D'accord. Vous en aviez fait des projets PAERPA ?

Participant 13 : J'en ai eu 2 3 qui sont sortis de l'hôpital... voilà. C'est bien de savoir, au moins je sais pourquoi il y a une fiche comme ça....

ML : OK... En terme de coordination avec l'hôpital de Denain, est-ce que vous avez beaucoup de contacts avec eux ? **(Question 6)**

Participant 13 : Ça se passe bien. Des courriers uniquement. Après ils sont disponibles hein ... si on veut les appeler ils répondent, c'est pas le problème.

ML : Et avec les pharmaciens, des contacts ?

Participant 13 : Ben s'il y a besoin oui, on les appelle, on les appelle facilement, des fois ils savent plus leur dosage... on appelle la pharmacie, si je suis à domicile c'est ... oui .

ML : Et avec les infirmiers vous avez des contacts ?

Participant 13 : Oui beaucoup, les patients sous PREVISCAN, beaucoup.

ML : Dans quelles situations vous appelez les infirmiers ?

Participant 13 : Ben ils donnent le médicament, ils surveillent qu'ils prennent, matin et soir ils passent, et puis ils surveillent l'INR, et ils m'appellent pour savoir si on garde la même dose ou pas.

ML : Finalement est-ce que vous tirez des avantages au projet PAERPA ?

Participant 13 : Non, pas d'avantages.

ML : Qu'est -ce qui vous a donné envie de participé au projet PAERPA au départ ?**(Question 3)**

Participant 13 : Rien du tout... non si, cette fiche c'est bien, sinon c'est tout.

ML : Ça ça peut apporter une aide ?

Participant 13 : Parce que des fois ils savent plus leur traitements, alors pour ne pas se tromper sur la dose... et pour les infirmières c'est bien aussi.

ML : Pour vous quelle est la place du médecin traitant dans ce projet ? **(Question 6 bis)**

Participant 13 : Dans le PAERPA ?

ML : Oui ?

Participant 13 : De la paperasse.

ML : Faire de la paperasse ?

Participant 13 : Oui, c'est tout.

ML : D'accord... est-ce que le PAERPA ça a changé la manière de travailler avec les autres ?

Participant 13 : Non, ça a rempli ma poubelle, c'est tout, voilà (rires).

ML : D'accord... si vous deviez apporter un changement au projet PAERPA, qu'est-ce que vous feriez ? **(Question 7)**

Participant 13 : Il faudrait le zapper.

ML : Pardon ?

Participant 13 : Il faudrait plus du tout faire de courrier PAERPA.

ML : Pour vous il faudrait arrêter le PAERPA ?

Participant 13 : Oui, c'est une perte de temps, et d'énergie. Il y a trop de paperasse, il faut pas faire de paperasse, les trucs avec des paperasses... non.

ML : Alors normalement l'animatrice territoriale, elle a pris ce rôle là, de faire la paperasse pour le médecin traitant...

Participant 13 : Je ne l'ai vue qu'une fois.

ML : Maintenant c'est elle qui le rédige, et elle le propose au médecin traitant, comme ça le médecin il voit s'il y a des choses à modifier ou pas, mais c'est plus lui qui rédige.

Participant 13 : Je l'ai vue une fois cette dame, il y a longtemps.

ML : Et si elle vous recontacte, vous pensez que vous la recevriez ?

Participant 13 : Je suis pas drôle, je vais la recevoir, mais c'est tout. Voilà. Pour moi ça sert à rien du tout.

ML : D'accord, bon c'était rapide, mais j'ai entendu vos réponses. J'ai pas vraiment pu développer mes questions... mais vos réponses étaient assez nettes et tranchées. En tout cas, merci beaucoup !

Entretien n° 14

Retranscription en verbatim à l'aide du dictaphone Olympus Digital Voice recorder VN-3100PC

Durée interview : 24min40

Ci-dessous, l'investigateur de l'étude, Maxime LOTIN est appelé «ML» ; le participant est appelé «Participant 14», numéro de l'entretien.

Les informations entres croches « [...] » informent de certains éléments extérieurs au verbatim.

ML : Comment définiriez-vous la place de la gériatrie dans votre activité quotidienne ?
(Question 1)

Participant 14 : En pourcentage... je dirais... 35 %. A peu près, comme ça de tête, 35 %, un bon tiers.

ML : Donc quelque chose d'important... est-ce que vous aimez ça la gériatrie ?

Participant 14 : Disons que c'est intéressant, mais le problème c'est tout ce qui est médicamenteux, polymédication, interactions entre les médicaments, tout ce qui est tolérance, tout ce qui est effets secondaires et cetera donc... c'est quelque chose que j'aime entre guillemets, c'est une population à part. Dès qu'on donne le moindre nouveau traitement... (souffle), ça devient compliqué. C'est ça qui est pas simple, je dirais. Par rapport à la pédiatrie ou à la... à ce qu'on fait habituellement. Disons que c'est intéressant mais... c'est plus complexe. C'est pas toujours simple, pas toujours évident, et puis après il y a aussi... si les personnes si elles prennent bien correctement leurs médicaments, si elles tolèrent, le fait de prendre un comprimé, si elles préfèrent les substances... mais même par le simple fait des génériques. C'est d'une complexité affreuse... c'est affreux. Parce que dès qu'on change, ils ont leurs habitudes, dès qu'on change avec un générique, ils sont totalement perdus. Ce que je comprends très bien parce qu'au niveau des médicaments, des fois c'est épouvantable, c'est épouvantable. Donc c'est vraiment une population à part. Donc je dirais que si on... si on s'en occupe plus, si on fait attention, c'est normal, c'est tout à fait normal. Au contraire je dirais, c'est peut être quelque chose qu'on aurait du faire bien avant.... Ça c'est clair. En plus le problème c'est que c'est surtout... le plus souvent les personnes âgées, qui sont seules... donc c'est à eux à gérer leurs traitements, c'est à eux à gérer la prise des médicaments et cetera... donc quelque fois on est ... condamnés, enfin obligés, de faire ça par des infirmières, qui passent tous les jours, parce que quelque fois il y a des troubles cognitifs... quand ils commencent à se tromper avec les médicaments, la couleur des médicaments, la forme des médicaments, c'est énorme comme... c'est surtout ... donc c'est vrai que c'est pas toujours... enfin une population à part entière, ça c'est clair. Disons que c'est ce qu'on vit tous les jours, je dirais. Voilà. C'est ça qui est intéressant, mais disons qu'aujourd'hui, surtout à l'heure actuelle, aujourd'hui, je me ballade avec mon... j'ai mon téléphone avec mon VIDAL sur moi, qui fait qu'aujourd'hui, quand j'instaure un médicament, je ... je suis obligé de tout vérifier à chaque fois, ce que c'est... c'est complexe. C'est ça qui est un peu... c'est bien

et c'est pas bien en même temps je dirais... c'est ce qui est intéressant dans le travail, mais des fois c'est pas toujours simple.

ML : OK. Est-ce que vous vous souvenez comment vous avez eu connaissance du projet PAERPA ? **(Question 2)**

Participant 14 : Ben c'est quelqu'un qui est venu, quelqu'un est venu me voir, en m'expliquant le principe du... et puis j'avais trouvé ça intéressant, je m'étais « oui pourquoi pas », parce que des fois on est en face de personnes âgées... qui ont du mal à comprendre, qui ont du mal à suivre... donc c'est vrai que quelque part, ça me paraissait logique, ça me paraissait nécessaire, c'est pour ça que j'ai trouvé ça intéressant.

ML : OK. Et alors finalement qu'est-ce qui vous a amené à y participer au projet PAERPA ? **(Question 3)**

Participant 14 : C'est le fait que... qu'on... que ces personnes soient plus, entre guillemets, plus aidées quoi... qu'il y ait un suivi, qu'on les aide, et c'est ça qui est important je dirais. Parce que quand on les voit, on les examine, OK, on fait un diagnostic, on met un traitement, OK, au revoir madame, ou au revoir monsieur... on leur donne l'ordonnance et après on sait pas... on sait pas ce que ça devient. Qui va aller à la pharmacie, est-ce qu'il prend correctement le médicament... on en sait rien je dirais. Et c'est ça qui est intéressant. Par exemple le pharmacien peut gérer aussi, c'est-à-dire que bon... il voit le nombre de boîtes, si demain la personne demande tiens il me faut une autre boîte, « tiens c'est bizarre, pourquoi, comment », et c'est ça qui est bien. Si par exemple la personne, au lieu de prendre un comprimé, elle en prend deux. C'est ça qui est bien, c'est ça qui m'a intéressé.

ML : OK, très bien. Pour vous c'est quoi les avantages et les inconvénients du projet PAERPA et de la conciliation médicamenteuse ?

Participant 14 : Ben disons que les avantages c'est... qu'on surveille plus... c'est plus rigoureux. Tout ce qui est prise de médicaments, la quantité de médicaments, si tout est bien pris régulièrement et cetera, c'est ça qui est intéressant. Donc on sait que le traitement, on sait qu'il est prit, au moins régulièrement. Maintenant les inconvénients... je dirais c'est plus le côté administratif. Ça par contre qui me... comme au niveau administratif on est bouffé par les administrations... c'est le côté un petit peu qui me repousse (souffle)... c'est ça qui me rebute. C'est le système administratif. Autrement le... je dirais l'idée du projet au contraire je trouve ça intéressant, par contre c'est ça qui m'avait plu.

ML : D'accord. La personne qui est venue vous voir il y a un peu plus de deux ans normalement... C'est un membre du réseau de gériatrie du PAERPA, est-ce que vous connaissez son rôle ? **(Question 4)**

Participant 14 : J'ai du ... je connaissais une personne que je voyais plus ou moins régulièrement, puisque quand il y avait des problèmes on se rencontrait, et puis elle a été mutée... sur Douai je crois... elle m'a dit qu'elle a été mutée. Par contre ce qui était intéressant avec elle, c'est qu'on se rencontrait assez régulièrement. Quand on avait un problème avec une patiente, elle me passait un coup de fil, elle me disait bon il y a un truc qui va pas, et elle allait chez la personne aussi... donc je dirais c'est intéressant. C'était...

au niveau relationnel c'était pas mal. Alors tout ce qui était pour l'administratif. Une fois j'ai eu un problème avec une patiente, qui avait plus de remboursement, qui avait un problème avec sa mutuelle, et elle l'a aidé dans les démarches, elle l'a aidé dans... sur le plan administratif. C'est ça aussi qui est intéressant. Parce que les personnes âgées, quelque part, bon ils ont des enfants... quand ils en ont, ils sont plus ou moins aidés. Mais quand ils ont pas d'enfants ou les enfants sont loin... ils se retrouvent tout seul quoi. Ils se retrouvent tout seul et ça je dirais... et c'est comme si demain vous vous cassez la jambe, vous avez pas d'amis, vous pas de parent, vous avez personne. Le médecin vient, OK, il vous donne des piqûres pour les phlébites, il vous donne l'ordonnance, et il vous dit « au revoir monsieur ». Et vous vous faites quoi ? C'est gentil, j'ai l'ordonnance, et maintenant je fais quoi. C'est ça le truc. Si vous imaginez une personne âgée je dirais, qui est toute seule, on lui donne l'ordonnance, et elle fait quoi avec ? C'est ça qui est intéressant dans ce projet, c'est ça qui m'a intéressé.

