



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Les leviers et les freins relevés par les acteurs  
hospitaliers participant au projet PAERPA –  
conciliation médicamenteuse**

Présentée et soutenue publiquement le 1<sup>er</sup> décembre 2017 à 16h00  
au Pôle Formation  
**Par Romain NAESSENS**

---

## JURY

**Président :**

**Monsieur le Professeur BOULANGER Eric**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur LUYCKS Michel**

**Monsieur le Docteur CALAFIORE Matthieu**

**Monsieur le Docteur BEUSCART Jean-Baptiste**

**Directeur de Thèse :**

**Madame le Docteur FABIANEK Agnès**

## **Avertissement**

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

## **TABLE DES ABREVIATIONS :**

**AOD** : Anticoagulants oraux directs

**AVK** : Anti-vitamine K

**BMO** : Bilans médicamenteux optimisés

**CH** : Centre hospitalier

**CRH** : Compte rendu d'hospitalisation

**DPI** : Dossier patient informatisé

**DRESS** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

**EHPAD** : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

**EMG** : Equipe mobile gériatrique

**GHT** : Groupement hospitalier de territoire

**HAS** : Haute autorité de santé

**HCAAM** : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

**IDE** : Infirmière diplômée d'État

**LFSS** : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

**MCO** : Médecine chirurgie obstétrique

**PAERPA** : Personnes âgées en risque de perte d'autonomie

**PH** : Praticien hospitalier

**PPS** : Plan personnalisé de santé

**PSL** : Professionnels de Santé Libéraux

## **Sommaire**

<b>1 Introduction</b> .....	7
<b>1.1. PAERPA et soins intégrés</b> .....	7
1.1.1. Généralités sur le PAERPA.....	7
1.1.2. Définition des soins intégrés .....	8
1.1.3. Objectifs sur le Denaisis .....	9
<b>1.2. Intervention hospitalière de conciliation médicamenteuse</b> .....	11
1.2.1. Inclusion des patients au PAERPA .....	11
1.2.1.1. Critères d'éligibilité des patients.....	11
1.2.1.2. Critères de non inclusion des patients .....	12
1.2.1.3. Critères d'exclusion des patients .....	12
1.2.2. La conciliation médicamenteuse.....	12
1.2.2.1. La conciliation d'entrée .....	12
1.2.2.2. Optimisation diagnostique et thérapeutique .....	13
1.2.2.3. La conciliation de sortie .....	13
1.2.3. Documents produits à la sortie .....	13
<b>1.3 Objectifs de l'étude</b> .....	14
<b>2. Méthode</b> .....	15
<b>2.1. Méthodologie qualitative par entretiens semi dirigés</b> .....	15
2.1.1. La méthodologie qualitative.....	15
2.1.1.1. Type d'étude.....	15
2.1.1.2. Définition de la recherche qualitative.....	16
2.1.1.3. Particularités méthodologiques de la recherche qualitative .....	16
2.1.1.4. La validité des résultats en recherche qualitative .....	16
2.1.1.5. Les différents biais de la recherche qualitative .....	17
2.1.1.6. La recherche qualitative, une recherche méconnue .....	17
2.1.2. L'entretien individuel.....	18
2.1.2.1. L'entretien individuel semi dirigé .....	18
2.1.2.2. L'enquêteur.....	18
2.1.2.3. L'échantillonnage.....	19
2.1.2.4. Le canevas d'entretien.....	20
2.1.3. Analyse des données .....	20
2.1.4. La rédaction des résultats.....	21
<b>2.2. Application au sujet</b> .....	21
2.2.1. Recrutement de la population .....	21
2.2.2. Conditions du recueil.....	22
2.2.2.1. Retranscription des données .....	22
2.2.2.2. Absence de relecture des verbatim .....	22
2.2.3. Le guide d'entretien .....	23

2.2.4.	Saturation des données .....	24
2.2.5.	Analyse des entretiens .....	24
2.2.5.1.	Le codage manuel .....	24
<b>2.4</b>	<b>Recherche bibliographique .....</b>	<b>25</b>
<b>3.</b>	<b>Résultats .....</b>	<b>26</b>
<b>3.1.</b>	<b>Réalisation de l'étude .....</b>	<b>26</b>
3.1.1	Description des participants .....	26
3.1.1.1	Recrutement des participants .....	26
3.1.1.2	Caractéristiques des participants .....	27
3.1.2	Description des entretiens .....	27
<b>3.2.</b>	<b>Gestion de la personne âgée .....</b>	<b>28</b>
3.2.1.	Importance de la population gériatrique .....	28
3.2.2.	Prise en charge du sujet âgé .....	28
3.2.3.	La question de la iatrogénie .....	29
<b>3.3.</b>	<b>Mise en place du projet PAERPA .....</b>	<b>31</b>
3.3.1.	Présentation .....	31
3.3.2.	Communication au long cours .....	32
3.3.3.	Sources d'information .....	33
<b>3.4.</b>	<b>Lien EMG-Praticiens hospitaliers .....</b>	<b>34</b>
3.4.1.	Collaboration .....	34
3.4.2.	Coordination .....	35
3.4.3.	Collégialité .....	36
3.4.4.	Traçabilité .....	37
<b>3.5.</b>	<b>Réflexion sur le projet .....</b>	<b>37</b>
3.5.1.	Éléments positifs .....	37
3.5.2.	Aspects négatifs .....	40
3.5.3.	Questionnement .....	41
<b>3.6.</b>	<b>Perspectives d'avenir .....</b>	<b>41</b>
3.6.1.	Améliorations envisagées .....	41
3.6.2.	Adhésion de la médecine de ville .....	43
<b>3.7.</b>	<b>Communication interprofessionnelle .....</b>	<b>44</b>
3.7.1.	Collaboration avec le médecin traitant .....	44
3.7.2.	Difficultés du médecin traitant : un frein dans la communication .....	45
<b>3.8.</b>	<b>Lien ville-hôpital .....</b>	<b>46</b>
3.8.1.	Echanges avec le médecin traitant .....	46
3.8.2.	La sortie du patient hospitalisé .....	47
<b>4.</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>48</b>
<b>4.1.</b>	<b>Discussion de la méthode de recherche .....</b>	<b>48</b>
4.1.1.	choix d'une étude qualitative .....	48
4.1.2.	choix de l'entretien semi-dirigé .....	48
4.1.3.	Les points positifs .....	49
4.1.3.1.	Absence de hiérarchie enquêteur et enquêté .....	49

4.1.3.2.	Un travail encadré .....	49
4.1.3.3.	Echelle COREQ .....	50
4.1.4.	Limites de l'étude .....	50
4.1.4.1.	Recrutement.....	50
4.1.4.2.	Recueil des données.....	51
4.1.4.3.	Analyse des données.....	51
4.1.4.4.	Synthèse des biais dans l'étude .....	51
<b>4.2.</b>	<b>Discussion des résultats</b> .....	<b>53</b>
4.2.1.	Adhésion du corps médical .....	53
4.2.1.1.	Un axe de réflexion : la iatrogénie.....	53
4.2.1.2.	Sécurisation de la prise en charge gériatrique .....	54
4.2.1.3.	Collaboration active des acteurs du projet.....	54
4.2.1.4.	Amélioration des connaissances.....	55
4.2.1.5.	Apport du pharmacien hospitalier .....	55
4.2.2.	Les freins actuels dans la mise en place du projet .....	56
4.2.2.1.	Défaut de communication initial .....	56
4.2.2.2.	Renforcer la diffusion du projet.....	57
4.2.2.3.	Renforcer la dynamique de travail EMG-PH .....	57
4.2.2.4.	Absence de continuité avec la médecine ambulatoire .....	58
4.2.3.	Leviers d'améliorations proposées .....	59
4.2.3.1.	Etendre le champ d'action.....	59
4.2.3.2.	Le retour patient.....	59
4.2.4.	Absence de renforcement du lien ville-hôpital.....	60
4.2.4.1.	Omniprésence de l'EMG .....	60
4.2.4.2.	Comment favoriser le lien ville-hôpital.....	61
<b>5.</b>	<b>Conclusion</b> .....	<b>62</b>
<b>6.</b>	<b>Bibliographie</b> .....	<b>63</b>
<b>7.</b>	<b>Annexes</b> .....	<b>65</b>

## **1 Introduction**

### **1.1. PAERPA et soins intégrés**

#### 1.1.1. Généralités sur le PAERPA

Les principales causes de rupture dans la continuité des soins des personnes âgées résultent d'une insuffisance de coordination dans la prise en charge médico-sociale, associées à un recours abusif à l'hospitalisation (1).

L'expérimentation PAERPA (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie) découle des données issues des rapports 2010-2011 du HCAAM (Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie) dressant ce constat.

Le HCAAM préconise en 2011 la mise en place de projets pilotes fondés sur une approche globale par parcours de santé, projets également relayés par la Loi de financement de la sécurité sociale de 2013.

Des projets pilotes en Europe, aux Etats-Unis et au Canada ont prouvé leur efficacité en termes d'amélioration de l'état de santé et de consommation de ressources dans cette population (4).

Le souhait des instances réglementaires françaises est la mise en place de parcours pilotes sur neuf territoires.

L'objectif de l'expérimentation PAERPA est d'atteindre une qualité de soins, par une participation active des personnes soignées et une pratique plus coopérative entre professionnels.

### 1.1.2. Définition des soins intégrés

Le projet PAERPA s'inscrit dans une démarche de soins, qualifiés de soins intégrés, car la prise en charge des personnes âgées fragiles polypathologiques peut amener à des hospitalisations inappropriées, voire à une institutionnalisation prématurée.

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).

Cette définition situe le patient au centre de cette approche :

Il doit avoir la possibilité de prendre en charge lui-même ses soins, tout en étant encadré par un réseau multidisciplinaire. Ce réseau comprend entre autres les professionnels de santé, 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 en collaboration avec le patient, chaque intervenant pouvant offrir sa propre expertise de manière optimale (3).

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

- Améliorer l'état de santé de la population en général ;
- Améliorer la qualité des soins (accessibilité, evidence-based) ;
- Accroître l'efficacité des moyens alloués (5).



### 1.1.3. Objectifs sur le Denaisis

L'expérimentation PAERPA s'inscrit dans cette démarche de soins intégrés. Le Valenciennois-Quercitain (Annexe 1) est l'un des territoires pilotes retenu pour ce projet (6).

Ce projet concerne l'ensemble de la population de plus de 75 ans et les différents acteurs de la prise en charge. Il s'appuie sur les dynamiques locales existantes (CLIC, Réseaux, MAIA...) ainsi que sur de nouvelles ressources tests.

Le projet PAERPA a donc pour vocation de faciliter le repérage des personnes âgées en risque de perte d'autonomie et d'organiser le parcours de santé autour d'une Coordination Clinique de Proximité (CCP) (7).

Dans le cadre de ce projet, une spécificité innovante a été mise en place sur le territoire du Denaisis et au sein du centre hospitalier de Denain : la conciliation médicamenteuse.

Depuis quelques années, un constat simple conclut que la polymédication du sujet âgé serait corrélée à l'augmentation du nombre d'hospitalisations, notamment pour cause iatrogène. Le nombre d'effets indésirables médicamenteux augmenterait de 50% à partir de 65 ans et 30 à 60% de ces effets seraient prévisibles et évitables (8).

Selon l'étude française ENEIS (Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables graves associés aux Soins) en 2005, 1.32 erreur médicamenteuse grave liée au médicament survient sur 1000 journées d'hospitalisations en MCO (Médecine chirurgie obstétrique) (9).

Forte de ce constat, la démarche de conciliation médicamenteuse s'intègre donc de manière évidente dans la dynamique du projet. Elle vise à prendre en compte le risque iatrogène chez les sujets âgés fragiles et hospitalisés dans le but de diminuer les ré-hospitalisations précoces.

Elle aboutit à la réalisation d'un plan personnalisé de santé (PPS) « conciliation médicamenteuse » (Annexe 2) impulsé par une équipe mobile de gériatrie (EMG) qui lui est entièrement dédiée.

Le lien entre l'EMG et les acteurs médicaux de la ville est réalisé par l'animatrice territoriale PAERPA.

Les objectifs de l'équipe mobile gériatrique au cours de l'hospitalisation peuvent se décliner comme ceci :

- Sécuriser la prise en charge médicamenteuse au centre hospitalier de DENAIN par la prévention et la correction des erreurs médicamenteuses, détectées par la conciliation médicamenteuse, permettant ainsi d'éviter la survenue d'événements indésirables graves ;
- Eviter les ré-hospitalisations liées à une cause iatrogène ou à une mauvaise observance du traitement ;
- Rendre le sujet âgé acteur de son traitement.

Elle encadre la sortie du patient du centre hospitalier vers son domicile permettant ainsi de :

- Sécuriser la sortie d'hôpital vers le domicile par la mise à disposition des médicaments conciliés lors de l'hospitalisation ;
- Assurer la continuité du traitement médicamenteux entre l'hôpital et le domicile ;
- Favoriser la coordination en sortie d'hospitalisation avec les professionnels de santé libéraux.

## **1.2. Intervention hospitalière de conciliation médicamenteuse**

### 1.2.1. Inclusion des patients au PAERPA

#### 1.2.1.1. Critères d'éligibilité des patients

La recherche du consentement est réalisée pour tout patient éligible.

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 (Annexe 1) ;
- Être à risque de perte d'autonomie ;
- Avoir un projet de retour à domicile ;
- Avoir au moins un des critères suivants :
  - Présenter trois pathologies ou plus ;
  - Recevoir un traitement par AVK ou AOD ;
  - Recevoir un traitement diurétique.

### 1.2.1.2. Critères de non inclusion des patients

Les critères de non inclusion sont :

- 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 ;
- Impossibilité de réaliser l'intervention dans les délais impartis.

### 1.2.1.3. Critères d'exclusion des patients

Les critères d'exclusion sont :

- Transfert 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 d'intensité sévère ;
- Les patients dépendants, GIR 1 ou 2 ;
- Les patients sous tutelle ou sous curatelle.

## 1.2.2. La conciliation médicamenteuse

### 1.2.2.1. La conciliation d'entrée

Etablir le Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO) : il s'agit d'établir la liste complète et exacte de tous les médicaments pris au quotidien par le patient à son domicile (incluant nom, dosage, posologie, voie d'administration...) à partir de différentes sources d'informations.

La conciliation peut être faite par un pharmacien, un interne en pharmacie, éventuellement accompagné par un externe en pharmacie (10).

### 1.2.2.2. Optimisation diagnostique et thérapeutique

Le pharmacien participe aux réunions de synthèse des patients étiquetés PAERPA afin de donner un avis pharmacologique, dans cette démarche de prise en charge pluridisciplinaire.

### 1.2.2.3. La conciliation de sortie

Dans un premier temps, le pharmacien regarde dans le DPI (Dossier Patient Informatisé) les traitements, les changements et événements survenus pendant l'hospitalisation, et fait un premier plan de prise récapitulatif.

Un deuxième temps est consacré à une discussion entre pharmacien et gériatre pour faire le bilan sur les modifications et révisions éventuelles de traitement.

Le traitement de sortie est noté dans le DPI par le pharmacien avec les commentaires justifiant les modifications éventuelles de traitement durant le séjour. Il servira de base à l'établissement de la partie « traitement » du CRH (Compte-Rendu d'Hospitalisation).

### 1.2.3. Documents produits à la sortie

Les documents fournis à la sortie du patient sont :

- Le CRH, qui contiendra le tableau récapitulatif du traitement pour le médecin traitant ;
- Le courrier de conciliation (Annexe 3), à destination du médecin traitant et du pharmacien d'officine, avec l'ordonnance pour la pharmacie ;
- Le plan de prise remis au patient (Annexe 4).

Le médecin traitant élabore ensuite, dans la semaine suivant la sortie, le PPS en y intégrant l'action d'optimisation thérapeutique. Il utilise l'expertise gériatrique réalisée à l'hôpital, qu'il complète éventuellement selon son évaluation à domicile.

Le pharmacien d'officine, en collaboration avec le médecin traitant, participe à l'élaboration du PPS « conciliation médicamenteuse » une fois le retour au domicile effectif.

### **1.3 Objectifs de l'étude**

La mise en place d'un projet novateur en milieu hospitalier se heurte souvent à des obstacles. La complexité des institutions et la difficulté du changement des habitudes auprès des praticiens hospitaliers peuvent constituer un frein.

Le point de vue de ces acteurs sur les changements de pratiques proposés par le PAERPA est donc primordial.

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les leviers et les freins relevés par les acteurs hospitaliers du centre hospitalier de Denain impliqués depuis le début du projet (conception, développement, lancement, maintien).

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la communication interprofessionnelle avec les acteurs de ville dans le cadre du projet PAERPA conciliation médicamenteuse, et, dans un second temps d'analyser la vision et le ressenti de la mise en place du lien ville-hôpital depuis l'instauration de ce projet.

## **2. Méthode**

Ce travail de recherche constitue une partie de l'évaluation qualitative du projet PAERPA piloté par l'ARS. D'autres travaux ont été réalisés pour évaluer d'autres interventions du PAERPA.

Un groupe de travail lillois d'évaluation qualitative du PAERPA a été formé. Il était présidé par le Docteur Jean-Baptiste BEUSCART, référent PAERPA et initiateur de ce travail de recherche, coordonné par le Docteur Lorette AVERLANT. Il était aussi composé du Docteur Matthieu CALAFIORE, référent méthodologique sur l'analyse qualitative et de quatre autres thésards, investigateurs de l'évaluation qualitative du PAERPA.

### **2.1. Méthodologie qualitative par entretiens semi dirigés**

#### 2.1.1. La méthodologie qualitative

##### 2.1.1.1. Type d'étude

Les études qualitatives ont pour objet d'explorer le sens et la valeur des phénomènes sociaux, de construire une hypothèse et de développer une théorie. Elles sont basées sur l'interprétation et le constructivisme.

L'interprétation s'intéresse à la construction du sens et du contexte, fait l'hypothèse que la réalité peut être comprise à travers le langage, la conscience et les significations partagées.

Le constructivisme définit la connaissance comme une élaboration humaine, et non comme le reflet exact de la réalité (11).

#### 2.1.1.2. Définition de la recherche qualitative

Elle permet de recueillir des données par l'entretien puis d'analyser ce matériel par thèmes. Elle a pour but d'étudier des mécanismes d'action, des schémas de pensées et de cerner la réalité d'une situation particulière.

Le choix de cette méthode dans notre travail de thèse nous a paru évident, puisqu'il s'agissait non pas de « quantifier » un processus, mais plutôt de comprendre un comportement et un état d'esprit (12).

#### 2.1.1.3. Particularités méthodologiques de la recherche qualitative

C'est une démarche inductive, interprétative. L'hypothèse est générée à partir des faits observés.

L'analyse est concomitante au recueil de données. Un aller-retour permanent entre la conception de l'étude, le recueil et l'analyse des données permet de construire l'hypothèse. La méthodologie peut donc être modifiée en cours d'étude (11).

#### 2.1.1.4. La validité des résultats en recherche qualitative

La validité des résultats est augmentée par :

- La standardisation des guides d'entretien ;
- La triangulation (11).



#### 2.1.1.5. Les différents biais de la recherche qualitative

Les *biais internes* liés aux caractéristiques personnelles du chercheur et des participants (l'âge, le genre, l'expérience, les valeurs, les attitudes) : ils sont difficilement contrôlables mais peuvent être limités en reformulant le discours pour vérifier la bonne compréhension (11).

Les *biais externes* liés à l'environnement (choix du lieu, personnes non interviewées mais potentiellement perturbatrices présentes sur place).

Le *biais d'investigation* lié à la manière dont le chercheur interroge les participants, ce qui peut influencer les réponses.

Le *biais d'interprétation*, lorsque l'analyse n'est effectuée que par un seul chercheur. On peut le limiter par un double codage (deux chercheurs codent indépendamment) et par une triangulation des données (comparaison des résultats avec les résultats issus d'autres études qui utilisent des méthodes de recueil différentes) (11).

#### 2.1.1.6. La recherche qualitative, une recherche méconnue

D'après la revue *Exercer*, pour publier dans le *BMJ (British medical journal)*, il faut en rester aux essais comparatifs randomisés (13). La recherche qualitative n'est pas choisie par les rédacteurs en chef. Il en résulte une proportion d'études qualitatives publiée relativement faible.

Les arguments avancés sont : les questions de recherche qualitative ne permettraient pas une avancée scientifique quant à la prise en charge clinique de nos patients et la saturation des données serait rarement atteinte.

## 2.1.2. L'entretien individuel

### 2.1.2.1. L'entretien individuel semi dirigé

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

Le chercheur se présentait en donnant son identité et son niveau de cursus universitaire (interne de médecine générale en sixième semestre). Il présentait ensuite la recherche comme étant une thèse qualitative sur l'évaluation auprès des praticiens hospitaliers de l'hôpital de Denain du projet PAERPA conciliation médicamenteuse. Il proposait ensuite une rencontre pour un entretien d'environ 20 minutes, en annonçant qu'il serait enregistré puis anonymisé.

Ces entretiens ont été enregistrés par un dictaphone numérique, avec accord du participant, puis retranscrits mot à mot, sans modification ni reformulation. Les pauses et les expressions non-verbales (rires, hésitations, interruptions) ont été notées entre parenthèses, constituant le verbatim. Afin de garantir l'anonymat, les participants ont été identifiés par des numéros (de E1 à E12).

### 2.1.2.2. L'enquêteur

Il doit avoir une attitude bienveillante, empathique, être patient et non autoritaire. Il ne doit pas conseiller, juger, ni discuter avec l'interviewé (14).

S'il intervient, c'est pour préciser la pensée de l'interviewé et tenter d'aborder certains thèmes par l'intermédiaire de questions dites « de relance ».

Durant l'entretien, il faut poser les questions une à une :

- laisser parler l'interviewé, l'encourager à développer et à citer des exemples ;
- respecter d'éventuels « blancs » ;
- reformuler pour vérifier la bonne compréhension du discours ;
- rester neutre.

La prise de notes est possible mais ne doit pas faire perdre le fil de l'entretien (11).

### 2.1.2.3. L'échantillonnage

La taille de l'échantillon ne peut être déterminée à l'avance. L'analyse s'effectuant au fur et à mesure des entretiens, il existe un moment où le recueil de tout nouvel entretien n'apporte plus aucune donnée nouvelle : on parle de « saturation des données ».

La qualité de l'échantillon est fondamentale, sinon la saturation des données peut être faussement atteinte. Les stratégies d'échantillonnage les plus connues sont :

- l'échantillonnage en variation maximale, pour mettre en évidence la diversité des perceptions/opinions/comportements, avec l'identification de variables pertinentes et le recrutement de participants dans chaque classe ;
- l'échantillonnage homogène, qui se focalise sur une population réduite et particulière ;
- l'échantillonnage en chaîne (ou échantillonnage en boule de neige), où ce sont les premiers participants qui orientent le chercheur vers les futurs participants.

Notre étude s'est portée sur une population restreinte puisqu'elle concernait les praticiens hospitaliers exerçant au sein du centre hospitalier de Denain. On parle donc d'échantillonnage homogène.

#### 2.1.2.4. Le canevas d'entretien

Il structure l'interrogation mais ne dirige pas le discours, il doit permettre à l'interviewer d'improviser des relances pertinentes sur les différents énoncés de l'interviewé au moment où ils sont abordés. Ceci permet d'obtenir un discours librement formé mais répondant à la question de recherche (14).

Il reprend la liste des thèmes à aborder avec des sous-questions de relance pour aborder les points importants si l'enquêté ne les développe pas spontanément.

Ce canevas reste souple et l'enquêteur peut s'adapter au cours de l'entretien.

Il peut également être modifié à l'issue de deux ou trois entretiens si l'enquêteur considère qu'il n'explore pas l'ensemble de la question de recherche.

Concernant la trame des questions, la première est une question « brise-glace » afin de permettre l'établissement d'un premier contact sur une question générale.

#### 2.1.3. Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée selon l'approche de la "théorisation ancrée" au fur et à mesure de la récolte des données. Les entretiens ont été lus plusieurs fois afin de s'imprégner du verbatim.

Le codage a été réalisé à l'aide du logiciel d'analyse manuelle des données qualitatives QSR NVivo 11®. Un codage ouvert par création de nœuds a été déterminé selon l'analyse des données décontextualisées.