ML : OK, vous m'avez fait une bonne description de son rôle. Qu'est-ce que vous pensez d'un coordinateur externe, ce qu'elle fait, voir le patient, le médecin, le réseau, l'hôpital...

Participant 14 : ça je trouvais ça bien. Totalement, très positif. Parce que bon, c'est vrai qu'avec notre activité, on pense pas à tout, on pense pas à dire « tiens il faut que je revoie son traitement » et cetera... on pense pas. Qu'il y est quelqu'un qui nous aide, qui nous dise « bon... » et quand il y a un problème, comme là la personne, ce que je vous disais, elle a un problème avec sa mutuelle et cetera... ce qui fait qu'elle est aidée pour faire les démarches, et c'est ça qui est intéressant, qui est important. Je reviens toujours à mon idée... à ce que j'ai dit tout à l'heure, il faut imaginer une personne seule. Je fais quoi ? C'est ça qu'il faut un peu essayer de s'imaginer quoi. Donc ce qui fait que si personne ne vient vers elle... Autrement... c'est ça le principe je dirais, et c'est ça que je trouve intéressant.

ML : Et alors cette personne là, elle est de formation administrative entre guillemets, elle a pas de formation en santé. Est-ce que vous pour c'est gênant que ça soit pas un professionnel de santé, pour faire ce travail ?

Participant 14 : Non, non.. entre guillemets, moi je suis là pour... régler le problème médical. Mais il y a tout le reste qui va après, tout ce qui est administratif, tout ce qui est la pharmacie et cetera. Donc ce qui fait que quelque part, que ça soit pas quelqu'un de médical, je dirais que moi ça ne me dérange pas. Non au contraire, je dirais presque, c'est quelqu'un d'extérieur, qui m'aide sur le plan administratif, machin... donc quelque part c'est complémentaire. Pour moi c'est complémentaire.

ML : Et est-ce que vous envisageriez le projet PAERPA sans cette personne là ?

Participant 14 : Non.

ML : Pour vous c'est indispensable ?

Participant 14 : Oui. Oui parce que bon... même si je communique avec la pharmacie et cetera, bon, on est pas vraiment en relation. C'est à dire que bon, je vais prendre mon téléphone, je vais dire au pharmacien, « bon voilà, il a tel produit, il a... » et cetera, bon et on a pas de vrai rapport je dirais. Tandis que là, il y a quelqu'un qui va chez la personne, qui va voir un peu ce qui se passe et cetera, donc qui peut venir me voir en

disant, « bon là je me suis aperçut qu'il y a ça et ça qui n'allait pas » donc, c'est complémentaire, et c'est ça qui est intéressant.

ML : Alors vous me parlez des pharmaciens, est-ce que vous connaissez leur intervention dans le projet PAERPA ? **(Question 5)**

Participant 14 : Bah disons que c'est surtout, sur la gestion des médicaments. C'est-à-dire la prise des médicaments, si la prise est faire régulièrement ou pas, si par exemple il demande d'autres boîtes et cetera, point d'interrogation, pourquoi, comment, qu'est-ce qui se passe et cetera, et c'est ça qui est intéressant. C'est-à-dire que moi quand la personne me dit, « voilà il me faut mon ordonnance », je fais l'ordonnance, point. Après si elle me rappelle je dirais trois semaines après, moi je suis pas à une semaine près quoi, et puis dans ma tête, j'ai pas trop en tête, je ne me dis pas tiens tant de boîtes, ça fait que m'appeler que la personne doit m'appeler le 15 de ce mois ci et si elle m'appelle le 8... je dirais je peux pas tout mémoriser. C'est impossible. Donc toujours pareil, pour moi c'est complémentaire.

ML : Alors ce qu'ils font aussi les pharmaciens, c'est un entretien pharmaceutique à 1 mois de l'hospitalisation, ou ils voient le patient, ils font le point, ils voient les médicaments, ils font de l'éducation thérapeutique, ils évaluent le risque iatrogénique, l'observance, et éventuellement si le patient est d'accord, ils peuvent aller à la maison pour réviser l'armoire à pharmacie. Qu'est-ce que vous en pensez de cette intervention ?

Participant 14 : C'est bien. Parce que des fois on a des surprises, quand on ouvre certains tiroirs... on a des surprises, ça c'est clair. Là... donc quelque part, c'est une bonne chose. Disons au moins qu'on puisse contrôler. Parce que c'est un peu délicat de contrôler, d'aller chez les gens, de dire « vous pouvez me montrer »... Ça fait un peu... un peu brutal... donc ce qui fait que... c'est plus ou moins bien perçu. Tandis que là bon le pharmacien, il vient, il leur dit « bon voilà vous avez des médicaments, je voudrais voir s'il vous en reste », et cetera, donc... j'ai l'impression que c'est mieux accepté. Ça par contre oui, cette démarche, ça me semble plus...

ML : Et est-ce que vous avez déjà eu des retours des interventions des pharmaciens ?

Participant 14 : C'est déjà arrivé qu'il y est des pharmaciens qui me dise « bon je suis allé chez telle personne, j'ai trouvé une dizaine de boîte de tel produit » et cetera quoi. Donc là tout de suite, on se pose des questions, on fait entre guillemets plus attention. Se dire que bon, s'il y a ça, alors qu'est-ce qu'elle a fait ? Est-ce qu'elle prend réellement son truc ? Donc on essaie d'être plus vigilant. Parce que pareil, moi chaque mois je mets les médicaments, après je vais pas voir est-ce qu'elle les prend, est-ce qu'elle les prend pas, est-ce qu'elle en prend plus ou moins, j'en sais rien. Le problème il est là quoi. Et ça je peux pas le vérifier c'est impossible. Donc qu'il y est quelqu'un qui vienne, qui m'aide sur ce plan là, au contraire, je suis tout à fait pour. Au contraire, ça m'aide dans mon ... pour le travail, et c'est ça qui est intéressant.

ML : OK. Est-ce que vous avez des contacts avec les acteurs hospitaliers dans le cadre du PAERPA ? **(Question 6)**

Participant 14 : Moins.

ML : D'accord.

Participant 14 : Parce que l'hospitalier... (inspire)... ouais... nettement moins.

ML : Pour vous, comment se fait la coordination du... du projet, en ville ? (**Question 6bis**)

Participant 14 : Bah disons que je pense qu'à mon avis... c'est toujours pareil, c'est à la suite d'une hospitalisation... c'est à dire que l'hospitalisation c'est le prétexte en fin de compte, de faire en sorte de mise au point. Déjà pour voir comment la personne gère ses médicaments, qui lui donne les médicaments, je dirais ça permet de faire en fin de compte... de visualiser presque tous les problèmes. Ce qui fait qu'après, on peut prendre après des décisions qui sont nécessaires. Et c'est ça qui ... malheureusement je dirais, passer en dehors de l'hospitalisation, je vois mal comment on pourrait faire autrement. Parce que je peux pas dire à la personne « je vais vous envoyer quelqu'un pour voir si vous prenez bien vos médicaments, si on veut surveiller vos médicaments, surveiller le nombre de boites que vous avez tous les mois » et cetera, ça, ça va être plus ou moins bien perçu quoi. Disons qu'à la suite d'une hospitalisation, c'est plus logique.

ML : Ça vous semble logique que ça vienne après une hospitalisation, d'accord. Mais pour vous la coordination entre ce que fait l'hôpital, ce que fait le pharmacien, ce que vous vous faites, non seulement les directives que vous donnez aux infirmières... comment elle se fait cette coordination là ?

Participant 14 : Bah disons que... moi l'infirmière je m'adresse directement à elle ... en plus je travaille avec des infirmières... j'ai des relations assez faciles... comme les pharmaciens, on a des relations faciles, on téléphone, c'est tout, il y a pas de problème. Je dirais ce qui est un peu dommage... ce qu'il faudrait, ... quelqu'un qui... comment dirais-je... qui serve à ... superviser c'est pas le mot... qui veille à la bonne organisation. C'est à dire qu'on est chacun de nous dans notre coin, et en fin de compte, quand on prend le téléphone pour téléphoner à l'infirmière et cetera, on peut avoir des nouvelles je dirais. Mais si on fait pas, on a rien. Donc à la rigueur, ce qu'il faudrait c'est quelqu'un, je dirais, qui coordonne un peu tout ça. Qui ... c'est l'élément je dirais... qui réunit les différents partenaires.

ML : Pour vous, qui est-ce qui remplirait ce rôle ?

Participant 14 : Je dirais... je vois bien la personne que j'avais vu... qui apparemment qui est partie parce qu'elle était venue me voir en me disant qu'elle partait. Et elle elle était bien dans son rôle, parce qu'elle venait me voir régulièrement, et on suivait plusieurs personnes. Donc elle venait et on faisait une sorte de synthèse. Donc on disait « voilà, telle personne il y a ça », et c'est ça qui était intéressant. Je dirais ce qu'il faudrait, c'est qu'il y est quelqu'un ... c'est un exemple hein... par personne, qu'elle sache qu'à chaque personne, tel médecin, et qu'elle contacte régulièrement les médecins pour faire des mises à jour je dirais. Ça ça serait pas mal. Oui. Parce que nous en tant qu'acteur de ... on a pas le temps, on a pas le temps de ... de faire les démarches et cetera... c'est pas possible (souffle).

ML : Pour vous quelle est la place du médecin traitant dans cette intervention ?

Participant 14 : Ben disons que la place du médecin traitant, c'est un peu... équivalent avec le pharmacien, on est un acteur, mais on a besoin de savoir ce que font les autres. Et il faudrait un élément... coordinateur.

ML : D'accord. Plus précisément, pour vous, votre mission dans le ...

Participant 14 : Moi je dirais c'est... quand je vois la personne, donc déjà voir l'état médical et cetera, enfin bref, c'est tout l'aspect médical pur. Le traitement. Et puis après, quand je m'en vais, après je ne sais plus. Vous voyez ce que je veux dire ? C'est que malheureusement, après je dirais, quand j'ai fermé la porte, je suis parti... je suis au courant de rien. Et c'est ça qui est dommage.

ML : Vous êtes au courant de rien... ?

Participant 14 : Par exemple pour la prise de médicaments. Je reviens à mon histoire de boîte en plus...

ML : Sur l'observance des traitements ?

Participant 14 : Oui, on peut jamais savoir... on en sait rien. Ça c'est clair. Et les personnes âgées en plus... je vais dire, avec l'histoire des formes des comprimés, ça c'est vraiment le truc... au départ c'est ça qui me rebutait, à cause des génériques. Parce qu'ils sont perdus. Littéralement, littéralement perdus, ça c'est clair. Là... pour moi c'était le ... je veux pas être méchant mais pour moi c'est une bêtise lamentable... c'est-à-dire que quand vous avez une personne âgée qui est habituée à un médicament, pourquoi vouloir absolument lui donner un générique. Ils sont habitués à la forme des boîtes, à la couleur des comprimés, ils sont habitués à ... donc ce qu'il fait... ils ont leurs habitudes. Donc quand on nous dit toujours, quand on prend quelqu'un qui a une maladie d'Alzheimer ou autre, il faut pas le brusquer, il faut pas le mettre dans un environnement qu'il connaît pas, il va être perdu... eh bien les personnes âgées c'est pareil. Ils sont chez eux, tranquilles, au niveau des traitements, il faut leur laisser leurs habitudes...