Les nœuds ont été regroupés en thèmes et sous-thèmes selon une analyse thématique.

Puis, une conceptualisation par mise en relation des thèmes et sous-thèmes a été faite (12).

Il a été réalisé une triangulation des données avec un interne participant également au projet de recherche qualitative mais sur le versant médecine ambulatoire.

#### 2.1.4. La rédaction des résultats

Elle doit contenir :

- la description précise et les caractéristiques de la population ;
- les difficultés liées au recueil de données ;
- les événements inattendus ayant motivé la modification du canevas d'entretien et l'analyse ;
- les citations (14) ;
- une présentation des codes avec illustration de chaque code par un verbatim (11).

## **2.2. Application au sujet**

### 2.2.1. Recrutement de la population

La population concernée par l'étude était l'ensemble des praticiens hospitaliers exerçant au sein de l'hôpital de Denain et pouvant être amenés à travailler avec l'équipe mobile gériatrique dédiée à la mise en pratique du projet PAERPA.

Un premier rendez-vous était pris avec le Dr HANOT, gériatre de l'équipe mobile gériatrique, afin de prendre connaissance du listing des praticiens hospitaliers directement concernés par la mise en pratique du projet PAERPA dit de conciliation médicamenteuse.

Une liste de 20 praticiens hospitaliers a été obtenue.

Ont été inclus les praticiens hospitaliers de l'hôpital de Denain exerçant en service dit conventionnel.

Ont été exclus les urgentistes et les chirurgiens puisque ces derniers n'étaient pas concernés par l'intervention de l'équipe mobile gériatrique dédiée au projet PAERPA.

Le premier contact s'effectuait de manière téléphonique.

#### 2.2.2. Conditions du recueil

##### 2.2.2.1. Retranscription des données

Tous les entretiens ont été réalisés au sein du CH de Denain après prise de rendez-vous.

L'entretien était réalisé à l'aide d'un dictaphone type OLYMPUS® WS 110 numérique.

##### 2.2.2.2. Absence de relecture des verbatim

Le discours non verbal n'a pas été recueilli. L'enquêteur débutant n'avait pas les compétences pour ce type d'exercice.

La retranscription a été manuelle. Certaines répétitions non significatives ont été supprimées, les tics de langage (« euh ») ont été allégés, afin de permettre une lecture plus fluide des verbatim. Les répétitions et tics de langage marquant un doute, une hésitation, n'ont pas été supprimés.

L'absence de relecture permet de conserver l'authenticité de l'interview, aucun passage n'a été supprimé lors de la rédaction des entretiens.

### 2.2.3. Le guide d'entretien

Le questionnaire comportait différentes parties (Annexe 5).

Une question dite « brise glace » introductive permettait de connaître la prise en charge du sujet âgé dans leur pratique quotidienne.

La première partie identifiait les leviers et freins dans la mise en place du projet depuis sa conception jusqu'à aujourd'hui.

La deuxième partie avait pour but d'évaluer la communication interprofessionnelle entre les acteurs hospitaliers et ceux de la ville dans le cadre du PAERPA.

La troisième partie explorait le ressenti de la mise en place de ce lien ville-hôpital.

Ce guide contenait des questions ouvertes et neutres, qui avaient pour but de laisser à l'interrogé une grande liberté dans ses réponses et de favoriser l'association d'idées. Des questions de relance avaient été prévues également lorsqu'un thème n'avait pas pu être abordé par une première question.

Le guide d'entretien a été modifié à une seule reprise au cours du travail de thèse.

Une question explorait le bénéfice du PAERPA au début de la mise en place du projet et une seconde explorait le bénéfice du PAERPA sur les 18 mois. Devant la redondance des réponses il a été décidé après concertation avec les référents méthodologiques de supprimer la question explorant les bénéfices au début de la mise en place du projet.

#### 2.2.4. Saturation des données

Le nombre d'entretiens n'avait pas été prédéfini précisément (pas de limite de coût, pas de limite de temps). L'analyse des entretiens a été réalisée au fur et à mesure.

Au neuvième entretien, la saturation des données a été considérée comme atteinte.

Celle-ci a été confirmée par la réalisation des 10<sup>ème</sup> et 11<sup>ème</sup> entretiens.

#### 2.2.5. Analyse des entretiens

##### 2.2.5.1. Le codage manuel

L'analyse s'est effectuée en deux temps, par la méthode de l'analyse thématique.

Tout d'abord chaque entretien a été analysé individuellement : l'analyse longitudinale, qui permet de dégager les thèmes.

Puis le matériel a été analysé dans son intégralité afin de rendre compte de la cohérence thématique inter-entretien : l'analyse transversale.

Ces deux étapes permettent le codage, chaque mot clé ou groupe de mots ou idée a été répertorié, puis classé, et regroupé en formant des thèmes et sous thèmes.

Trois types de codages s'entremêlent : le codage ouvert qui laisse apparaître les thèmes, le codage sélectif qui fait émerger les sous-thèmes, et le codage thématique qui s'efforce de relier les thèmes entre eux.

À partir de ce codage, une interprétation a pu être réalisée : les idées et thèmes ont été réorganisés afin de dégager les concepts exposés et les avis exprimés permettant ainsi une lisibilité de l'ensemble.

Des exemples issus des entretiens ont été sélectionnés pour leur pertinence afin d'illustrer chaque thème ou sous-thème (12).



## 2.4 Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée en langue française et anglaise *via* les moteurs de recherche suivants : Google Scholar, Pubmed, EMC (EM-Premium), Sudoc, Bibliothèque Inter-Universitaire de Médecine.

Voici la liste des mots-clés utilisés seuls ou associés avec les opérateurs booléens (AND, OR, NOT) :

- soins intégrés, médecine générale/ Primary Care ;
- PAERPA, PPS conciliation médicamenteuse, EMG PAERPA ;
- Lien ville-hôpital ;

Pour la gestion et la rédaction de la bibliographie en référence Vancouver, le logiciel Zotero a été utilisé.

### 3. Résultats

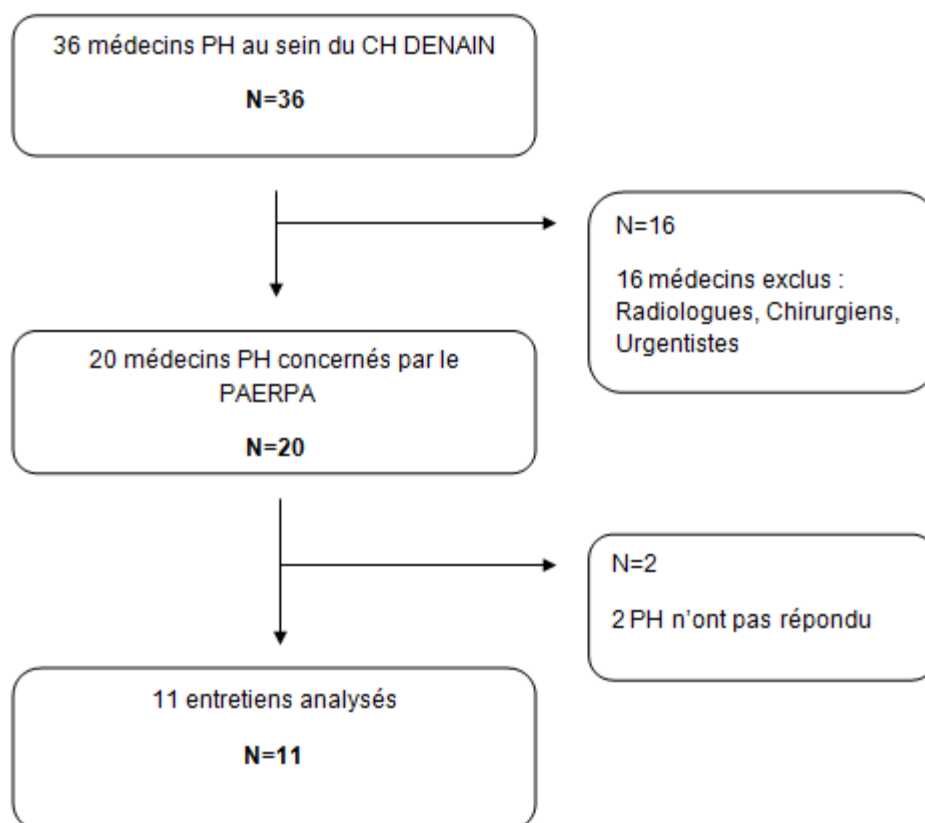
#### 3.1. Réalisation de l'étude

##### 3.1.1 Description des participants

##### 3.1.1.1 Recrutement des participants

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

Figure 1 : Diagramme de flux.



### 3.1.1.2 Caractéristiques des participants

<u>Participant</u>	<u>Sexe</u>	<u>Age</u>	<u>Années d'expériences (année)</u>	<u>Activité libérale antérieure</u>	<u>Nombre d'Hôpitaux d'exercice</u>	<u>Spécialité</u>
1	M	40	10	0	2	MI
2	F	53	25	0	3	G
3	F	36	6	0	1	MI
4	F	45	17	1	2	G
5	F	56	26	0	1	G
6	F	54	27	0	1	G
7	M	42	13	1	2	G
8	M	55	27	1	5	MI
9	M	58	31	0	4	C
10	F	54	23	0	1	G
11	M	59	32	1	2	C

C : Cardiologie

G : Gériatrie

MI : Maladie infectieuse

F : Sexe féminin

M : Sexe masculin

Âge en année

L'âge médian des participants était de 54 ans, le sexe ratio Homme/Femme est de 5/8.

### 3.1.2 Description des entretiens

La durée des entretiens oscillait entre 13 minutes pour le plus court et 32 minutes pour le plus long.

Les entretiens se sont déroulés entre le 12 avril 2017 et le 3 juillet 2017.

Le recueil des données a été identique pour l'ensemble des médecins interrogés. Le même support d'enregistrement a été utilisé pour tous les entretiens. Aucun entretien n'a été réalisé en présence de non-participant.

### **3.2. Gestion de la personne âgée**

#### 3.2.1. Importance de la population gériatrique

La population gériatrique est importante dans le bassin denaisien et au sein de l'hôpital de Denain :

*« Grosse population gériatrique dans tout l'hôpital de Denain et dans n'importe quel service il y a une grosse représentativité de la gériatrie » E1*

Les troubles cognitifs semblent marqués et l'observance du traitement est incertaine :

*« Sont incapables clairement de bien prendre les traitements qui ont un potentiel iatrogène très important » E1*

*« On a quand même beaucoup de patients qui ont des troubles cognitifs » E2*

#### 3.2.2. Prise en charge du sujet âgé

La prise en charge initiale démarrait par un état des lieux des antécédents médico-chirurgicaux et de l'environnement du patient :

*« L'examen clinique puis après tu fais, tu t'intéresses à leur mode de vie, à leur milieu, s'ils sont aidés, s'il y a de la famille et quels sont leurs souhaits » E5 ;*

*« Tu regardes le motif d'hospitalisation, après c'est un examen clinique et après c'est les problèmes de mode de vie, savoir comment elle vit, les antécédents médico chirurgicaux avec les traitements » E6*

Pour beaucoup, il semblait difficile au départ de pouvoir éliminer un quelconque traitement venant de la médecine de ville, un temps d'adaptation du patient était nécessaire :

*« Après bon moi en principe je prescris tous les médicaments enfin les médicaments prescrits par le médecin traitant à l'entrée sauf s'il y a vraiment quelque chose. Les gens prennent ça depuis des années tu ne peux pas non plus tout révolutionner » E6 ;*

*« C'est-à-dire je suis plus orienté vers les déshydratations, vers les posologies qui sont souvent moins faibles en fonction de leur insuffisance rénale et insuffisance hépatique donc c'est vrai que je fais plus attention à certaines choses mais je les prends comme les autres » E10*

Pour certains, la prise en charge initiale permettait déjà d'anticiper la sortie future :

*« En général on sait dès le départ s'il faudra une majoration des aides ou pas dans ce cas on demande un bilan social » E7*

### 3.2.3. La question de la iatrogénie

L'hôpital de Denain dans sa globalité est entré de plain-pied dans cette prise en charge du risque iatrogène :

*« Sur Denain nous sommes entrés depuis un an un an et demi 18mois sur l'expérimentation PAERPA sur la revue des ordonnances en particulier sur deux grandes classes de médicaments qui sont pourvoyeuses d'effets indésirables : anticoagulants et anti-inflammatoire » E11*

Pour beaucoup de praticiens, c'est une pratique courante qu'ils font de manière systématique, mais ils peuvent éprouver des difficultés quant à l'acceptation par le patient :

*« Moi j'essaie vraiment d'alléger au maximum et j'essaie de ne garder que le strict essentiel et des fois ce n'est pas facile parce qu'il faut expliquer aux gens pourquoi ils n'ont pas le médicament habituel » E8 ;*

*« Quand je peux éliminer j'élimine, quand je peux baisser je baisse mais après il y en a d'autres qui malheureusement je ne peux pas toucher » E9.*

Parfois la complexité pouvait reposer sur l'absence d'information concernant le traitement venant du patient :

*« Le patient lui-même nous fournit souvent peu d'informations, ce sont des patients âgés avec troubles cognitifs, le médecin traitant n'est pas souvent joignable, sa pharmacienne on ne la connaît pas souvent donc dans un premier temps on arrive il nous arrive souvent de faire le tri » E1*

L'aspect iatrogène est plus ancré dans le milieu hospitalier et dans certains services de gériatrie comparativement à la médecine de ville :

*«L'hôpital on est quand même plus sensibilisé je pense au niveau de la iatrogénie, encore plus dans les services de gériatrie ou on fait vraiment attention à ça quoi » E6*

L'acceptation d'un allègement de l'ordonnance passait par le dialogue avec le patient :

*«En général j'ai rarement eu des refus quand on expliquait au patient pourquoi on aimerait changer le traitement, c'est rare franchement c'est rare » E7*

Pour certains, l'outil informatique était un atout dans la prise en compte du risque iatrogène :

« Je sais bien que l'outil n'est pas juste pour le sujet âgé on a outil avec DXCARE intégré avec les interactions médicamenteuses déjà, que ce soit le sujet âgé ou pas cet outil là je le trouve formidable » E7

Le projet PAERPA a déjà permis un élément de réflexion sur la prise en compte du risque iatrogène :

« Sensibiliser sur tout ce qui est iatrogénie médicamenteuse des personnes âgées je crois que ce projet là a eu l'avantage de mettre ça en évidence » E1

### **3.3. Mise en place du projet PAERPA**

#### 3.3.1. Présentation

La présentation initiale du projet auprès des praticiens hospitaliers semblait assez floue pour la plupart des interviewés devant la grande disparité des réponses :

« Présentation en CME et par un dépliant papier » E1 ;

« On a dû en parler dans des réunions, est-ce que c'est CME ou est-ce que c'est un comité de pilotage où il y a avait euhhh peut être en CME où il y avait le médecin qui s'occupe de la gestion de l'hôpital de Denain euhhh que le directeur a embauché » E10 ;

« Un support power point, plaquettes papiers non et à la CME » E12 ;

« Présentation sous forme de PPT. Je n'ai pas eu de support écrit » E2 ;

« Je pense qu'on a eu des papiers, enfin tout au début c'est Monsieur HANOT qui nous a parlé de ça, et finalement on a eu pas de mal de petits papiers » E3 ;

*« Je n'ai pas le souvenir qu'on nous ait réunis pour spécifiquement nous parler de ça : sur les critères d'éligibilité, tu vois tout ça. Je sais qu'un document a été distribué, une plaquette et moi je n'ai gardé que ça, que j'ai affiché à mon mur pour voir qui était éligible au PAERPA et savoir qui contacter si éventuellement au départ ils n'étaient pas inclus » E5 ;*

La variabilité des réponses atteste que l'information était bien diffusée.

Pour certains la simple explication orale permet une adhésion d'emblée :

*« Il m'a expliqué alors après il m'a envoyé la plaquette de présentation mais en fait il m'a expliqué oralement et je n'ai pas besoin qu'on m'explique longtemps pour adhérer à ce projet » E8*

### 3.3.2. Communication au long cours

La première chose soulignée est que les praticiens hospitaliers souhaitent bénéficier d'un rappel sur le projet, à la fois pour sensibiliser à nouveau les acteurs du soin, mais aussi pour informer les nouveaux arrivants :

*« Pas de piqûre de rappel depuis la première fois, cela a été présenté aussi sur le journal local de l'hôpital mais pour les nouveaux arrivants effectivement ce serait intéressant de leur en parler » E4 ;*

*« Je pense que ce serait intéressant de faire un point et de présenter aux gens à l'hôpital je pense que ça peut être intéressant » E6 ;*



Pour certains, une communication active sur le retour de l'activité de l'équipe mobile gériatrique pouvait être intéressante :

*« Et d'autant qu'on n'a pas le retour, c'est ça qui est assez frustrant parce qu'on a aucun retour sur les patients qui sont sortis ou du CSG ou SSR avec la constitution d'un dossier personnalisé » E4 ;*

*« Ce rapport d'activité je ne l'ai jamais eu et je suis pratiquement certain que ce n'est pas parce que je l'ai parce que tous mes courriers je les ouvre et si ça m'intéresse pas je les jette d'emblée mais j'aurais vu le titre j'aurais.. non non je n'ai pas eu de rapport d'activité » E10*

Certains évoquaient aussi l'absence de communication dans la délivrance de l'ordonnance dite de conciliation :

*« Il n'y a pas de retour sur l'ordonnance s'il y en a une de faite par le PAERPA(...) pour moi j'ai aucun retour à ce jour, on ne vient pas me consulter pour la valider » E10*

Certains ont pensé que la communication par courrier électronique sur leur activité est une chose intéressante, à condition qu'elle puisse se lire avec aisance :

*« Nous renvoie des mails avec statistiques, quand ils font des présentations à l'ARS ou des choses comme ça ils nous renvoient des statistiques ça oui on les reçoit » E7*

### 3.3.3. Sources d'information

Les PH ont parfois dû aller chercher l'information par leurs propres moyens sur le site de l'HAS pour la plupart :

*« J'ai été jeté un œil sur HAS, la petite définition me suffisait c'est tout » E5 ;*

*« J'ai regardé sur internet, je me suis renseigné, j'ai vu les critères d'admission » E2*

### **3.4. Lien EMG-Praticiens hospitaliers**

#### 3.4.1. Collaboration

L'aspect collaboration était primordial et conditionnait la réussite d'un projet comme le PAERPA.

Il était essentiel que l'équipe mobile gériatrique et l'ensemble des praticiens hospitaliers travaillent ensemble.

Pour la plupart des PH, l'EMG ne se substituait pas à eux, elle permettait d'apporter un savoir faire, une expérience :

*« Ils ne se substituent pas à nous » E1 ;*

*« Les aspects traitement médical euhhh c'est vrai qu'on est souvent beaucoup aidé par l'équipe mobile de gériatrie » E1 ;*

*« à la pneumo ou à la cardiologie bah finalement ce qui peut être perçu comme une perte de temps ou un intervenant qui vient encore à qui il faut parler et on passe du temps voilà finalement eux mêmes se sont rendus compte qu'ils passaient à côté de certaines choses qu'ils ne prenaient pas en compte non plus certaines choses et le fait qu'on fasse un peu une synthèse d'entrée avec eux sur le médicament et qu'on revoit avec eux la synthèse de sortie » E1*

Pour certains, le travail réalisé dès l'entrée du patient leur permettait d'éviter certains oublis thérapeutiques :

*« Grâce aux pharmaciens de l'hôpital, un complément d'information sur des traitements qui aurait pu être oubliés à l'entrée. Cela nous évite des erreurs de transcription de traitement » E4*

Cette collaboration se retrouvait également dans le choix des thérapeutiques :

*« Eux nous proposent des choses mais il n'y a rien d'imposé » E3*

Pour d'autres, au contraire, l'aspect collaboratif semblait être un élément à développer :

*« Nous ne sommes jamais consultés. Je l'ai peut-être été une fois au début et c'était du temps de la pharmacienne qui était venue nous voir, alors je les vois passer je dis « AH » et repartir » E7*

#### 3.4.2. Coordination

Le rôle de chacun semblait assez bien défini, il ne semblait pas y avoir de soucis relationnel et les praticiens hospitaliers semblaient satisfaits du travail fourni :

*« Il demande tel traitement pourquoi vous l'avez arrêté pourquoi vous l'avez continué donc moi j'explique ou je dis faut le continuer » E10 ;*

*« Cordial mais sans échange quelque part, ils font leur boulot de leur côté moi du mien »*

*E10*

Pour certains PH la coordination de travail passait par l'outil informatique :

« Les propositions médicamenteuses dans la conciliation d'entrée est sur proposition et il y a une note qui est mise dans le dossier médical » E11 ;

« Je pense que les traitements ils les regardent nous aussi après on a quand même le recueil médical, ils doivent quand même surveiller ce qu'on fait aussi tu vois » E6

### 3.4.3. Collégialité

L'aspect collégial intervenait essentiellement dans la décision thérapeutique et notamment dans la prise d'avis. Pour bon nombre de médecins cela permettait d'avoir un avis pointu sur une discipline qu'ils maîtrisent moins :

« ça nous a aidé déjà à faire venir régulièrement un gériatre dans le service on en profite pour prendre certains avis et ça nous a surtout permis d'avoir un avis pointu sur ce qu'on faisait plus ou moins bien » E1 ;

« Quand j'ai un doute j'en discute avec les collègues » E8

Pour d'autres, le fait de travailler de manière conjointe permettait une meilleure acceptation par le patient du changement de son traitement :

« Je n'ai pas forcément la légitimité que peut avoir une équipe gériatrique et une fois que justement c'est acté je pense que ça donne plus de force pour changer les habitudes » E9

Pour d'autres médecins en revanche, il existait un manque de concertation dans la prise de décision :

« Je suis frustré parce qu'on aurait pu en discuter, chacun a ses arguments et on aurait pu échanger, discuter » E7

#### 3.4.4. Traçabilité

Ce contact permanent entre l'équipe mobile et les praticiens hospitaliers semblait se matérialiser par l'outil informatique de l'hôpital de Denain :

« On avait également un dossier informatique qui est assez complet ce qui permet de bien retrouver les patients qui sont ré-hospitalisés toutes les ordonnances les lettres de sortie » E1 ;

« Quand ils sont inclus dès le lendemain ils interviennent et nous mettent un mot informatique pour qu'on les prévienne à la sortie du patient. Pour la sortie j'ai un contact avec eux. » E2

### 3.5. Réflexion sur le projet

#### 3.5.1. Eléments positifs

La sensibilisation au risque iatrogène chez le sujet âgé était un point fort de ce projet :

« sensibiliser sur tout ce qui est iatrogénie médicamenteuse des personnes âgées je crois que ce projet là a eu l'avantage de mettre ça en évidence et ça nous a permis un peu mieux de prendre en charge tous les traitements de sortie des patients gériatriques » E1 ;

« On est tous faillible et moi le premier qu'il y ait des associations thérapeutiques qui soient euh mauvaises et qu'ils nous le disent oui moi je suis d'accord » E10 ;

« Qu'il y ait déjà un regard sur la poly médication ou les effets iatrogènes c'est bien » E5 ;

« Je pense que la lutte contre l'aspect iatrogène est super importante et je pense que la validation par une équipe spécialisée donne du poids aux modifications qu'on peut proposer » E8

Un autre élément positif, que l'on retrouvait dans beaucoup d'entretiens, était la sécurisation de l'ordonnance à la fois pour le médecin hospitalier mais aussi pour le patient dans le but de diminuer le risque iatrogène :

« Dans ma pratique au quotidien l'aspect positif c'est vraiment la sécurité de prescription » E1 ;

« Il y a quand même une prise en compte du risque iatrogène, quand le patient arrive dans le service la pharmacienne peut nous appeler pour nous dire qu'à domicile il avait tel ou tel médicament » E2 ;

« En général pour chacun qui est âgé j'ai l'habitude de regarder sur les notes médicales pour voir si j'ai déjà un passage de équipe PAERPA ou pas, c'est déjà un peu plus facile comme ça je peux aussi valider les prescriptions et voir avec eux si je n'ai rien oublié »

E3

Le gain de temps était un élément positif :