ML : Pour vous, ça améliore l'observance en fait.

Participant 14 : Oh Oui. S'ils sont habitués à une pilule bleue, une gélule verte... c'est leur pilule, et ça, il faut que ça soit immuable. Parce que si vous changez la couleur un jour... ça y est, ils sont perdus.

ML : OK. Est-ce que vous avez déjà vu ce courrier (le courrier de synthèse médicamenteuse) là ?

Participant 14 : Oui... il me semble... la liste avec les médicaments... oui...

ML : C'est le courrier de synthèse médicamenteuse qui est fait à l'hôpital de Denain, c'est ça qui initie le projet de soins qui vous est adressé. Qu'est-ce que vous en pensez de ce courrier ?

Participant 14 : Boh c'est bien, ce qui est bien c'est que c'est une ... il y a une mise à jour je dirais. On sait le traitement, on lit les posologies... non je trouve que ça bien au contraire.

ML : Qu'est-ce que vous pensez de la conciliation médicamenteuse de manière générale ?

Participant 14 : Bah je dirais que ... pour moi c'est une nécessité quoi. C'est... aussi important que de donner un traitement. Je dirais presque... c'est aussi important la manière de le donner, la manière d'expliquer les choses, la manière de ... d'essayer de faire comprendre les choses. Je trouve ça aussi important que de donner le traitement en lui-même quoi.

ML : OK. Si vous deviez apporter un changement au projet PAERPA, qu'est-ce que vous feriez ? **(Question 7)**

Participant 14 : Je dirais, je reviens à mon histoire de coordinateur, je dirais qu'il faudrait une personne qui est un certain nombre de patients, je dis pas combien... dix, quinze, enfin ça dépend, et que cette personne là contacte régulièrement le médecin, le pharmacien et cetera... qu'elle fasse je dirais... c'est l'élément je dirais... c'est la cohésion, c'est le ciment entre les différents partenaires.

ML : D'accord. Et cette personne, ça pourrait pas être vous ? Pour vous c'est un élément externe ?

Participant 14 : Parce que voyez là je dirais, m'occuper de ... je reviens à mon histoire de ... les mutuelles et cetera... je peux pas, je peux pas, c'est impossible. Il faut quelqu'un, je dirais qui puisse faire le ciment entre les différents éléments, et qu'il puisse apporter une aide je dirais, supplémentaire. Voyez ? On coordonne mais il y a une certaine efficacité, il y a une aide en plus. Pas la coordination point. Il y a un problème, je téléphone parce que ça va pas, point. C'est tout. Non. Il y a un problème, je téléphone mais je participe à la décision qui doit être prise, ou à la réévaluation qui doit être prise, ou à la sanction médicale, mais je participe.

ML : Mais du coup si vous dites « je participe en plus », pour vous c'est faisable par un professionnel qui soit pas un professionnel de santé ?

Participant 14 : Ah non.

ML : Donc un professionnel de santé pour la coordination ?

Participant 14 : Oh oui. Quelqu'un qui me dise, il y a un problème... même un problème administratif, qu'elle soit là, apte pour s'en occuper. C'est pas une nécessité d'avoir absolument ... entre guillemets, c'est mon rôle. Je suis là pour gérer tout ce qui est médicament. Donc si j'ai affaire à un autre médecin qui vient me voir... « bon bah voilà, il y a ça » et cetera, c'est comme si on me disait... on mettait en doute ma compétence quoi, quelque part. C'est pas paranoïaque, mais je dirais, je me dirais « bon OK d'accord », mais ça quelque part, ça m'avance pas. Parce que mon rôle c'est aussi gérer un petit peu ça quoi. Non moi ce que j'aimerais c'est plutôt quelqu'un qui m'aide dans les démarches, qui m'aide dans... dans l'administration des médicaments, dans la surveillance de la prise des médicaments, ça oui, c'est plutôt ça qui m'intéresse.

ML : Donc un infirmier finalement, vous vous gérez les médicaments, et vous verriez un infirmier pour faire ça ?

Participant 14 : Oui un infirmier, ou même quelqu'un d'administratif. Parce que la personne je vous dis qui va suivre le malade, qui voit bon, on lui a mis de la PRAVASTATINE, il y a une ordonnance du 1^{er} du mois, on est le 15 du mois, il voit s'il manque bien 15 comprimés. Déjà au moins contrôlé un peu tout ça quoi... et ça ... un infirmier... une personne lambda peut le faire quoi. Et puis surveiller un petit peu la personne, comment elle est chez elle... comment ça se passe... par exemple simplement si son habitat est propre... un truc tout bête... basique. Pour vous est-ce qu'il faudrait pas une aide et cetera... ce genre de truc, basique. Ça une personne lambda peut très bien le faire.

ML : OK. OK. Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter à propos du projet PAERPA qui aurait pas été évoqué avant ? Un autre aspect que moi j'aurais pas évoqué ?
(Question 8)

Participant 14 : Non, parce que ce qui est important, c'est les médicaments, l'administration des médicaments, la surveillance de la prise des médicaments, et puis après entre guillemets, le bien-être de la personne.

ML : OK.

Participant 14 : C'est ça qui est primordial je dirais.

ML : OK. Très bien. Merci beaucoup !

Entretien n° 15

Retranscription en verbatim à l'aide du dictaphone Olympus Digital Voice recorder VN-3100PC

Durée interview : 24min

Ci-dessous, l'investigateur de l'étude, Maxime LOTIN est appelé «ML» ; le participant est appelé «Participant 15», numéro de l'entretien.

ML : Comment définiriez-vous la place de la gériatrie dans votre activité quotidienne ?
(Question 1)

Participant 15 : Énorme. Je fais dix, douze, quinze visites tous les jours. Au dessus de 80ans.

ML : D'accord. Et c'est quelque chose que vous aimez ?

Participant 15 : Je préfère ça que la toxicomanie. Oui les petits papys, les petites mamies, c'est sympa. Ils nous attendent comme le bon pain quand on y va.

ML : Un bon accueil. OK. Comment vous avez entendu parlé du projet PAERPA au début ?
(Question 2)

Participant 15 : Au début je dirais, j'ai été mis devant le fait accompli, par un monsieur qui sortait de l'hôpital.

ML : D'accord. Et comment vous avez eu les informations par la suite ?

Participant 15 : Il y a quelqu'un qui est venu de l'hôpital de Denain, et que je n'ai plus jamais revu après.

ML : D'accord. Et vous vous souvenez de ce qu'on vous avait dit à ce moment là ?

Participant 15 : On se donnait tous la main, avec le pharmacien et tout le monde, pour soigner les gens. Et puis qu'on ... moi j'ai trouvais qu'on était mis un peu sur le côté parce que... on fait venir le kiné, on fait venir le lit médical, on fait venir l'infirmière... ce qu'on faisait avant... et on est pas toujours au courant, on est au courant deux jours après. Moi j'ai horreur qu'on me dise « je suis rentré de l'hôpital depuis huit jours, ça va pas, vous pouvez venir ».

ML : Forcément. D'accord. Finalement, qu'est-ce qui vous a donné envie de participer à ce projet ?
(Question 3)

Participant 15 : Alors le problème c'est que moi j'ai parfois besoin d'aide pour la coordination, pour faire les dossiers, d'AVAD en urgence, de prise en charge de démence par exemple. Et que je ne sais jamais à qui m'adresser. Ça c'est le gros cirque. Entre les CLIC, le réseau Reper'âge, entre le machin, je voudrais un numéro unique, un intervenant

unique. Un numéro qui me dose « OK c'est moi, je gère le bazar ». Je sais pas qui vous a donné mes coordonnées ?

ML : Moi c'est le réseau qui m'a donné vos coordonnées.

Participant 15 : C'est une dame à qui j'ai fait appel... Mais bon, elle est venue un soir.

ML : Madame Becque ?

Participant 15 : Voilà, donc c'est une dame du PAERPA, elle est venu un soir voir un monsieur, ... en urgence, il fallait faire un dossier en urgence, on est 1 mois et demi après, il y a toujours aucune aide mise en place. Donc c'est le comble un petit peu. C'est comme quand on quelqu'un qui vient d'être opéré ou un truc, on téléphone à l'AVAD, bon nous c'est Escaudin, « mais nous on intervient pas samedi dimanche, il faut faire un dossier et puis on décide ». Bien souvent, pour faire des soins en urgence, ben c'est l'infirmière qui vient faire les toilettes et les trucs. Je trouve qu'on est pas réactif, qu'on met en place des choses qui sont bien, qui sont du blabla, et quand ça vient, on est pas capable de faire en urgence.

ML : Alors il y a deux versant au projet PAERPA. Il y a ce dont vous me parlez un petit peu, au niveau de l'encadrement administratif, des aides, de la mise en place de personnes à la maison... et il y a le versant médicamenteux, que moi j'étudie plus, qui est faite à l'hôpital de Denain, ou quand le patient est inclut, il y a une révision des médicaments, une conciliation médicamenteuse qui est faite avec le gériatre, le pharmacien, et vous recevez ce document là (le courrier de synthèse médicamenteuse).

Participant 15 : C'est bien, mais nous on a aucune conclusion.

ML : Alors normalement vous avez cette conclusion là, ce document là. Vous avez ce courrier de synthèse médicamenteuse qui est rédigé et qui vous est adressé. Est-ce que ça vous dit quelque chose ?

Participant 15 : Oui, je ne le lis jamais.

ML : Vous le lisez jamais ? Pourquoi ?

Participant 15 : Bah... je vois pas ce que ça m'apporte. Je prends la lettre de sortie, je reprends le truc... moi je trouve que ça c'est dire deux fois, trois fois, quatre fois la même chose. Et je trouve que quand les gens sortent et que je les ai envoyé, le traitement c'est quasiment le même. Je trouve pas une grande différence. Quand ils sortent, il y a une lettre pour le machin on à trois fois le même truc, par contre on a des fois pas de courrier de sortie. Ça c'est bien dommageable. Bon maintenant ça s'améliore puisqu'on à l'intranet. Mais on a le truc, il y a eu transfusion, il y a eu pansement d'escarre il y a eu machin... mais j'ai pas le bilan. Ça m'importe beaucoup plus que ce genre de chose. Ça bon... vous avez le traitement de sortie, vous voyez bien pourquoi il l'a eu. Maintenant si c'est marqué « ACFA découverte » ça peut apporter... alors carence en folates, carence en vitamine D, de toute façon, dès qu'il y a un petit vieux ils sont carencés. On essaye d'en donner régulièrement de la vitamine D, mais je pense que tout le monde est carencé dans le coin... même nous (rires).

ML : D'accord. Et qu'est-ce que vous pensez de la conciliation médicamenteuse de manière générale ?

Participant 15 : C'est un gros mot, qu'est-ce qu'on dit derrière ? (rires)

ML : Est-ce que je peux vous retourner la question, ou est-ce que vous voulez que je vous parle de l'intervention qui est faite à Denain ?

Participant 15 : Vous pouvez commencer par ça.