« Gain de temps considérable » E1

Le fait de pouvoir découvrir le métier de pharmacien hospitalier a été signalé, à la fois dans le but de parfaire ses connaissances personnelles mais également pour le patient qui pouvait bénéficier d'un regard différent :

« C'est vrai qu'il y a avait certains points purement pharmacien qu'on ne connaissait pas et sur le plan intellectuel ça a été un enrichissement personnel mais également pour les patients qui bénéficient de cet autre regard professionnel. Donc ça c'était un point fort très important » E11

Une autre approche positive était celle de la formation médicale, à travers l'information sur les nouvelles recommandations de l'HAS ou encore l'approfondissement des connaissances à travers les échanges interdisciplinaires :

*« Ca permet d'accéder à une formation sur des nouvelles pratiques, par exemple en appliquant les nouvelles recommandations, ou si c'est un nouveau médicament à le faire connaître et à savoir quels sont les effets indésirables » E11 ;*

*« Ce côté partage de connaissances, ce côté formation au niveau médical est intéressant, et a été fortement apprécié de nos collègues puisque c'est ce qui a été mis en avant » E11*

Enfin, le dernier aspect abordé était celui du suivi du patient :

*« Il y a quand même un meilleur suivi, pour moi c'est plus au niveau du suivi, ce patient est quand même répertorié, il y a quand même toute une équipe qui s'articule autour de lui pour éviter le risque iatrogène » E2 ;*

*« J'espère que c'est un projet qui tiendra parce que finalement c'est bien de pouvoir ne serait-ce déjà se dire : les prises médicamenteuses à domicile c'est très problématique. Si déjà ça peut permettre une bonne observance moi je trouve que ça a peut être lieu de perdurer » E5*

### 3.5.2. Aspects négatifs

Pour certains praticiens, il y avait par moments une discordance entre leur ordonnance de sortie et celle fournie par l'EMG au patient, ce qui pouvait entraîner une incompréhension chez le patient :

*« À un moment on avait des problèmes entre la prescription de la conciliation et la prescription qui figurait sur le courrier voir l'ordonnance de sortie du service mais on a mieux coordonné les choses par la suite » E1*

Pour d'autres, il existait un sentiment intrusif dans leur prise en charge, la nécessité de toujours avoir une discussion orale sur le choix de tel ou tel médicament :

*« Il me demande pourquoi ils ont tels ou tels traitement, ce qui m'inquiète parfois parce que je me demande s'ils vont pas en arrêter alors que je considère qu'il ne faut pas les arrêter » E10 ;*

*« Les aspects négatifs, ce qui m'a gêné, on ne le voit plus maintenant mais surtout au début, on venait souvent nous demander mais pourquoi j'ai mis tel médicament, ça on le sentait un peu comme une intrusion » E9*

Un besoin de retour sur le patient est soulevé par les praticiens, notamment sur le bénéfice pour le patient au domicile mais aussi sur la façon dont le patient adhère au projet à la maison :

*« En fait on a participé au projet et puis après on a plus de nouvelles. C'est vrai que l'on reste un petit peu sur notre faim » E2 ;*



« Avoir un retour sur leur activité, mais au-delà de ça voir aussi comment les patients appréhendent le projet au domicile, est ce qu'ils adhèrent pleinement à ça ? Comment ça se passe à la maison » E5 ;

« Je voudrais plus qu'on nous dise par exemple « vous avez eu dans le SSR autant de patients qui ont fait partie du projet PAERPA, 90% des médecins traitants ont accepté le suivi sur un an ou deux ans » et voir un petit peu, nous dire à quoi ça sert après au domicile » E7

### 3.5.3. Questionnement

La iatrogénicité était-elle source de réhospitalisation ?

« Comme nous notre secteur d'action c'est la iatrogénicité, je ne sais pas s'ils reviennent pour des faits iatrogènes d'une thérapeutique, je ne sais pas » E5

Comment faire en sorte que le médecin traitant accepte plus facilement la conciliation médicamenteuse, qu'il ne la voit pas comme une intrusion :

« Alors pour moi c'est quelque chose qui doit poursuivre mais avec plus d'acceptation du médecin, comme j'ai dit on a l'impression qu'ils pensent qu'on surveille ce qu'ils font mais non c'est pas comme cela » E6

## 3.6. Perspectives d'avenir

### 3.6.1. Améliorations envisagées

Les praticiens hospitaliers semblaient trouver une forte plus-value au projet, dans la façon d'appréhender le sujet âgé dans sa globalité et dans la sécurisation de l'ordonnance via la conciliation médicamenteuse.

Néanmoins plusieurs améliorations semblaient possibles pour parfaire la qualité de ce projet :

En premier lieu il y a un réel désir d'étendre les critères d'éligibilité :

*« Le côté négatif c'est que peut-être ce ne soit pas étendu à d'autres profils de patients et que les critères soient peut être trop stricts. Notamment l'âge, c'est assez restrictif, je crois qu'il y a probablement d'autres patients en terme de difficulté de prise en charge, d'insécurité de prescription qui pourraient être éligibles » E1 ;*

*« L'étendre au-delà des critères de 75 ans parce que notre population est ciblée sur les critères de 75 ans, donc ce serait de l'ouvrir plus tôt même pour tout le monde » E11 ;*

*« Ce que je voudrais c'est que toutes les personnes âgées puissent vraiment répondre à ces critères, et peut être même au-delà. C'est vrai que le problème que l'on rencontre actuellement ce sont des personnes âgées avec de plus en plus de troubles cognitifs et qui ne sont pas forcément étiquetées en tant que telles. Ils continuent à gérer leur traitement seuls et c'est vrai que des fois on arrive quand même à des catastrophes » E2*

Un autre argument est d'augmenter les moyens humains des EMG :

*« On a une grosse patientèle qui répond à ces critères là et malheureusement les moyens humains ça ne suit pas. Clairement renforcer les moyens humains » E1*

Certains souhaitent que tous les patients puissent bénéficier de l'expertise pharmacologique à leur sortie d'hospitalisation :

*« Pourquoi un patient peut bénéficier des informations de la pharmacienne et que la voisine d'à côté qui n'a pas de diurétique ou d'AVK n'a pas ça ? Et n'a pas de feuille avec un beau plan de prise avec tel ou tel médicament, il y a une discrimination qui est faite » E11*

La demande d'amélioration la plus forte est le souhait pour les praticiens de pouvoir bénéficier d'un retour oral ou écrit de leur patient une fois qu'ils sont au domicile :

« Avoir un retour, c'est vrai que ça ça nous permettrait d'avoir le suivi et peut être de ce dire qu'est ce qu'on aurait pu améliorer ? On est toujours en quête d'amélioration » E2 ;

« J'aimerais bien avoir un retour pour voir si cela se passe bien ou pas » E3 ;

« Avoir plus de retours sur les patients, ça pourrait être intéressant » E4 ;

« Oui la collégialité dans le choix des traitements, oui avoir un retour sur leur activité, mais au-delà de ça voir aussi comment les patients appréhendent le projet au domicile, est ce qu'ils adhèrent pleinement à ça ? Comment ça se passe à la maison » E5 ;

« On fait des statistiques de patients pris en charge, maintenant j'aimerais bien savoir un petit peu les statistiques du retour au domicile, comment ça se passe » E7

Un autre élément est la perspective de pouvoir se réunir avec les médecins traitants pour discuter des prises en charge, favoriser l'adhésion de la médecine ambulatoire pour permettre une continuité avec le domicile :

« Tu le soumetts au médecin traitant qui s'il adhère c'est bien, s'il veut modifier il modifie.

C'est lui qui va quand même assurer le suivi voir s'il y a des modifications à apporter.

Pourquoi pas se réunir avec les médecins un soir dans le cadre d'une FMC » E5

### 3.6.2. Adhésion de la médecine de ville

Le ressenti de la médecine hospitalière était parfois le manque d'adhésion de la médecine de ville dans le changement de l'ordonnance :

« Je dirais bénéfiques mais pas dans tous les cas, si le médecin traitant suit les recommandations ça va mais quelques fois on a beau dire d'éviter l'administration à outrance des benzodiazépines ou autres ils veulent quand même les réintroduire malgré le travail fait ici » E4 ;

*« Pas beaucoup d'impact encore, on voit encore des ordonnances bien remplies, des choses un peu incohérentes » E9*

### **3.7. Communication interprofessionnelle**

#### 3.7.1. Collaboration avec le médecin traitant

La collaboration avec le médecin traitant était bonne mais limitée, elle se résumait essentiellement dans la prise d'avis auprès de médecins spécialistes ou pour récupérer certaines informations nécessaires à l'entrée du patient :

*« Ca nous permet très régulièrement de donner des coups de fils quand on a des problèmes sur le traitement d'un patient, des courriers, ils savent aussi qu'on est très réactifs, ils nous appellent aussi donc il y a vraiment des très bon liens avec les médecins libéraux » E1 ;*

*« Quelque fois au téléphone on a quelqu'un qui appelle pour un truc spécifique et moi j'essaie toujours de répondre parce que je me dis : si le généraliste téléphone, s'il prend le temps avec le boulot qu'il a de téléphoner c'est qu'il est emmerdé mais c'est rare »*

*E10*

En revanche, une vraie amélioration était l'admission directe en hospitalisation pour éviter le passage par les urgences :

*« Je suis de plus en plus sollicité par des médecins qui nous font confiance, nous appellent pour faire admettre un patient directement dans le service donc ça c'est une très bonne chose pour le patient » E2*

Le ressenti était en faveur d'un changement des mentalités avec une meilleure acceptation par les jeunes médecins :

*« Ce qui me fait plaisir c'est que j'ai l'impression justement que les jeunes médecins, sont beaucoup plus sensibles à ce type de démarche que les anciens je pense qu'ils le vivent moins comme une remise en question de leur autorité » E8*

### 3.7.2. Difficultés du médecin traitant : un frein dans la communication

Il était relevé la complexité de prise en charge pour un médecin généraliste seul au chevet du patient, en comparaison d'un praticien hospitalier qui pouvait bénéficier d'une prise en charge multidisciplinaire.

Les praticiens hospitaliers percevaient cela comme un potentiel frein à l'amélioration des communications entre médecine de ville et médecine hospitalière :

*« Je pense que des patients sont très difficiles, et en ville tu as du mal à les sevrer. C'est une relation totalement différente de la nôtre parce que le médecin traitant quand il arrive il doit satisfaire son patient ce qui n'est pas le cas en milieu hospitalier » E6 ;*

*« Je pense que c'est difficile, quand on est dans le service on discute toujours, si on a des doutes on va voir les collègues, le médecin traitant il est tout seul, il fait ce qu'il peut et comme il le sent avec son expérience. » E5 ;*

L'autre difficulté était cette sensation d'intrusion dans leur prise en charge, cette remise en question qui pouvait parfois être difficile à accepter :

*« Les médecins n'aiment pas qu'on aille regarder leurs prescriptions, n'aiment pas qu'ils se sentent jugés on peut parfaitement comprendre » E11 ;*

### 3.8. Lien ville-hôpital

#### 3.8.1. Echanges avec le médecin traitant

A l'unanimité il ressort que les échanges se faisaient essentiellement par courrier en sortie d'hospitalisation ou parfois par échanges téléphoniques :

« C'est beaucoup papier voilà après euhh physique bah quand on se rencontre » E11 ;

« C'est courrier uniquement avec quelques appels mais ce n'est pas si fréquent » E4 ;

« Le courrier et le téléphone si on a besoin de plusieurs informations mais ce n'est pas du systématique » E5

Les praticiens hospitaliers soulignaient leur accessibilité, leur disponibilité envers les médecins traitants mais n'hésitaient pas également à solliciter les médecins traitants pour un complément d'information :

« Ils nous appellent quand ils ont besoin de nous, il n'y a pas de soucis » E7 ;

« Moi je n'ai rien à leur demander, quand j'ai besoin d'un document d'un truc je les contacte mais ça ne va pas au delà de ça » E5

Néanmoins le projet PAERPA n'a pas changé les modes de communication entre médecine hospitalière et médecine de ville :

« Ca change rien du tout, moi j'ai les médecins traitants au téléphone qui m'appellent seulement pour hospitaliser un patient c'est tout » E6

### 3.8.2. La sortie du patient hospitalisé

Pour les patients inclus PAERPA la sortie permettait un entretien pharmaceutique pour l'explication du traitement et la remise d'une ordonnance de sortie pour sept jours dans l'attente d'une prise de rendez-vous avec le médecin traitant :

*« Le patient est averti, sa famille est avertie donc il y a l'entretien de sortie et c'est l'EMG qui vient expliquer le plan de sortie des médicaments, quels sont les médicaments à suivre et il y a la remise de l'ordonnance des 7 jours » E1 ;*

*« Si c'est une conciliation pour prévenir le pharmacien de la sortie, pour qu'elle vienne préparer l'ordonnance de sécurité et que le patient sorte avec son ordonnance de conciliation » E4*

La sortie du patient était toujours préparée en amont, notamment en cas de souhait d'un retour à domicile afin de permettre la mise en place ou non d'aides au domicile :

*« Alors maintenant on est un peu plus sensibilisé moi je demande systématiquement au début d'hospitalisation quel est le devenir » E9 ;*

*« En fait on essaie quand même de voir si le milieu de vie et les aides sont suffisantes pour éviter de voir revenir les gens parce qu'on n'a pas bien perçu leur difficultés » E8*

*« Le retour du patient tu vois avec les patients, avec la famille, nécessité d'aides tu vois avec l'assistante sociale » E6*

Les médecins traitants étaient également contactés pour les informer de la sortie :

*« Nous on les appelle lors de la sortie des patients, pour leur dire de passer au domicile pour l'ordonnance » E6*

## **4. Discussion**

### **4.1. Discussion de la méthode de recherche**

#### 4.1.1. Choix d'une étude qualitative

L'objectif de l'étude était d'identifier les leviers et les freins relevés par les acteurs hospitaliers impliqués depuis le début du projet.

La recherche qualitative permet d'obtenir une analyse en profondeur d'un ou de plusieurs aspects d'une problématique et ce à partir de plusieurs points de vue susceptibles de produire de nouvelles connaissances.

Nous souhaitons mesurer l'impact d'un tel projet au sein d'une population de praticiens hospitaliers, établir un recueil d'opinions et d'avis permet d'effectuer une analyse plus fine.

La méthode de la recherche qualitative était donc la plus adaptée.

#### 4.1.2. Choix de l'entretien semi-dirigé

Les entretiens semi-dirigés ont permis de faire émerger des informations parfois inattendues, que nous n'aurions pas pu appréhender avec une analyse quantitative.

Cette méthode est composée de questions ouvertes principalement, les thèmes à aborder étant fixés à l'avance.

La durée de l'entretien n'était pas limitée, laissant libre cours aux participants de développer certains aspects qui pouvaient leur sembler plus intéressants.

Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits le jour-même, afin de ne perdre aucune information (communication non-verbale).

Cet enregistrement n'a jamais gêné les participants, ils semblaient rapidement oublier l'existence du dictaphone.

L'anonymat a été préservé, permettant une grande liberté de parole.



### 4.1.3. Les points positifs

#### 4.1.3.1. Absence de hiérarchie enquêteur et enquêté

Aucune hiérarchie ne s'est installée au cours des entretiens, et ce malgré une différence d'âge.

La situation était même en faveur des personnes interrogées de par le contexte de la réalisation de l'entretien et l'ancienneté des praticiens et de l'enquêteur au sein de l'hôpital de Denain.

Pour la majorité des entretiens, il ne s'agissait pas d'un premier contact, l'enquêteur ayant déjà travaillé au sein de l'hôpital de Denain.

Cela n'a aucunement modifié le cours de leur pensée et pouvait même être un avantage : en effet, les enquêtés pouvaient se sentir en confiance.

#### 4.1.3.2. Un travail encadré

Un suivi sous forme de réunion de travail a été élaboré de manière mensuelle avec un référent méthodologique en étude qualitative et un référent PAERPA accompagnés de l'ensemble des internes participant à l'évaluation du PAERPA.

Ce suivi a permis au cours de chaque réunion d'instaurer un cadre de travail, une validation du guide d'entretien et une présentation des résultats sous forme de support informatique.

Ceci est une force de notre étude, puisque cela a permis par l'apport de réflexions diverses, une augmentation de la validité interne.

#### 4.1.3.3. Echelle COREQ

Il est difficile d'établir des grilles d'évaluation de validité comme on peut en trouver en recherche quantitative (ex: CONSORT...). (15)

Néanmoins les études qualitatives doivent être évaluées autant sur la validité interne (standardisation des questionnaires, méthode de triangulation) que sur la validité externe.

Comme pour la recherche quantitative, des grilles référencées par equator-network.org évaluant la qualité existent comme l'échelle COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research).

Cette étude remplit 31 des 32 items de l'échelle (16).

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.

#### 4.1.4. Limites de l'étude

##### 4.1.4.1. Recrutement

Certains médecins ont été recrutés parmi les connaissances de l'enquêteur.

L'échantillon, bien que raisonné était donc également opportuniste.

Ces rapports ont néanmoins grandement réduit les refus de participation.

Ainsi, parmi les médecins recrutés, certains n'étaient pas particulièrement intéressés par le sujet, ce qui a permis une plus grande diversité de la population étudiée.

L'échantillon était composé de onze praticiens hospitaliers, l'inclusion s'étant arrêtée une fois la saturation des données atteinte et confirmée.

Ce petit nombre ne permet pas d'extrapoler nos résultats à l'ensemble des médecins, mais notre but était encore une fois de recueillir un maximum d'opinions différentes, et non pas d'avoir une approche quantitative.

#### 4.1.4.2. Recueil des données

Les verbatim obtenus n'étaient pas vérifiables, ce qui représente un biais de déclaration. Le fait que l'interviewer et l'interviewé exerçaient la même profession peut accentuer ce biais.

Tout médecin peut chercher à paraître performant devant ses confrères et déclarer plus que ce qu'il pense réellement.

#### 4.1.4.3. Analyse des données

Cette étude comporte un biais d'interprétation. Ceci est inhérent à la recherche qualitative.

Ce biais a été limité par la triangulation du codage ouvert des données lors des premières étapes de l'analyse thématique.

#### 4.1.4.4. Synthèse des biais dans l'étude

- Biais liés au choix de la méthode de production des données :

En recherche qualitative, le recueil de données se fait idéalement par l'entretien libre.

Malheureusement, il s'agit d'un exercice pour lequel l'expérience s'impose.

Le choix de la méthode des entretiens semi-dirigés nous a paru plus aisé et raisonnable, afin d'éviter tout hors-sujet.

- Biais internes de la relation enquêteur et enquêté :

Certains praticiens hospitaliers avaient déjà travaillé avec l'enquêteur, cela a pu modifier la tonalité et la profondeur des réponses.

- Biais liés au recrutement de la population :

Certains médecins ont refusé de participer à notre enquête. Il s'agissait de praticiens qui se sentaient soit trop débordés pour accorder du temps à l'enquêteur, soit non intéressés par le sujet. Ceci n'est pas sans conséquence sur nos résultats, mais il est impossible de contrôler ni d'interpréter ce phénomène.

- Biais liés aux conditions des entretiens :

Certains entretiens ont été enregistrés en début de journée, d'autres en fin de journée, les capacités d'attention étaient donc probablement variables.

- Biais liés à l'enquêteur :

Le ton de l'enquêteur a été le plus neutre possible et les questions étaient pour la plupart ouvertes. Cependant, il est possible que certaines questions de relance aient pu laisser entrevoir l'avis de l'enquêteur. Certains médecins terminaient leurs réponses par « c'est bien ça ? », cherchant notre approbation.

- Biais d'interprétation :

Cette étude comporte un biais d'interprétation.

Ceci est inhérent à la recherche qualitative. Ce biais a été limité par la triangulation du codage ouvert des données lors des premières étapes de l'analyse thématique.

## **4.2. Discussion des résultats**

### 4.2.1. Adhésion du corps médical

#### 4.2.1.1. Un axe de réflexion : la iatrogénie

La question de la iatrogénie semble au cœur des préoccupations des praticiens hospitaliers interrogés. Tous sont unanimes pour affirmer, que dès l'entrée du patient au sein de leur service, ils prennent en compte le risque iatrogène.

L'arrivée du PAERPA a permis de sensibiliser la communauté médicale sur la prise en compte du risque iatrogène comme possible facteur délétère du sujet âgé.

Comme l'indique le rapport de l'HAS sur l'amélioration de la prescription chez le sujet âgé de septembre 2014 « *Les interventions montrant une réduction des visites aux urgences et des ré-hospitalisations [...] s'appuient sur une amélioration de la coordination entre la ville et l'hôpital et sur un renforcement des compétences du patient (et de son entourage) dans la gestion des médicaments ou sur une gestion sécurisée des médicaments par un professionnel de santé.* » (17).

C'est pourquoi l'intervention de l'équipe mobile gériatrique auprès des praticiens hospitaliers a un sens. L'objectif du PAERPA concernant les professionnels hospitaliers semble respecté, puisqu'il permet une prise en charge adaptée du sujet âgé fragile en ce qui concerne la cause iatrogène.

#### 4.2.1.2. Sécurisation de la prise en charge gériatrique

Les acteurs hospitaliers sont formels, l'évaluation gériatrique par l'EMG a permis d'apporter une expertise, un savoir-faire dans la prise en charge du sujet âgé, grâce au fait que la gériatrie soit une spécialité récente.

La complexité du sujet âgé dans son ensemble et les syndromes gériatriques sont enseignés depuis peu, l'âge médian des participants explique en partie cela.

La sécurisation de l'ordonnance de sortie et l'avis pointu apporté par l'EMG semblent se superposer au rapport de la DRESS (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) qui, en mai 2017, dressait ce même constat (19).

#### 4.2.1.3. Collaboration active des acteurs du projet

« Collaboration » ne signifie pas « substitution », et de ce point de vue, les acteurs hospitaliers sont satisfaits par le fait que l'EMG est intervenue uniquement dans une démarche d'avis spécialisé.

Cette notion de collaboration se retrouve dans la littérature étrangère lorsqu'il s'agit d'évoquer les soins intégrés et se définit comme :

*« un acte collectif de personnes aux connaissances, expériences et provenances diverses dont on attend qu'elles produisent un résultat global qualitativement supérieur à la somme des actes posés par chacun séparément » (18)*

Certains praticiens hospitaliers affirment également que la possibilité d'une décision collégiale sur tel ou tel médicament est une forte plus-value. Cet échange

pluridisciplinaire est un élément que l'on retrouve dans la littérature lorsque l'on étudie la mise en place de projets pilotes similaires en Europe ou en Amérique du Nord. (20)

#### 4.2.1.4. Amélioration des connaissances

Un des socles du PAERPA est la formation des professionnels de santé hospitaliers à la prise en charge du sujet âgé, qui se définit par la mise en œuvre des référentiels de bonne pratique, ainsi que par la prévention du risque iatrogénique médicamenteux (7).

Cet objectif est rempli, puisque les acteurs hospitaliers sont majoritairement d'accord pour affirmer que l'approfondissement des connaissances gériatriques par l'échange avec l'équipe mobile est un atout non négligeable. Ils sous-tendent également que le manque de temps pour la recherche des dernières recommandations est ainsi comblé.

#### 4.2.1.5. Apport du pharmacien hospitalier

L'apport du pharmacien dans la pratique quotidienne des médecins hospitaliers renforce ce concept de soins intégrés voulu par la mise en place d'un projet comme le PAERPA. Pour les praticiens, la rencontre avec le pharmacien est un véritable atout, l'échange permettant de cerner certaines problématiques concernant le sujet âgé dont ils n'avaient pas connaissance.

Le rôle du pharmacien est clairement défini dans le logigramme PAERPA conciliation médicamenteuse comme un partenaire actif dans l'établissement de la conciliation de sortie du patient hospitalisé (Annexe 6).

## 4.2.2. Les freins actuels dans la mise en place du projet

### 4.2.2.1. Défaut de communication initial

La communication sur la mise en place du projet au sein du centre hospitalier de Denain semble être une des faiblesses soulevées par les acteurs hospitaliers.

Les réponses obtenues quant à la présentation du projet sont extrêmement divergentes, ce qui laisse entrevoir un défaut dans la compréhension de ce qu'est le projet PAERPA et son utilité au quotidien par l'intervention de l'EMG.