ML : Alors la conciliation médicamenteuse, c'est faire le comparatif entre les antécédents du patients et ses traitements, s'assurer que ses traitements soient à bonne posologie, qu'il y en est pas en trop ou pas assez, bien adaptés aux antécédents, est-ce qu'il manque des médicaments en fonction des pathologies. Et puis ensuite on optimise les médicaments, en fonction des prises, des voies d'administration et cetera...

Participant 15 : Oui mais alors dans ce cas là c'est unilatéral. A ce moment là on vous appelle pas on a pas besoin de vous.

ML : Alors normalement le projet il est construit tel que ça soit initié à l'hôpital, puisque c'est à ce moment là qu'ils font la révision des médicaments avec le gériatre et le pharmacien hospitalier, et ensuite ils vous proposent ce document, et c'est vous qui validez ou pas ce traitement. De toute façon, c'est vous qui renouvelez l'ordonnance, donc c'est vous qui validez ou pas l'intervention qui est faite.

Participant 15 : Oui alors parfois, certains sortent aussi avec une ordonnance pré-faite.

ML : Tout à fait.

Participant 15 : Et parfois on est pas au courant que les gens soient sortis, et on l'apprend parfois, huit jours, dix jours, quinze jours après. Donc ... Alors maintenant si l'ordonnance est pas faite, moi je fais mon devoir de toubib, et je juge, ce qui me semble opportun ou pas. Si je suis pas d'accord, je suis pas d'accord, mais je peux pas y changer. C'est vraiment des trucs... pourquoi on a pas à ce moment là des concertations, verbales.

ML : Du coup pour vous, l'ordonnance à l'hôpital ...

Participant 15 : C'est une mauvaise chose. J'ai eu un monsieur qui a été opéré à l'hôpital de Valenciennes d'une prothèse de hanche, il était pas très vieux. Bon il est sorti, il avait ses médicaments, son infirmière, le lit médical, le kiné... il m'appelle huit jours après je lui dit « tiens vous sortez de l'hôpital », il me dit « non c'est parce que j'ai un pépin, regardez ma jambe elle est toute rouge ». Je savais pas qu'il était sorti de l'hôpital. Ça j'avoue que j'apprécie pas beaucoup. Je suis pas le lardin quand l'hôpital a besoin, il a fait son boulot, il a expulsé les gens, et qu'on se démerde quoi.

ML : A la base cette ordonnance, elle est faite pour laisser le temps au patient de venir vous voir, parce que vous vous êtes pas forcément disponible la journée ou il sort...

Participant 15 : Moi je pense que mon boulot... je me rends toujours disponible quand quelqu'un sort de l'hôpital. Je trouve que... et je dis aux gens « on ne reverra dès que

vous sortez de l'hôpital ». Parce que vous c'est bien, mais voyez aussi les gens dans un contexte sans les connaître. Dans un contexte tout à fait différent, donc c'est ... on a plus vingt ans. Il y a des gens qui sortent qui ont un cancer, il y a des gens qui le prennent très bien, il y a des gens qui sont pas apte à l'avalier en pleine figure. Je pense qu'on à nous... un long passé, de longues expériences avec la famille, les conditions de vie... Donc vous n'avez pas... on met un monsieur en diabétologie, il revient le diabète il est niquel. Évidemment il mange ce qu'il y a à l'hôpital et puis... il est dans son lit. Il revient ici, ça sera différent. S'il revient, s'il travaille, il y aura peut-être des hypoglycémies, il mangera peut-être deux fois plus que ce qu'il mangeait... on est quand même... l'hôpital c'est un contexte, c'est pas le quotidien.

ML : Je suis d'accord. OK. Du coup vous parliez du manque de contact de...

Participant 15 : Bah le contact... voilà on a un soucis, il y a une décision ... bon on a trouvé une ACFA, ça c'est tout, je vais le voir. Mais on revoit des trucs, c'est peut-être aussi bien d'en parler. Moi je préférerais que ça soit vocal, machin, c'est tout... je sais qu'il y a des médecins qui n'ont pas le temps, des médecins qui décrochent pas le téléphone, qui sont sur le... machin.

ML : Quel type de contact vous souhaiteriez ?

Participant 15 : (hausse les épaules) Téléphonique.

ML : Un coup de téléphone ?

Participant 15 : (hausse les épaules) J'ai jamais renvoyé personne, un médecin, quand il m'a appelé. Au contraire j'aime bien, parce que... voilà.

ML : OK, donc pour vous il y a besoin de plus de contacts avec l'hôpital ?

Participant 15 : Voilà. Je pense qu'il faut qu'on se soit concerté, pas seulement entre les mecs de l'hôpital, entre le médecin et le pharmacien de l'hôpital, je crois qu'il faut qu'on fasse une concertation.

ML : Est-ce que vous connaissez l'intervention du pharmacien dans le projet ? (**Question 5**)

Participant 15 : A l'hôpital ?

ML : Pas à l'hôpital, du pharmacien de ville.

Participant 15 : J'ai toujours pas compris. Je sais qu'ils sont payés une fois de temps en temps pour faire un machin... Alors pareil, moi je veux bien que les pharmaciens... mais je préférerais que les pharmaciens ils viennent, on en discute, et qu'on se prenne un rendez-vous chez le patient.

ML : Et c'est pas le cas ?

Participant 15 : Non. Le pharmacien... normalement ils font des tableaux donc c'est pas mal... moi j'ai vu des tableaux... vous arrivez, le paquet il est prêt. Voilà, ce genre de

choses. Moi j'en avais dans le temps, ou je le fais encore sur une ordonnance, surtout avec les génériques. Mais le pharmacien qui a fait son truc et préparé les cachets avant moi, je trouve pas ça...très logique. Il faudrait qu'à ce moment là, avec le pharmacien, on se dise « voilà, vous apportez les médicaments quand ? Bah je passerais faire ma visite en même temps. ».

ML : D'accord. Pourquoi est-ce que finalement vous n'arrivez pas à communiquer avec le pharmacien et avec l'hôpital ? **(Question 6)**

Participant 15 : Parce qu'on me devance, parce que je sais pas quand ça a été délivré, je ne sais pas comment ça se passe. Maintenant c'est vrai qu'on va dire, que nous aussi on est hyper bousculés, hyper stressés, que notre temps il est compté. Mais moi j'ai certaines habitudes. Les personnes âgées, je les vois toutes les quatre semaines, ils sont habitués à pratiquement, à une heure près, tous les mois le même jour. Dans ce cas là, c'est pas à moi à m'adapter au pharmacien, c'est au pharmacien à venir s'adapter à mon passage. Lundi matin je suis à Aulchain, je fais mon petit tour des personnes âgées, le vendredi matin... donc c'est une fois par mois les rendez-vous, je suis sur Lieu Saint Amand, donc c'est régulier, ils le savent. C'est toujours le matin entre 8h30 et 9h30. Après d'autres c'est parfois l'après midi, mais c'est toujours toutes les quatre semaines à la même heure. Donc c'est pas à moi à changer mes habitudes. Si on veut faire de la para médicalisation de la profession, que les para médicaux se mettent derrière nous. De toute façon, on est en voie de disparition faut pas se voiler la face... la médecine générale... va mourir. Va mourir parce qu'on est plus assez nombreux, et puis qu'il y a d'autres façon de travailler... ce que je souhaite pas. Mes enfants sont en médecine bon...

ML : D'accord. Pour revenir avec les pharmaciens et l'intervention des pharmaciens, vous me disiez, est-ce que vous connaissez leur intervention ?

Participant 15 : ... Ils donnent les médicaments.

ML : Ils font aussi...

Participant 15 : ... des entretiens.

ML : Exactement, à 1 mois de l'hospitalisation ils font un entretien...

Participant 15 : Alors c'est pareil, moi j'ai eu le cas d'une personne âgée, qui était en arythmie complète qui était sous PREVISCAN, qui était colopathe. Le pharmacien il lui à dit vous pouvez plus manger, vous pouvez plus manger, vous pouvez plus manger... la personne, elle pouvait plus rien manger. Alors qu'on aurait peut-être pu en discuter, ça fait partie intégrante d'une discussion. Mais si on prend... le PREVISCAN, on peut plus manger machin, et si on prend une diverticulose... on peut plus rien manger. Elle a maigrit de cinq six kilos en ... trois semaines de temps ! Elle mangeait plus rien... des laitages. Est-ce que ça fait pas partie du rôle du médecin, de faire des conseils, de dire... est-ce que c'est pas notre job ?

ML : Parlez avec qui ?

Participant 15 : L'entretien avec le malade, c'est notre job. Le pharmacien pour lui c'est délivrer les médicaments, voir s'il ne s'est pas trompé, s'il n'y a pas des intolérances à des médicaments... mais si il parle avec le malade, il prend notre place quoi.

ML : Ça dépend, il peut voir les médicaments, l'observance, la iatrogénie...

Participant 15 : S'il reste dans ce domaine là, oui. Mais faut pas qu'il passe ... le stade après. Il est pas médecin. Il est pas docteur en médecine. Il est docteur en pharmacie. Donc j'ai l'impression qu'on mélange un petit peu... c'est comme le truc, une autre chose. Les infirmières qui ont le droit de prescrire des pansements, de renouveler des pansements. Combien de fois on voit des trucs... « c'est pas ce que j'ai donné », « ah bah non mais l'infirmière a décidé, ça marchait bien chez quelqu'un d'autre elle a échangé ». On a une liberté qui est pas correcte. On para médicalise la profession.

ML : OK. Qu'elle est la place du médecin traitant, pour vous, dans cette intervention ?
(Question 6bis)

Participant 15 : Dans le projet ? Elle disparaît, je la vois pas. Je crois qu'on devrait être le coordinateur, l'aiguilleur, faire ce qu'on faisait toujours, mais on doit pas être mis... en bout de ... on a l'impression qu'on a un retour en bout de chaîne. Moi je voudrais une concertation, mais pas « voilà, on a décidé, on a décidé, on vous livre ça comme... »

ML : Donc une concertation, par téléphone ? Par présentiel ?

Participant 15 : Oui bien sur... qu'on ait une concertation, mais que ça soit pas une discussion chacun de notre côté. Si le pharmacien il dit le contraire de ce que j'ai dit à une dame avant... on a rien gagné.

ML : Du coup, comment on fait pour coordonner ces acteurs là d'après vous ?

Participant 15 : Ah bah ça... moi je suis disponible. Dans mon cas, moi je suis disponible. Après moi je m'organise.

ML : D'accord, vous vous êtes disponible... mais... pour répondre à l'appel ?

Participant 15 : Certains de mes confrères vont peut-être pas répondre... moi je suis urgentiste, ça fait trente ans que je saute dès que les pompiers m'appellent ou des trucs comme ça, donc j'ai toujours réussi à me libérer. Ça prend quoi ? Dix minutes sur une journée... même si on est surbooké, on est pas à dix minutes près à prendre. Sauf ... ce soir je pars en vacances, donc on doit trouver un créneau donc... c'est peut-être pas vrai pour tout le monde.

ML : Vous dites que vous êtes disponible, mais pour vous, est-ce que ça serait pas votre rôle d'initier cette coordination ?

Participant 15 : On m'a rien demandé. Vous venez aujourd'hui en me disant « l'hôpital on fait »... on m'a jamais rien demandé, on m'a jamais demandé ce que j'en pensais...

ML : Ben normalement si, il y a le réseau qui est venu vous voir, pour savoir si vous étiez d'accord.