Cependant, ce défaut avait déjà été constaté par le rapport de la DRESS : « *Même si l'effet de proximité joue positivement dans de petits hôpitaux, nous verrons que la contribution des différents services, bien que nécessaire, reste très variable et fragilise l'insertion de PAERPA dans le monde hospitalier.* » (19)

De plus, un rapport publié par l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux) témoigne des grandes difficultés qu'on eues les EMG au lancement du projet notamment en lien avec ce défaut de communication initiale « *Les EMG rencontrées ont témoigné de difficultés d'intégration dans le parcours de soin du patient [...] la méconnaissance du dispositif, notamment au démarrage, peut freiner des professionnels de santé à solliciter l'intervention de l'EMG. Les actions ciblées et les solutions concrètes proposées par les EMG permettent néanmoins, au fil du temps, de créer des effets de démonstration bénéfiques au développement du dispositif. L'installation des EMG dans la durée et le bien fondé de leurs interventions auprès des professionnels sont alors essentiels afin d'éviter que la mobilisation ne s'étiole* » (21).



#### 4.2.2.2. Renforcer la diffusion du projet

Les acteurs hospitaliers sont demandeurs d'une nouvelle présentation, moins portée sur l'aspect technique du projet, mais plutôt sur le bénéfice attendu. Cela rejoint globalement le ressenti des professionnels de santé libéraux dans une évaluation de la mise en œuvre du PAERPA réalisée par la Haute autorité de santé (HAS) (22).

Ce frein quant à la communication sur le projet n'est pas forcément dû à un manque de l'EMG, il faut également la conviction des chefs de service que ce projet porté sur le sujet âgé a une utilité.

Pour permettre la pleine réussite de l'intervention de l'équipe mobile gériatrique et le changement de « mœurs » concernant les prescriptions médicales de la personne âgée, il semble indispensable de diffuser la culture gériatrique au sein de l'établissement (7).

De ce point de vue, il apparaît évident que certains services ne sont pas impliqués pleinement dans cette dynamique.

#### 4.2.2.3. Renforcer la dynamique de travail EMG-PH

Cette dynamique de travail existe mais elle est limitée par plusieurs facteurs inhérents à la médecine hospitalière.

Manque de temps, réduction des durées moyennes de séjour, pression de la tarification à l'activité sont autant de facteurs qui freinent la bonne utilité de l'équipe mobile gériatrique (7).

Certains praticiens hospitaliers considèrent l'intervention de l'EMG comme une intrusion dans leur pratique professionnelle, ce sentiment est à l'opposé de l'intérêt du projet PAERPA.

Il semble nécessaire de rappeler que l'objectif de l'intervention hospitalière n'est pas de discuter la prescription, mais d'orienter vers le bon usage thérapeutique.

Pour d'autres, le manque de contact physique est un problème, l'outil informatique du centre hospitalier (DxCARE) permet un DPI complet et la mise en place de transmissions via le recueil médical.

Ce manque de discussion « orale » semble constituer un frein à la coordination praticiens-EMG, et être une source d'erreurs lors de la sortie du patient.

#### 4.2.2.4. Absence de continuité avec la médecine ambulatoire

L'intégralité du corps médical interrogé s'entend pour dire que la plupart des prescriptions de sortie ne sont pas suivies au domicile ce qui est totalement contraire à la mission inhérente du PAERPA qui a pour objectif l'absence de rupture dans la continuité des soins.

Un certain nombre de questions ont été soulevées notamment concernant la médecine de ville, à savoir quel était le ressenti des médecins traitants quant à l'acceptation de ce projet, et comment faire accepter les modifications thérapeutiques par la médecine de ville.

Il convient de rappeler que dans le parcours global du sujet âgé, le passage hospitalier est éphémère et l'articulation du projet PAERPA se fait autour du médecin traitant qui reste le « chef d'orchestre » (19).

### 4.2.3. Leviers d'améliorations proposés

#### 4.2.3.1. Etendre le champ d'action

La communauté médicale affirme que le PAERPA est en tout point bénéfique pour le patient.

De ce fait, un certain nombre de propositions ont été formulées par les praticiens hospitaliers :

- La première est de réduire le critère lié à la limite d'âge, dans le denasis, nombre de patients de moins de 75 ans, au vu des troubles cognitifs ou de la perte d'autonomie pourraient bénéficier de l'expérimentation PAERPA ;
- La seconde proposition concerne les critères médicamenteux. Certains praticiens souhaiteraient que les benzodiazépines soient un critère d'éligibilité et pas uniquement les diurétiques et anticoagulants ;
- En dernier lieu, l'extension de l'expertise pharmacologique à l'ensemble des patients lors de leur sortie d'hospitalisation.

#### 4.2.3.2. Le retour patient

Il apparaît clair qu'il existe une carence lorsqu'il s'agit d'évoquer avec les praticiens hospitaliers les retours en terme de résultats sur les patient sortis d'hospitalisation après une inclusion PAERPA.

Tous sont d'accord pour affirmer qu'ils n'ont pas reçu d'information sur leur patient une fois rentré au domicile.

Le souhait du corps médical est de pouvoir connaître l'impact de ce projet sur leur patient lors du retour au domicile.

Certains proposent un rapport clair d'une ou deux pages au format numérique, d'autres une communication orale annuelle, afin de prendre connaissance des erreurs d'administration en terme de iatrogénie.

Ceci dans une démarche de progrès pour corriger leurs lacunes.

Dans l'évaluation qualitative effectuée par la DRESS un des objectifs premiers était de pouvoir être en mesure de leur offrir un aperçu des bénéfices attendus (19).

Ceci est en adéquation totale avec les attentes de la médecine hospitalière.

#### 4.2.4. Absence de renforcement du lien ville-hôpital

##### 4.2.4.1. Omniprésence de l'EMG

Il est clair que le projet PAERPA concernant les médecins hospitaliers n'a pas permis de décloisonnement dans la relation médecine hospitalière et médecine ambulatoire.

Bien que la communication entre les acteurs hospitaliers et libéraux reste difficile, une collaboration existe.

Le PAERPA n'a pas modifié cette communication, des contacts principalement formalisés semblent correspondre aux attentes des praticiens hospitaliers.

Cela résulte du fait que l'EMG est à l'initiative de la mise en place du PPS conciliation médicamenteuse, elle reste donc l'interlocutrice première avec le médecin traitant lors de la sortie du patient (7).

#### 4.2.4.2. Comment favoriser le lien ville-hôpital

Un réel souhait de la part du corps médical hospitalier est de pouvoir mutualiser les informations entre la ville et l'hôpital pour permettre de poursuivre la dynamique engagée.

Ces questions semblent soulever le problème du partage des informations. Nombreux praticiens hospitaliers souhaiteraient pouvoir échanger des informations avec le médecin traitant via une plate-forme commune, un dossier patient numérique.

Actuellement, les informations sont transmises par le compte rendu d'hospitalisation et le courrier de conciliation médicamenteuse (7).

Enfin, l'idée d'une rencontre avec les médecins traitants est soulevée par certains médecins, dans le cadre d'un échange sur les prescriptions médicamenteuses ou sur les difficultés de prise en charge du patient âgé.

Cet échange permettrait un rapprochement avec la médecine de ville.

## **5. Conclusion**

Le PAERPA est un dispositif novateur de soins intégrés.

La conciliation médicamenteuse réalisée au cours du passage hospitalier par l'équipe mobile gériatrique est un travail apprécié par les acteurs hospitaliers.

Les leviers relevés concernent la sécurisation de l'ordonnance, la prise en charge pluridisciplinaire, la coordination de travail avec l'équipe mobile gériatrique permettant des décisions collégiales, l'amélioration des connaissances.

L'ensemble de ces éléments constituent un socle solide dans la mise en place d'un tel projet.

Elle est toutefois limitée par le défaut de communication initial et au long cours ne permettant pas une visibilité du travail fourni pour les acteurs hospitaliers, l'absence de décloisonnement entre la ville et l'hôpital limitant la dynamique de travail dans le parcours de soins du patient âgé.

Certains souhaits ont été formulés pour potentialiser les efforts fournis jusqu'à maintenant : l'obtention d'un retour patient du domicile, un rapport de l'équipe mobile gériatrique visant à souligner les erreurs thérapeutiques, une mutualisation de travail avec la médecine ambulatoire.

Même si le besoin de décloisonnement est identifié depuis longtemps, la mise en place de ce projet de soins intégrés laisse entrevoir la volonté des professionnels de santé de renforcer leur collaboration. La continuité des soins pour le sujet âgé est un élément essentiel dans son maintien à domicile, une évaluation statistique des ré-hospitalisations chez les sujets inclus dans le projet PAERPA serait révélateur du bénéfice de ce projet.

## **6. Bibliographie**

1. Geroscopie. Décembre 2014. Disponible sur:  
<http://www.geroscopie.fr/print.asp?679F51813673B4>
2. OMS: définition du soins intégrés [Internet]. Disponible sur:  
<http://www.who.int/healthsystems/topics/delivery/fr/>
3. PROJETS-PILOTES SOINS INTEGRES EN FAVEUR DES MALADES CHRONIQUES. Disponible sur:  
<http://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/guidepp.pdf#page=9>
4. L. Di Pollina, C. Gillabert, M. Kossovsky. Réseaux de soins intégrés gériatriques. Rev Med Suisse 2008 4 2044-7.
5. Plan conjoint en faveur des malades chroniques Des soins intégrés pour une meilleure santé. Disponible sur:  
[http://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/plan\\_fr.pdf](http://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/plan_fr.pdf)
6. RA 2015 EMG.
7. Ministère de la santé et des affaires sociales. COMITE NATIONAL SUR LE PARCOURS DE SANTE DES PERSONNES AGEES EN RISQUE DE PERTE D'AUTONOMIE PROJET DE CAHIER DES CHARGES DES PROJETS PILOTES PAERPA. janv 2013;
8. Ankri J. : Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé. Gérontologie et Société. Disponible sur: [file:///C:/Users/utilisateur/Downloads/GS\\_103\\_0093.pdf](file:///C:/Users/utilisateur/Downloads/GS_103_0093.pdf)
9. Etude ENEIS 2005. Disponible sur: [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ENEIS\\_1.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ENEIS_1.pdf)
10. Equipe mobile gériatrique CH Denain. Mise en place conciliation médicamenteuse CH Denain.
11. Frappé P. Initiation à la recherche - Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. Global Media Santé, CNGE. 2011.
12. Blanchet A. « L'enquete et ses methodes. »
13. Mc Auley D, Weber W. Les secrets pour publier de la recherche en soins Page 102 primaires dans le BMJ. Exercer. 2012;20(100 (supp.1)):64S.
14. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes - L'entretien - 2è édition. Armand Colin.
15. Tong A1, 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):649-57.
16. Echelle COREQ Consolidated criteria for reporting qualitative research [Internet].