Participant 15 : On est expérimental là dans le coin.

ML : Oui c'est un projet expérimental de l'ARS.

Participant 15 : Moi personne m'a jamais demandé... personne n'est jamais venu... sauf la première fois, je vous dis... un monsieur qui était délégué par l'hôpital de Denain. Je l'ai jamais plus revu.

ML : D'accord. La personne qui vous a donné les informations à propos du projet PAERPA ?

Participant 15 : A partir de mon monsieur qui était sorti, c'est là que j'ai découvert cette façon de travailler, mais ce monsieur de toute façon, c'était une erreur d'insuline, c'était un malaise hypoglycémique. Et c'était le pharmacien qui s'était trompé dans la marque d'insuline. Ça m'a laissé un peu perplexe.

ML : D'accord. Finalement cette personne là... vous ne l'avez plus revu... est-ce que vous connaissez son rôle ? **(Question 4)**

Participant 15 : Je ne sais pas... il doit plus être là de toute façon.

ML : Alors si, en fait, ils sont encore là. Leur rôle initial c'était d'apprendre aux professionnels de santé libéraux ce qu'était le PAERPA, aussi bien les médecins que les infirmiers, les pharmaciens. Et puis dans un deuxième temps, leur mission a changé, maintenant ils font plutôt du lien entre les différents acteurs, de ville et à l'hôpital.

Participant 15 : J'ai jamais plu revu personne. Si je crois que j'ai été convoqué un soir à une formation au NOVOTEL... j'avais autre chose à faire, ou j'étais pas disponible ce soir là. Alors on m'a pas proposé d'autre date, c'était tel jour à telle heure, dans un NOVOTEL dans le coin de Valenciennes.

ML : D'accord. Qu'est-ce que vous pensez de mettre quelqu'un d'externe pour ... faire ce travail là ?

Participant 15 : C'est quoi mettre quelqu'un d'externe pour faire quoi ?

ML : Alors quelqu'un d'externe parce que c'est une personne du réseau, qui est pas de formation de santé à la base..

Participant 15 : Et il fait quoi, concrètement ?

ML : Ils font du lien, ils voient les patients, l'équipe mobile de gériatrie de Denain, les médecins traitants, pour leur tenir compte de problèmes des médicaments, les faire remonter aux pharmaciens ou au médecin traitant.

Participant 15 : Moi je veux bien mais il faut que ça soit quelqu'un unique comme je le disais au départ, à qui j'ai affaire, et quand j'ai besoin, et puis les aides il faut pas que ça soit dans un mois et demi. Ça c'est une première chose. Alors maintenant le réseau de gériatrie de Denain, c'est bien, mais quand je demande une consultation de gériatrie pour un bilan de troubles de mémoire, j'ai rendez-vous... neuf mois après. Déplorable. Le

diagnostic d'Alzheimer ou de démence vasculaire je l'aurais un an et demi après. Alors je veux bien qu'il y ait des machins et des pions qui se promènent, mais qu'on renforce aussi le pool gériatrique, et qu'il y est aussi une activité quand on en a besoin, plus rapidement. De toute façon que ça soit Denain, Valenciennes le Quesnoy ou Saint Roch à Cambrai. Les délais sont énormes. Alors c'est pas de l'urgence, qu'on me dise « je le prend dans un mois et demi »... mais pas dans six mois. Alors je veux bien que l'équipe gériatrique fasse des choses, mais il faut aussi qu'elle se concentre sur du boulot médical. Sur que les anti... les traitements de la démence, on a pas le droit de les initier, en principe.

ML : C'est vrai. Quels sont les avantages et les inconvénients du projet PAERPA pour vous ? **(Question 3)**

Participant 15 : Dans cet état là, j'en vois pas l'intérêt. On a l'impression d'être secondé, d'être surveiller, mais pour moi ça m'apporte rien. Pour que vous me donniez ça... moi il y a dix ans il y avait un courrier de sortie, ou on me disait il y a ça, il y a un électro, il y a un machin. On lit le courrier. On lui a fait une fibroscopie, on lui a trouvé une gastrite chronique, traitement de sortie. C'est la même chose. On a l'impression qu'on veut tout institutionnaliser.

ML : Est-ce que le PAERPA ça a changé votre manière de travailler ?

Participant 15 : Non. Alors là pas du tout. Et de temps en temps ça m'irrite.

ML : Si vous deviez apporter un changement au projet PAERPA, qu'est-ce que vous feriez ? **(Question 7)**

Participant 15 : De la concertation.

ML : Plus de concertation ?

Participant 15 : Qu'on se voit. Ou alors on fait comme les réunions oncologiques, on se voit tous les deux mois, c'est pas toujours le même intervenant... et puis c'est tout. Si on a eu cinq patients hospitalisés, on a cinq patients...

ML : Et pourquoi est-ce que vous vous n'appellez pas les acteurs hospitaliers ou les pharmaciens pour avoir les informations dont vous avez besoin ?

Participant 15 : Pour dire quoi au pharmacien ? Rien.

ML : Ben du coup c'est paradoxal, parce que vous dites que vous avez besoin de plus de concertation, mais finalement vous avez rien à lui dire ?

Participant 15 : Moi je fais mon job, le pharmacien qui vient derrière moi, il vient me surveiller. Maintenant si on est ensemble, on pourra peut-être discuté de quelque chose. La comme ça, il vient parce qu'il m'a été imposé. Moi j'ai jamais demandé à ce qu'il vienne. Moi je vais dans les maisons de retraite, ça ne me gêne pas du tout de voir le médecin coordinateur au contraire, quand il y a un truc je suis content de le voir et on discute. On discute 5 minutes. On fait le point. De cette façon là, on se voit cinq minutes on fait le point. Je connais très bien ***, c'était ma remplaçante il y a 20 ans, donc on se connaît très bien ça ne me dérange pas, je vais la voir. A Bouchain c'est .. je sais plus qui,

c'est la même chose je la connais très bien, si elle est là, si elle est dans son bureau, même si j'ai rien à lui dire je vais lui dire bonjour. Et si on a un truc on en parle. Paperasse machin bazar. C'est de l'administratif. Vous croyez qu'on en a pas assez tous les soirs de paperasse de machins de dossiers, MDPH et tout le truc.

ML : Dernière question, est-ce que vous avez quelque chose à ajouter à propos du projet PAERPA dont on aurait pas discuté avant ? **(Question 8)**

Participant 15 : Non je crois qu'on a pas non plus... Comme il est fait, ça m'apporte rien. Me mettre un pharmacien qui fait mon petit chien ça ne me sert à rien du tout. Maintenant discuter un peu avec lui... il y a toujours des choses positives... et puis le pharmacien c'est pareil, maintenant quand on fait une ordonnance, on a des pharmaciens qui nous appellent en disant, notre ordinateur il a tilté et on... et c'est bien. Mais si c'est pour dire j'apporte les médicaments, et si c'est pour dire je vous livrerais un fauteuil coquille, vous ferez faire l'ordonnance au médecin... Ou je vous apporterai des chaussures médicalisées vous ferez marquer au médecin. Présenté comme ça j'aime pas.

ML : Forcément c'est pas agréable.

Participant 15 : Alors là, on pourrait faire des économies. J'ai eu un matelas anti-escarre, la housse était arraché il avait 3 mois, ils l'ont changé. J'ai une dame qui est décédée elle est allée trois fois dans son fauteuil coquille on le recycle pas, il va aux encombrements... il y a un gaspillage monstre. Voilà mes idées.

ML : OK. Merci beaucoup !

Entretien n° 16

Retranscription en verbatim à l'aide du dictaphone Olympus Digital Voice recorder VN-3100PC

Durée interview : 16min 45s

Ci-dessous, l'investigateur de l'étude, Maxime LOTIN est appelé «ML» ; le participant est appelé «Participant 16», numéro de l'entretien.

ML : Comment définiriez-vous la place de la gériatrie dans votre activité quotidienne ?
(Question 1)

Participant 16 : Au moins 30 %.

ML : D'accord. Et c'est quelque que vous aimez bien ?

Participant 16 : Oui, oui oui, j'ai passé un diplôme de gériatrie donc... c'est que j'aime bien.

ML : D'accord, vous avez fait quoi comme diplôme ?

Participant 16 : Le premier diplôme...

ML : Le DU de médecine de personne âgée ?

Participant 16 : Oui, le DU de gériatrie, qui se faisait il y a 15 ans, ça démarrait à cette époque là... mais au départ c'était peut-être pour envisager un truc en maison de retraite, une activité de médecin coordinateur et puis maintenir une activité libérale, mais très vite on s'aperçoit que ... la médecine générale ça prend quand même beaucoup de temps... et un peu de trop. Voilà. J'ai vite abandonné l'idée. Mais je garde ça sous le coude parce... parce que je me dis que dans les années qui viennent, peut-être que je ne serais pas toujours médecin généraliste. Voilà.

ML : D'accord. Est-ce que vous vous souvenez comment vous avez entendu parlé du projet PAERPA ? **(Question 2)**

Participant 16 : Eh ben simplement parce qu'en sortie d'hôpital, on vous appelle en disant « le patient est inclut dans un projet PAERPA », voilà, et puis vous récupérez le patient, avec des feuilles, avec marqué « PAERPA », et puis on vous dit qu'il a eu une évaluation de ses traitements et une inclusion dans le protocole.

ML : D'accord. Pour vous quels sont les avantages du PAERPA, tel que vous le connaissez ? **(Question 3)**

Participant 16 : Bah les avantages c'est...comme vous avez dit, au niveau du médicament, faire un peu le tri dans ce qui est bien, pas bien, d'évaluer ce qui peut être nocif pour le patient, et faire un peu du tri quoi, c'est surtout ça. Parce que c'est vrai que les personnes âgées elles sont toujours des listes de médicaments... et puis elles ont

tendance à en prendre... elles aiment assez ça... elles sont assez demandeuses de traitements... voilà. Ça plus ça, ça peut faire un effet indésirable.

ML : Qu'est ce que vous pensez de l'intervention du gériatre dans les prescriptions que vous faites ?

Participant 16 : C'est bien. Oh oui ça ne me dérange pas du tout...

ML : Vous trouvez ça bien ? D'accord. Vous avez été contacté... normalement la personne qui vous a tenu au courant, son nom c'est l'animatrice territoriale, au sein du réseau...

Participant 16 : C'était un monsieur, un homme...

ML : Un homme ? ...Donc un animateur territorial...

Participant 16 : Voilà (rires).

ML : Est-ce que vous connaissez son rôle dans le réseau ? **(Question 4)**

Participant 16 : Ben déjà de venir présenter le projet, et puis ... déjà voir si nous on était d'accord pour être inclus dans le projet, on a rempli une convention si je me souviens bien... après c'est à peu près tout.

ML : Effectivement c'était tout à fait son rôle dans la première partie, dans le développement du projet. Et son rôle il a évolué dans le suivi des plans personnalisés de soins, donc l'intervention qui est faite, elle est formalisé sous ce nom « plan personnalisé de soins »... et donc il fait le suivi de ça, en informant les médecins traitants des patients inclus, en travaillant avec l'équipe de gériatrie à Denain, et en travaillant aussi avec les pharmaciens... ils ont un petit rôle de coordination. Qu'est-ce que vous pensez de l'intervention comme ça ?

Participant 16 : C'est bien. Je pense que... c'est la personne... parce que c'est vrai que le gériatre on le voit pas forcément, le pharmacien on le voit pas forcément... c'est un pivot. Oui c'est un pivot, central qui ... c'est la première personne vers qui on va peut-être se tourner.

ML : D'accord. Et est-ce que vous le voyez souvent ? Est-ce que vous l'avez revu ?

Participant 16 : Je l'ai revu, une fois quand il est venu présenter le projet, il est revenu pour la convention un petit peu plus tard... deux fois, trois fois peut-être.

ML : D'accord. Vous avez discuté de patients avec lui ?

Participant 16 : Oui oui, à l'époque oui. C'était à l'époque, comme ils étaient tout nouveau, ils m'avaient aussi comment il fallait remplir le dossier, on en avait fait un ensemble... parce qu'il y a quand même toute une partie... conséquente pour nous médecins généralistes. Si on veut bien le faire, ça prend un peu de temps.

ML : Justement ils aident aussi un peu les médecins traitants pour tout ce qui est administratif, et dans la rédaction de ces papiers là.

Participant 16 : Si on va vite, c'est très rapide, mais si on veut passer un peu de temps c'est long, très long.

ML : OK. Vous disiez vous avez pas beaucoup de contact avec l'hôpital ? Quels types de contacts vous avez avec eux ? **(Question 6)**

Participant 16 : Bah... les courriers médicaux... c'est à peu près tout. Après si on a besoin d'un conseil, ils sont joignables... mais c'est vrai qu'il n'y a pas de ... on nous demande pas forcément à nous médecins généralistes notre avis... voilà. Je sais pas comment vous trouvez la chose vous...

ML : C'est votre avis qui compte...

Participant 16 : Je trouve que... l'hôpital et la ville, ça reste vraiment deux mondes à part. Malheureusement...

ML : Est-ce que vous auriez besoin de plus de communication avec l'hôpital ?

Participant 16 : Je pense que pour certains cas oui, ça pourrait être bien. Parce que des fois on a l'impression qu'à l'hôpital on gère... mais bon ça ça concerne pas le PAERPA... on a l'impression qu'à l'hôpital, on gère le patient pour un problème, et après il retourne à la maison... et c'est le médecin qui doit gérer le reste. On traite le problème pour lequel le patient est venu à l'hôpital, mais on traite pas l'ensemble du patient. Là j'ai eu le cas d'une dame, c'était exactement ça. On a traité son problème d'anémie... elle est revenue en insuffisance cardiaque, ma remplaçante a fait ré hospitalisé la dame... le lendemain ! Elle faisait un oedème pulmonaire, elle sortait de l'hosto. Voilà, c'est un exemple. Et ça je trouve que c'est... un peu regrettable. Bon la gériatrie c'est encore un peu différent, souvent ils prennent en charge le patient... dans son ensemble quoi. Mais sinon c'est un problème.

ML : D'accord. Ils prennent en charge qu'un seul problème. Qu'est-ce qui vous a donné envie de participer au projet PAERPA finalement ? **(Question 3)**

Participant 16 : La pluridisciplinarité. Il y a ce que fait le gériatre, le pharmacien. C'est vraiment ça qui m'a intéressé.

ML : Est-ce que vous connaissez le rôle des pharmaciens de ville dans le PAERPA ? **(Question 5)**

Participant 16 : Oui, ils vont revoir les boites de médicaments à la maison, fouiller un peu dans les tiroirs, voir ce que les personnes âgées ont comme boites... regarder sous les matelas...ils font le tri quoi... et puis ils expliquent le traitement.

ML : Exactement, ils révisent l'armoire à pharmacie, mais ils font aussi un entretien pharmaceutique, un mois après la sortie d'hospitalisation. A ce moment là ils font de l'éducation thérapeutique, ils évaluent l'observance, le risque de iatrogénie... Qu'est-ce que vous pensez de l'intervention du pharmacien ?

Participant 16 : Bah c'est bien. Oui c'est très bien, tout ce qui peut aider le patient avec ses médicaments c'est une bonne chose.

ML : Quels types de contacts vous avez avec les pharmaciens ?

Participant 16 : Oh bah ils sont très bons (rires). Non mais je les vois souvent, ce sont aussi des patients, donc quand ils viennent... bon on discute. Et inversement, moi quand je dois passer à la pharmacie, on discute aussi un peu des patients.

ML : Il vous est déjà arrivé de discuter d'un patient avec le pharmacien ?

Participant 16 : Oh oui ! Ça arrive souvent même.

ML : D'accord. Et c'est quelque chose que vous faisiez depuis longtemps ou c'est quelque chose que vous faites depuis le PAERPA ?

Participant 16 : Non non je le faisais avant... c'est vrai que le PAERPA ça a pas changé ma manière de faire. Au début quand on est jeune installé on a... on a le temps quoi, pour les patients. Parfois on peut passer 30 minutes chez un patient, lui dire « allez-y, aller me chercher toutes les boîtes de médicaments, on va regarder un peu ce que vous avez », et on fait le tri. Mais maintenant... on a une telle activité... on est au mois de juillet, on se croirait en pleine hivers. Donc l'armoire à pharmacie, je le faisais avant, mais pour pas vous mentir... ça fait longtemps que je ne l'ai pas fait. Donc si le pharmacien le fait, c'est bien.

ML : D'accord. Pour vous, quelle est la place du médecin traitant dans le PAERPA ?
(Question 6bis)

Participant 16 : Ben... centrale quand même, non ? Je veux dire, le patient, le pharmacien il le voit une fois, le gériatre une fois qu'il est sorti de l'hôpital c'est fini, il le voit plus... finalement, il ne reste plus que nous. Donc oui... essentiel, je dirais que notre part du travail est essentielle.

ML : C'est quoi votre travail dans le PAERPA ?

Participant 16 : Ben voir le patient déjà, le suivre. Vérifier au niveau des traitements, qu'il en ait pas de trop, parce que quand il y en a trop ça fait des interactions...

ML : D'accord. Comment se fait la coordination pour vous, entre les acteurs hospitaliers, les infirmiers, les pharmaciens ?

Participant 16 : Ben les infirmiers déjà c'est très facile, ils ont leur porte à côté, donc quand on veut leur parler, ils sont juste là. Les pharmaciens, vous avez vu en arrivant, la pharmacie elle est à 50 mètres, donc on discute facilement aussi. Je réponds facilement aux appels. S'il y a un problème ou quoi, on gère ça. Avec les gériatres à l'hôpital par contre, c'est beaucoup plus difficile...

ML : Vous dites « je réponds aux appels »... c'est dans quel sens, vous les appelez, ils vous appellent ?

Participant 16 : Peu importe, ça arrive dans les deux sens, soit c'est lui qui a un souci il me passe un coup de fil, soit c'est moi qui est une question à lui poser et je l'appelle... voilà.

ML : D'accord, donc vous réagissez en fonction des problèmes ?

Participant 16 : Ah bah oui, quand il y a rien à dire il y a rien à dire. Par rapport aux six patients, je crois qu'il n'y en a qu'un ou on en discute parce qu'il y avait un soucis.

ML : OK. Bon on a parlé des avantages tout à l'heure, qu'est-ce que vous voyez comme inconvénient au PAERPA ? (**Question 3**)

Participant 16 : Ben ce dont on parlait tout à l'heure... l'inclusion, le temps passé à rédiger le dossier... voilà.

ML : Excusez-moi, le temps passé à rédiger le dossier on en a parlé, mais l'inclusion ? Qu'est-ce que vous voulez dire ?

Participant 16 : Ben quand le patient entre dans le PAERPA et qu'il faut remplir le dossier.

ML : Ah oui d'accord, le temps passé à rédiger le dossier à l'inclusion. D'accord. D'autres inconvénients ?

Participant 16 : Ben... non, je ne vois pas. A part si... J'ai un... deux patients, ils sont entrés dans le PAERPA à l'hôpital. Et je trouve... enfin, je trouve qu'on leur a un peu forcé la main quoi. C'est à dire qu'ils sont revenus, ils avaient rien compris, ils sont venus me voir et m'ont dit « ah mais moi je veux pas de ça »... Donc j'ai au moins deux patients qui sont sortis du PAERPA juste après l'hospitalisation.

ML : D'accord. Pour vous quel est le ressenti des patients sur le PAERPA... à part ces deux patients là qui ont été inclus un peu vite ?

Participant 16 : Très bon. Les patients ils se sentent bien pris en charge.... Ils aiment bien qu'on s'occupe d'eux. Donc non j'ai pas de retour négatif, c'est plutôt bien pour eux.

ML : D'accord. Est-ce que vous connaissez ces documents ? (courrier de conciliation médicamenteuse et plan de prise pour le patient)

Participant 16 : ...

ML : Est-ce que vous les reconnaissez, est-ce que ça vous dit quelque chose ?

Participant 16 : Je les reconnais oui.... Mais je serais pas vous dire pour quel patient !

ML : Ce n'est pas ma question (rires), ça ce sont des documents types, ça ne concerne pas un patient en particulier. Ce que je veux dire c'est : est-ce que vous retrouvez ces documents chez les patients ?

Participant 16 : Oui, oui je les trouve chez les patients. Ça (le plan de prise), ça c'est très bien, c'est marqué en gros, c'est clair, il est marqué « matin, midi, soir », pour le patient c'est bien. Ça (le courrier de conciliation médicamenteuse) par contre... bon ... ça ne me sert pas. Ça fait doublon avec le courrier de sortie en fait... je trouve pas ça très utile

ML : Si vous aviez un changement à faire au projet PAERPA, qu'est-ce que vous feriez ?
(Question 7)

Participant 16 : Ben... pas grand-chose...

ML : D'accord, il vous plaît en l'état ?

Participant 16 : Ben oui, c'est sur que c'est du temps pris pour le médecin, mais c'est quand même un bénéfice pour le patient je pense... le patient qui a été pris en charge par le PAERPA, il est quand même mieux pris en charge que sans le PAERPA.

ML : D'accord. Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter à propos du PAERPA que je n'aurais pas évoqué ? **(Question 8)**

Participant 16 : Ben non... Mes confrères dans le secteur ils l'utilisent beaucoup ?

ML : Oui oui, j'ai interrogé plusieurs de vos confrères dans le secteur... bon ben merci beaucoup !

Entretien n° 17

Retranscription en verbatim à l'aide du dictaphone Olympus Digital Voice recorder VN-3100PC

Durée interview : 13min 47s

Ci-dessous, l'investigateur de l'étude, Maxime LOTIN est appelé «ML» ; le participant est appelé «Participant 1», numéro de l'entretien.

ML : Comment définiriez-vous la place de la gériatrie dans votre activité quotidienne ?
(Question 1)

Participant 17 : Ben... c'est une grande place, je pense que... il n'y a pas que moi, il y a beaucoup de mes confrères qui ont une grande place de gériatrie...

ML : D'accord... c'est quelque chose que vous aimez bien ?

Participant 17 : Oui, j'aime bien les petits vieux (rires). J'aime bien, oui.

ML : Est-ce que vous vous souvenez de comment vous avez eu connaissance du projet PAERPA ? **(Question 2)**

Participant 17 : Euh.. par l'intermédiaire du personnel ... de l'hôpital de Denain... donc qui était venu ? Cette fois ci c'était dans le cadre d'un EPU ? Non, c'était pas dans le cadre d'un EPU. Ça devait être Sophie, vous connaissez Sophie ?

ML : Oui.

Participant 17 : Donc c'est elle qui est venue la première fois, et puis il y en a d'autres qui sont venus pour présenter le projet.

ML : D'accord. Qu'est-ce qui vous a donné envie de participer à ce projet ? **(Question 3)**

Participant 17 : La prise en charge des personnes âgées, après l'hôpital, après la sortie de l'hôpital, généralement il s'agit de personnes âgées, poly-médicamentées, un terrain déjà assez lourd et... généralement qui vivent toutes seules... et on aimerait bien nous médecins généralistes, qu'il y est une équipe qui travaille tout autour de personnes comme ça.

ML : D'accord. Vous m'avez parlé de Sophie Becque, l'animatrice territoriale. Est-ce que vous connaissez son rôle dans le réseau ? **(Question 4)**

Participant 17 : Ben... elle intervient, c'est un trait d'union entre l'hôpital, les médecins, les pharmaciens... elle monte le projet, elle monte le dossier... elle fait pas mal de choses. Elle contacte les patients...

ML : OK, c'est ça. Qu'est-ce que vous pensez de ce rôle dans le réseau ? De l'intervention d'une personne externe, qui est pas de formation médicale, comme ça pour faire, pour faire... ce travail là.

Participant 17 : Je pense qu'il est bien. Heureusement qu'elle est là. C'est une fille qui est très très active, je ne peux parler que d'elle parce qu'il n'y a qu'elle que je connais. Elle prévient l'entourage... elle fait très bien son travail et heureusement qu'elle est là. Elle sait faire beaucoup de choses, elle accompagne les gens. Elle vient se renseigner, à propos de leurs pathologies et cetera... enfin on développe pas tout, mais c'est ... moi je n'ai pas de ... je n'ai pas d'appréhension par rapport à une personne qui n'est pas dans le milieu médical, qui n'a pas fait d'études. Là ce qu'elle fait, c'est plus un travail de ... administratif on va dire, un trait d'union... c'est bien qu'il y est un travail d'équipe. Les médecins généralistes, on peut pas tout faire hein. Les familles ne font rien parfois. Ça je le dis, vous pouvez l'enregistrer, les gens comptent beaucoup sur les médecins généralistes, sur l'hôpital, sur le PAERPA, et mêmes les enfants parfois ne font rien du tout pour leurs parents ça c'est pas bien du tout. Moi je me suis mis plusieurs fois en colère contre les familles, ils sont partis chercher d'autres médecins ailleurs, je fais mon rôle en tant que médecin pour protéger mes patients âgés et cetera, ils sont parfois là au dernier moment quand une personne va décéder, pour voir s'il y a quelque chose à... hein ? A apporter. Oui et il faut que la famille participe. Et si le PAERPA peut ... si dans ce domaine un petit peu... booster les familles pour qu'elles soient autour de leur membre, enfin de leur maman, de leur papa, ou ... pour participer. Parce que « on a pas le temps, on a pas le temps », moi j'ai une dame qui a malheureusement, qui a une cirrhose stade terminale, et son fils qui habite à 800m, 500m, il la voit une à deux fois par semaine. Ça c'est pas bien. Voilà. Je me suis mis en colère, j'étais son médecin traitant, elle n'a plus voulu de moi parce que j'ai... maintenant c'est un confrère qui est toujours là et qu'il la garde.... ça fait dix huit ans que je la soigne et... voilà voilà.

ML : OK. Pour vous, c'est quoi les avantages et les inconvénients du projet ? (**Question 3**)

Participant 17 : Je vois pas d'inconvénient. Je ne vois pas d'inconvénient... non. On a généralement un retour du travail qui est effectué.

ML : Quels retours vous avez ?

Participant 17 : On vient nous présenter... c'est vrai qu'on a pas beaucoup de retour papier. Je sais pas si le dossier papier il sert à quelque chose... on le met dans le dossier, ... euh... on a un retour de la part de Sophie qui vient présenter, voilà ce qu'elle a fait, voilà ce qu'on a fait, voilà finalement elle nous raconte la rencontre et cetera, l'aide qu'on peut lui apporter.

ML : D'accord. Est-ce que vous connaissez l'intervention des pharmaciens dans le PAERPA ? (**Question 5**)

Participant 17 : Si. Pas beaucoup, mais si. On se concerte entre nous, certains... Mr ***, Mr ***, qui sont bien imprégnés dans le PAERPA.

ML : Vous discutez de patients ?

Participant 17 : On discute du patient ? Oui, ça nous arrive de discuter de patients, par rapport à ses médicaments, par rapport à peut-être essayer de baisser... d'enlever quelques médicaments. Éviter la iatrogénie

ML : D'accord. Et ça c'est quelque chose que vous faites depuis le PAERPA ?

Participant 17 : Non, je le faisais déjà un petit peu avant. Je le faisais un petit peu avant. Mes patients... Moi je suis venu au cabinet en... il y a pratiquement 17, 18ans, et mon prédécesseur avait une très très grande clientèle, patientèle, âgée et j'étais étonné au tout début par ce que je viens plutôt du public ... étonné par le nombre du médicament, que les personnes âgées prennent... énormément. Il m'a dit à l'époque, « si j'enlève ça ou ça, ils vont pas être content », alors ils sont pas content une fois, deux fois et après bon ils vont s'habituer. Alors j'ai commencé à enlever les somnifères au tout début. Mais c'est vrai que quand on s'habitue à un somnifère, c'est une drogue et ... heureusement j'en ai quelques uns qui ont cédé et qui ont arrêtés définitivement les benzo.

ML : Quels contacts vous avez avec les pharmaciens ?

Soit par un contact téléphonique, soit ça nous arrive de se croiser et parler : « t'as vu ma patiente, madame unetelle, on a fait ça, elle prend ça », c'est vrai qu'on a pas des réunions spécifiques, ou bien parfois ça arrive de... il essaye de venir... Vous êtes allez le voir peut être ? Non ? Vous les avez vu ?

ML : Les pharmaciens ? Non il y a une externe qui s'occupe des pharmaciens.

Participant 17 : On a un pharmacien qui est... est très bien introduit, il participe aux réunions...

ML : OK. Et avec les acteurs hospitaliers, avec l'équipe mobile de gériatrie, est-ce que vous avez des contacts ? **(Question 6)**

Participant 17 : Oui on a des contacts téléphoniques... pas souvent, mais on en a quelque fois, à propos des patients, on se téléphone, « madame unetelle elle est revenue encore une fois »... Des fois ils demandent, ils ont des choses spécifiques par rapport au traitement. C'est vrai qu'il y a pas de réunion spécifique. Je sais pas si vous aller faire après de la médecine générale ... j'espère que oui... ou si vous allez vous diriger une spécialité, mais quand vous allez faire des remplacements de ville, vous allez voir les difficultés que vous allez avoir par rapport au temps qui manque. J'ai pris du temps pour vous (rires).

ML : C'est très gentil ! Pour vous, quelle est la place au médecin traitant dans le projet ? **(Question 6bis)**

Participant 17 : Ben ... j'allais dire, comme tout à chacun, c'est lui qui connaît d'abord le patient, il connaît la famille... Son rôle c'est d'orienter, de conseiller, de recevoir l'information, de suivre dans l'intérêt du patient, ce qui a été dit, à l'hôpital ou... ça nous arrive de dire « on est d'accord pour ça, pas d'accord pour ça ». Parce qu'on est pas mal avec PAERPA mais on est avec Reper'âge éventuellement... je sais pas si ça rentre dans le cadre de votre travail...

ML : C'est un autre réseau...

Participant 17 : C'est un autre réseau mais peut-être pour vous de faire une conclusion à la fin, une introduction des deux réseaux à quoi ils correspondent. Reper'âge je téléphone , j'ai Madame *** qui est très très disponible, qui vient faire aussi un état des lieux de la personne, voir toutes les aides dont il a besoin. C'est deux réseaux différents mais...

ML : OK. Comment se fait la coordination en ville, autour du patient ?

Participant 17 : La coordination ?

ML : Ben entre l'intervention du gériatre à l'hôpital, du pharmacien en ville, il y a votre propre intervention. Comment se fait la coordination entre tous ces éléments là ?

Participant 17 : Je vous ai dit, la coordination elle doit se faire normalement, sur papier, soit par l'intermédiaire de ... de Sophie Becque, c'est elle qui coordonne et qui vient, qui se renseigne et cetera. Mais on a pas des ... de synthèse si on peut dire. On a pas le temps.

ML : D'accord. OK. Si vous deviez faire un changement au projet PAERPA, qu'est-ce que vous feriez ? **(Question 7)**

Participant 17 : Si je devais... qu'est-ce que j'apporterais ?

ML : Soit un défaut à améliorer, soit un petit plus à apporter ?

Participant 17 : A mon sens , il faut peut-être faire participer la famille. C'est ça qui n'est pas...

ML : D'accord, inclure la famille dans la prise en charge du patient.

Participant 17 : Il faut vraiment les... parce que la famille, parfois il les appelle, « oui oui on va faire on va faire », et puis... et puis... peut-être des réunions...

ML : Qu'est-ce que vous apporte à vous, pour votre travail, le PAERPA ?

Participant 17 : Qu'est-ce que ça m'apporte ? Ben c'est une aide. Heureusement qu'ils sont là pour certains patients, par rapport aux patients. L'hôpital s'occupe quand ils sont hospitalisés devant les pathologies, donner les traitements et cetera... et peut être l'apport de l'hôpital, ils sont en gériatrie, doit insister surtout le côté iatrogène des médicaments, et essayer de ... pour réduire un maximum les ordonnances, et aussi de dire, non pas faire le courrier « Madame unetelle est hospitalisée et est sortie, jusqu'à la conclusion », mais dire que voilà vous avez besoin de tel ou tel médicament, ça on arrête définitivement, même si vous êtes en ...et cetera. Nous on introduits quelques trucs... c'est ça qui ... qui est important.

ML : Ces documents là ? c'est ça dont vous parlez ? (courrier de conciliation médicamenteuse)

Participant 17 : Oui c'est ce document là, il est écrit voilà... il faudrait qu'ils insistent auprès des familles, donc ici vous avez, je ne sais pas, combien de médicament... vous croyez que ça c'est intéressant de l'avoir ?

ML : Pour vous est-ce que c'est intéressant de l'avoir ?

Participant 17 : Oh oui, c'est intéressant de l'avoir, je parlais des médicaments, il y a un deux, trois, quatre, cinq, six, sept, huit, neuf médicaments là dedans, il y a quelques médicaments qui ne doivent pas y rester.

ML : D'accord.

Participant 17 : Il faut réduire un petit peu, et surtout dire au famille, c'est ça votre traitement.

ML : Comme ça ? Avec ce plan de prise, qui est fait comme ça ?

Participant 17 : Éventuellement avec un plan de prise comme ça. Ça c'est plus synthétique. Mais expliquer aux familles, parce que le médecin est pas toujours là...

ML : OK. Dernière question, est-ce que vous avez quelque chose à rajouter à propos du PAERPA que je n'aurais pas évoqué ? **(Question 8)**

Participant 17 : ... non. Je pense pas. Il faudra que je lise un petit peu votre thèse.

ML : Et bien j'allais vous le proposer. Très bien, merci beaucoup !

Entretien n° 18

Retranscription en verbatim à l'aide du dictaphone Olympus Digital Voice recorder VN-3100PC

Durée interview : 7min 21sec

Ci-dessous, l'investigateur de l'étude, Maxime LOTIN est appelé «ML» ; le participant est appelé «Participant 18», numéro de l'entretien.

ML : Comment définiriez-vous la place de la gériatrie dans votre activité quotidienne ?
(Question 1)

Participant 18 : Oh... pas importante c'est... qu'est-ce que vous voulez ? Un pourcentage ? A partir de quel âge ? On est vieux à partir de quel âge ?

ML : Dans le PAERPA c'est 75 ans...

Participant 18 : Plus de 75 ans... c'est 5 %.

ML : Et c'est quelque chose que vous aimez ?

Participant 18 : La gériatrie ? Pas plus que d'autres choses... je préfère la pédiatrie mais enfin... chacun son truc.

ML : Est-ce que vous vous rappelez comment vous avez eu connaissance du projet PAERPA ? **(Question 2)**

Participant 18 : Ben on est venu me le proposer ici au cabinet. C'est... disons quelqu'un collaboratif du... de l'organisme qui est venu m'expliquer un petit peu, le fonctionnement, et me proposer de participer.

ML : D'accord. Qu'est-ce qui vous a donné envie de participer à ce projet ? **(Question 3)**

Participant 18 : Bah je sais pas... déjà parce que c'était intéressant de ... comment dire de ... de voir une coordination avec l'hôpital surtout. Des gens qui avaient été... des personnes âgées qui avaient été hospitalisées, quelles étaient les conclusions, quelles étaient les améliorations à leur proposer, non seulement au point de vue des traitements mais aussi quelque fois au niveau aménagement de leur domicile. C'est ça.

ML : D'accord. Quels avantages vous voyez au projet, que ce soit pour vous ou pour le patient ?

Participant 18 : C'est avoir une autre vision des choses, pour pouvoir confronter avec ce que pense disons... ce qu'en pense l'hôpital et les médecins de l'hôpital, et puis nous ce qu'on voit sur le terrain.

ML : Et est-ce que vous voyez des inconvénients ?

Participant 18 : Non, non pas particulièrement.

ML : D'accord. Alors la personne qui vous avez contacté pour vous expliquer le réseau, c'est l'animatrice territoriale, qui travaille au sein de réseau. Est-ce que vous avez connaissance de son rôle ? **(Question 4)**

Participant 18 : Pas vraiment, moi je la vois... ça fait longtemps que je ne l'ai pas vue d'ailleurs. Je le voyais de temps en temps quand j'avais un patient qui sortait de l'hôpital, qui avait été hospitalisé et qui sortait de l'hôpital. Donc elle venait me voir pour me confier le dossier, et il y avait le pharmacien, infirmière, kiné et cetera... la liste de soins qui étaient... c'est essentiellement ça.

ML : D'accord. Alors son rôle aussi, après expliquer au médecin comment marche le réseau, c'est aussi ...

[interruption par coup de téléphone]

ML : Donc on disait à propos de l'animatrice territoriale, que dans un deuxième temps, son rôle était de faire le lien entre l'équipe mobile de gériatrie, les médecins traitants, les pharmaciens, et le patient. Qu'est-ce que vous pensez de cette intervention ?

Participant 18 : C'est un rôle important au sein du dispositif. Une liaison entre les différents professionnels de santé, et le patient.

ML : D'accord. Est-ce que vous envisageriez le PAERPA sans cette animatrice territoriale ?

Participant 18 : Non. C'est elle qui est le pilier du fonctionnement.

ML : D'accord. Alors à propos des pharmaciens de ville, est-ce que vous connaissez leur intervention ? **(Question 5)**

Participant 18 : L'intervention... c'est au niveau du traitement médicamenteux, voir les indications, contre-indications, et puis discuter un petit peu des différentes interactions aussi, parce que les personnes âgées qui ont énormément de médicaments... voir ce qu'on peut proposer pour alléger leur traitement, et l'adapter au mieux ;

ML : C'est ça. Ce que vous décrivez, ils le font à un mois de l'hospitalisation sous la forme d'un entretien pharmaceutique, ou ils évaluent le risque de iatrogénie comme vous le décrivez, ils évaluent aussi l'observance, et si le patient est d'accord ils peuvent voir l'armoire à pharmacie, voir un petit peu pour trier les médicaments à la maison. Qu'est-ce que vous pensez de cette intervention ?

Participant 18 : C'est ce qu'on faisait avant... il y a quelques années, quand on faisait plus de visites que de consultations. Maintenant on ne fait quasiment plus que des consultations. Moi avant en ville en visite, je faisais régulièrement le tour des pharmacies des armoires à pharmacie, pour faire un peu le tri... et on a quelque fois des surprises, des médicaments qu'on prescrivait par exemple pour la tension, la tension était pas bien équilibrée, alors on rajoute un traitement, on renforçait le traitement, et puis... la fois suivante la tension est toujours pas... et puis au bout de plusieurs mois, quand on allait voir leur armoire à pharmacie, on s'apercevait que les gens n'avaient jamais pris leur

traitement. Parce qu'ils avaient lu la notice, qu'ils y avaient des choses bizarres... ou des choses qui leur faisait peur, donc ils ne le prenaient pas, mais ils osaient pas le dire qu'ils ne le prenaient pas, donc nous on rajoutait, et ça faisait des tonnes de médicaments... C'est un rôle intéressant, c'est ce qu'on faisait auparavant, mais comme on va plus à domicile, si le pharmacien peut le faire ... c'est intéressant, ça permet justement de voir les médicaments que ne prennent pas, qui sont prescrits mais que ne prennent pas les personnes âgées, et puis faire un peu le tri dans leurs médicaments... qui sont quelque fois en surplus.

ML : D'accord. Et alors est-ce que vous avez des retours de ces interventions du pharmacien ?

Participant 18 : Euh... oui, si si, s'ils constatent qu'ils voient quelque choses, beaucoup de médicaments chez les personnes âgées qui sont stockés, sans être pris.

ML : D'accord, mais est-ce que vous discutez avec le pharmacien, soit de patients, soit d'ordonnances...

Participant 18 : Non pas vraiment. Non on a pas beaucoup de contacts avec les pharmaciens. On a des contacts justement par les... par les imprimés là, puisque le pharmacien remplit un imprimé... et puis par l'intermédiaire de la coordinatrice... qui fait un petit peu la synthèse.

ML : D'accord. A propos des acteurs à l'hôpital, l'équipe mobile de gériatrie, est-ce que vous avez beaucoup de contacts avec eux ? **(Question 6)**

Participant 18 : Non... je les connais pas.

ML : Et est-ce que vous trouvez intéressant de développer les relations avec eux ?

Participant 18 : ... pourquoi pas...

ML : Et votre rôle dans le réseau, c'est quoi vos missions ? **(Question 6bis)**

Participant 18 : C'est un petit peu ... mieux comprendre les besoins des personnes âgées, et éviter certains... comment dire... certains accidents d'une part, lié à la prise du médicament, et puis, faire en sorte qu'ils suivent bien justement leurs traitements, qu'ils soient sérieux, observant tout au moins.

ML : D'accord. Comment se fait la coordination acteurs de santé du projet, entre l'équipe mobile de gériatrie à l'hôpital, le médecin traitant, le pharmacien de ville ?

Participant 18 : Ben par le ... par le dossier.

ML : D'accord. C'est un dossier que vous consultez ... ?

Participant 18 : Ben oui, à chaque fois que j'ai le dossier oui, j'ai au moins un dossier ou chaque acteur disons remplit sa partie, qui le concerne, et en fonction de ça, on fait une synthèse.

ML : D'accord. Et la synthèse c'est vous qui la faite ?

Participant 18 : Oui.

ML : Ça vous aide dans la prise en charge ?

Participant 18 : Oui. Oui quand même.

ML : En quoi ça vous aide ?

Participant 18 : Ça m'apporte la compréhension de certains choses que je ne connais pas, de problèmes de médicaments, infirmières, ou avec les kinés, comme on a pas de contact avec eux... ça permet de mieux cerner le patient.

ML : D'accord. Si vous aviez un changement à faire au projet PAERPA, qu'est-ce que vous feriez ? **(Question 7)**

Participant 18 : ... Rien, ça fonctionne bien.

ML : Dernière question, savoir si vous avez quelque chose à ajouter à propos du projet PAERPA que je n'aurais pas évoqué ? **(Question 8)**

Participant 18 : Non, rien de particulier.

ML : Bon...

Participant 18 : C'est un projet qui est bien, qui est en place, qui fonctionne bien. Bon il y aura peut-être des améliorations au fur et à mesure, mais ça fonctionne.

ML : Bon. OK, merci beaucoup !

AUTEUR : Nom : Lotin

Prénom : Maxime

Date de Soutenance : 01/12/2017

Titre de la Thèse : Motivations des médecins traitants à élaborer des plans personnalisés de santé conciliation médicamenteuse dans le cadre du projet PAERPA.

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : Gériatrie, PAERPA, PPS, Conciliation médicamenteuse

Résumé :

Introduction : Le projet PAERPA (Personnes âgées en Risque de Perte d'Autonomie) est un dispositif innovant de soins intégrés. Le Plan personnalisé de santé (PPS) de conciliation médicamenteuse est une intervention ciblant la iatrogénie. Au cours d'une hospitalisation, les patients bénéficient d'une conciliation médicamenteuse. En ville, les Professionnels de santé libéraux (PSL) s'organisent en Coordination clinique de proximité. Ce travail est formalisé par Le PPS. Les objectifs de cette étude sont de chercher les motivations des médecins traitants à élaborer des PPS, leur ressenti quant à l'implication d'une aide externe (pharmacien d'officine et Animatrice territoriale (AT)), et les axes d'amélioration du projet.

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

Résultats : Sur 53 sujets éligibles, il a été réalisé 18 entretiens pour obtenir la saturation des données. Le nombre de PPS médian par médecin traitant était de 9. Les motivations conceptuelles des médecins traitants à élaborer des PPS étaient la pluridisciplinarité, la coordination, la place du médecin traitant, le gain de temps et la rémunération. Les motivations pratiques étaient l'amélioration de la prise en charge et la conciliation médicamenteuse hospitalière. Les médecins traitants étaient satisfaits de l'intervention du pharmacien d'officine, malgré une faible connaissance de leur rôle. L'aide de l'AT était aussi appréciée, mais les médecins traitants regrettaient son faible suivi. La communication inter-professionnelle n'a pas été modifiée par le projet PAERPA. Les contacts sont rares mais confraternels et suffisants. Les axes d'amélioration du projet concernaient l'information délivrée aux médecins traitants, la communication en CCP, la charge administrative du PPS, l'exclusion de patients.

Conclusion : Les avantages des soins intégrés sont sources de motivations pour les médecins traitants. Une meilleure information aux PSL et une meilleure communication des PSL entre eux renforcerait le développement du projet PAERPA.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Eric BOULANGER

Asseseurs : Monsieur le Professeur Michel LUYCKX, Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE, Monsieur le Docteur Jean-Baptiste BEUSCART, Monsieur le Docteur Régis HANOT