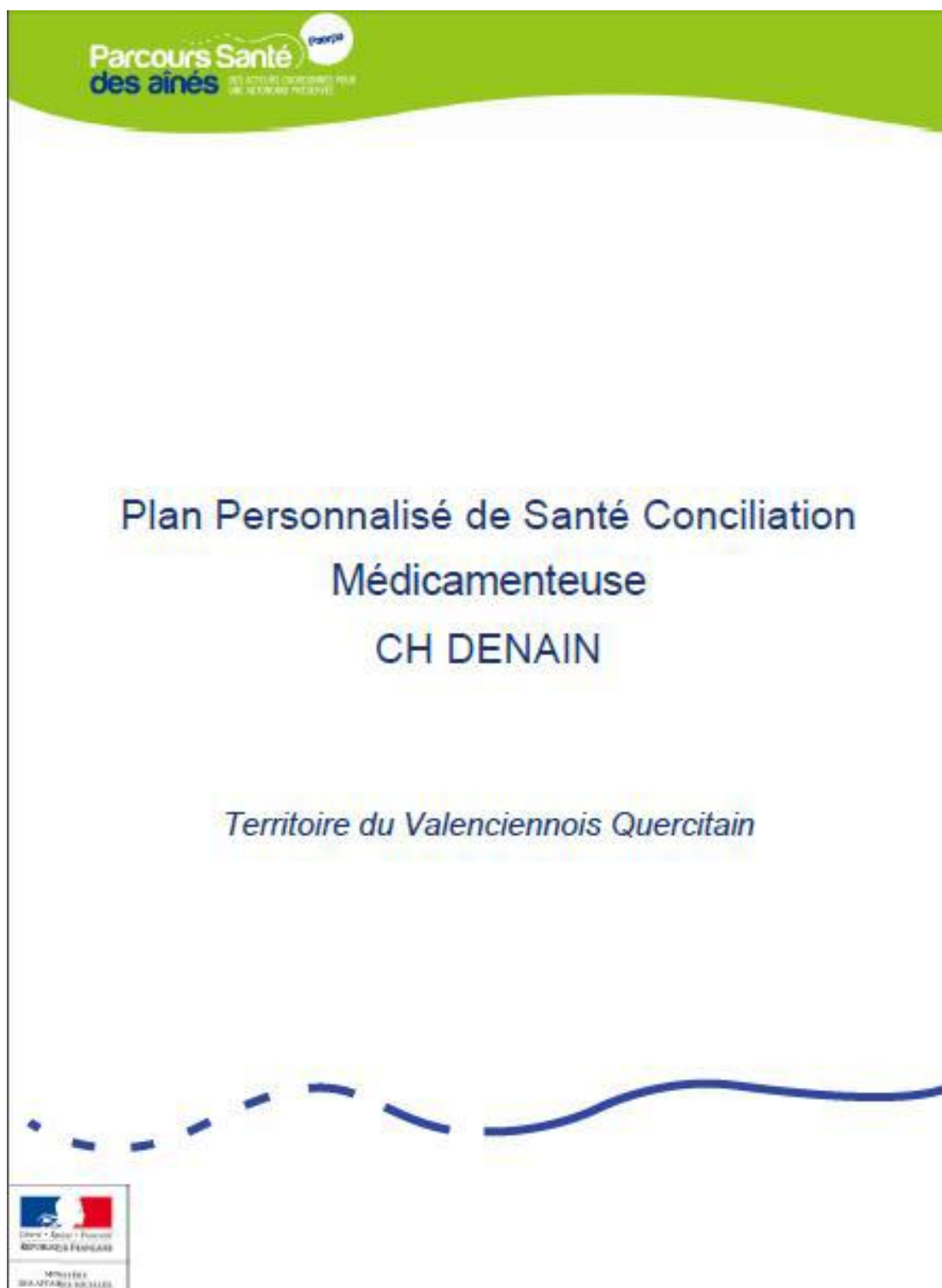
Disponible sur:

[https://www.elsevier.com/\\_\\_data/promis\\_misc/ISSM\\_COREQ\\_Checklist.pdf](https://www.elsevier.com/__data/promis_misc/ISSM_COREQ_Checklist.pdf)

17. Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée? Haute autorité de santé; 2014.
18. F. Ninane, J.-B. Daeppen, O. Bugnon, A. Pécoud. Soins intégrés : comment accompagner un changement de culture ? Rev Med Suisse 2010 6 2302-5.
19. Evaluation qualitative PAERPA DRESS rapport final.
20. Matthieu de Stampa, Isabelle Vedel, Howard Bergman, Joël Ankri, Bernard Cassou, Claire Mauriat, Jean-Luc Novella, Emmanuel Bagaragaza, Christelle Routelous,, Liette Lapointe. LE MODÈLE COPA-ANCRAGE POUR LES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES. Fond Natl Gérontologie « Gérontologie Société » 20081 Vol 31 N° 124 Pages 85 À 93.
21. Piloter une EMG/ANAP. Disponible sur: <http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/piloter-lactivite-dune-equipe-mobile-de-geriatrie-retour-dexperiences-des-territoires-paerpa/>
22. Mise en oeuvre du PPS Paerpa : bilan à 6 mois [Internet]. Disponible sur: HAS Les Parcours de Soins / Novembre 2015







---

## 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 points 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.

## La personne et ses contacts utiles

Nom :					
Prénom :					
Date et lieu de naissance		à		Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Numéro du PPS		Date d'initiation du PPS		ALD <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui nombre ALD
Coordonnateur du PPS	Profession :			Nom :	
<b>Informations sur la personne</b>				Numéro de sécurité sociale	
Adresse de la personne				Code Postal	
				Ville	
Aidant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nombre : _____ Nom(s) :	Tel : _____		Recherche d'hébergement en cours	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Email : _____			
Référénts familiaux / amicaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Nombre : _____ Nom(s) :	Tel : _____		APA	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Classe GIR (1 à 6) <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">▼</span>
		Email : _____			
Personne de confiance			Tel : _____	Directives anticipées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			Email : _____		
Caisse de retraite	Nom : <input type="checkbox"/> pension <input type="checkbox"/> pension de réversion <input type="checkbox"/> ASPA (Allocation de Solidarité aux Personnes Agées)			Mutuelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui nom de la mutuelle : _____
Préférences de la personne					
Priorité actuelle de la personne					
Consentement à l'échange d'informations contenues dans le cadre de la démarche Paerpa <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					

## Contacts utiles

Niveau d'information (cf. fiche jointe)	Catégorie professionnelle	Nom/Prénom du professionnel ou nom de l'organisme	Accès aux informations Oui/Non	Téléphone	Email
Niveau 1	Médecin traitant		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	Infirmier(s)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	Pharmacien		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	Kinésithérapeute		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	Ergothérapeute		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	Géronte		<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, % 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  Non

Commentaires (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  Non

Commentaires (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 ?  Oui  Non  
(si possibilité de le vérifier)

**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
<b>Problèmes liés aux médicaments</b>			
- 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)			
<b>Organisation du suivi</b>			
- pas de déplacement à domicile du médecin traitant			
- multiples intervenants			
- Investigations diagnostiques et/ou actes thérapeutiques nombreux ou complexes			
<b>Problèmes de mobilité</b>			
- risque de chute			
- chute(s)			
- phobie post-chute			
- problèmes de mobilité à domicile			
- problèmes de mobilité à l'extérieur			
<b>Isolément</b>			
- faiblesse du réseau familial ou social			
- isolement géographique			
- isolement ressenti			
<b>Précarité</b>			
- financière			
- habitat			
- énergétique			
<b>Incapacités dans les activités de base de la vie quotidienne</b>			
- soins personnels/toilette			
- habillement			
- aller aux toilettes			
- continence			
- locomotion			
- repas			
<b>Troubles nutritionnels / Difficultés à avoir une alimentation adaptée</b>			
<b>Difficultés à prendre soin de soi</b>			
- 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			
<b>Troubles de l'humeur</b>			

Territoire Valenciennois Quercitain

### Tableau de suivi du PPS

Problèmes	Atteinte des résultats		Commentaires
	Oui	Non	

## Annexe 3 : Courrier de conciliation médicamenteuse



Denain, le 13/04/2015

### Courrier de conciliation médicamenteuse

Mr et cher confrère,

Votre patient(e) [REDACTED] né(e) le [REDACTED] a été hospitalisé(e) 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

Liste des traitements à domicile		Statut	Traitement de sortie		
Médicament	Posologie		Médicament	Posologie	
Rilmenidine 1mg	1 le matin et le soir	Modifié	Rilmenidine 1mg	1 le matin	Posologie adaptée en fonction de la surveillance. Antihypertenseur d'action centrale avec effet sédatif.
Nifedipine LP 30mg	1 le matin	Poursuivi	Nifedipine LP 30mg	1 le matin	
Previscan 20mg	0,5 le soir Selon la patiente	Modifié	Previscan 20mg	0,5 le soir	Refaire contrôle INR (le 7/4/15 : INR = 1.67) Vu avec Dr
		Ajouté	Oroken 200mg	1 matin et soir	Pendant 7 jours (jusqu'au 14 avril inclus) Vu avec Dr

#### Commentaire :

Prépare elle-même ses médicaments, Il semblerait qu'elle prenne directement dans les boites au jour le jour. Pas de difficultés d'administration

Dit avoir du mal à se rappeler de prendre ses traitements mais aussi pas d'oubli ni d'arrêt spontané rapporté.

A l'entrée : Pas de précautions particulières pour l'AVK. Information AVK réalisée pendant l'hospitalisation avec remise plaquette informative et carnet AVK.

Pas d'automédication retrouvée (Dafalgan en cas de douleurs)

Nous rappelons au pharmacien l'intérêt d'organiser l'entretien pharmaceutique avec le patient ou l'aidant dans les plus brefs délais.

Gériatre : Dr Hanot

Pharmacien : A Roger (interne)

Destinataires : médecin traitant – pharmacien d'officine -

Ce document reste la propriété du Centre Hospitalier de Denain dans le cadre du projet PAERPA et ne peut-être reproduit sans la permission expresse et écrite de l'hôpital. © Service Pharmacie.

Centre Hospitalier de Denain - 25 bis rue Jean Jaurès BP 225 59723 DENAIN Cedex  
Tél Standard : 03 27 24 30 00 - [contact@ch-denain.fr](mailto:contact@ch-denain.fr) - Site : [www.ch-denain.fr](http://www.ch-denain.fr)



## Annexe 4 : Plan de prise



Service Pharmacie

Le 13/04/2015



# MES MEDICAMENTS



	<i>Matin</i>	<i>Midi</i>	<i>Soir</i>
<b>Rilmenidine 1mg</b>	1 comprimé		
<b>Nifedipine LP 30mg</b>	1 comprimé		
<b>Previscan 20mg</b>			½ comprimé,
<b>Oroken 200mg</b>	1 comprimé		1 comprimé
Pendant <b>7 jours</b> (jusqu'au 14 Avril inclus)			

**Il est important pour le retour à domicile de vous rendre chez votre pharmacien dans les plus brefs délais.**

Ce document reste la propriété du Centre Hospitalier de Denain dans le cadre du projet PAERPA et ne peut-être reproduit sans la permission expresse et écrite de l'hôpital. © Service Pharmacie.



## **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 : « Les acteurs hospitaliers participants au projet PAERPA – conciliation médicamenteuse, Leviers et freins, communication interprofessionnelle, lien ville-hôpital », réalisée par NAESSENS ROMAIN, nommé ci-dessous « l'investigateur principal » sous la direction du Docteur AGNES FABIANEK.

**But de l'étude** : Identifier les leviers et les freins relevés par les acteurs hospitaliers impliqués depuis le début du projet (conception, développement, lancement, maintien).

**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.

**Confidentialité des informations** : toutes les informations concernant les participants et leurs patients seront conservées de façon anonyme et confidentielle. En aucun cas, il ne les utilisera à des fins commerciales et contre la volonté des personnes interrogées. Le traitement informatique n'est pas nominatif, il n'entre pas de ce fait dans la loi Informatique et Liberté. La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle aussi anonyme.

Au décours du travail de recherche et après retranscription des données sur NVIVO l'enregistrement audio sera détruit.

**Liberté du participant** : le participant est libre d'accepter ou de refuser la participation à cette étude. Le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence.

En cas de retrait de consentement, le participant s'engage à en informer l'investigateur principal.

**Information du participant** : le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ en 2 exemplaires

Signatures :

Le participant

L'investigateur principal

### **GUIDE ENTRETIEN :**

Bonjour, Je me présente, Romain NAESSENS, Interne en Médecine Générale à la Faculté Henri WAREMBOURG de LILLE.

Je réalise un travail de thèse concernant la conciliation médicamenteuse dans le cadre du projet PAERPA accès sur les acteurs hospitaliers investis dans ce projet. Je réalise ce travail sous la direction du Dr AGNES FABIANEK.

**Le PAERPA** (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) est un projet national déployé depuis 2014 sur des territoires pilotes. Constatant que la population de personnes âgées en France ne cesse de croître, le ministère des Affaires sociales et de la Santé a mis en place un dispositif innovant qui s'adresse aux personnes, âgées de 75 ans et plus, dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social.

Le territoire du Valenciennois-Quercitain est l'un des territoires pilotes du projet PAERPA. Parmi les procédures mises en place, une révision de la médication est proposée aux patients âgés éligibles au sein du centre hospitalier de Denain. Cette révision de la médication n'est réalisée qu'avec l'accord du médecin traitant et est suivie d'une procédure interprofessionnelle financée en soins primaires (médecin traitant et pharmacien d'officine).

Merci d'avoir accepté de me rencontrer pour participer à cette étude. Notre entretien dit "semi-dirigé" sera comme convenu enregistré, retranscrits et analysés. L'anonymat des participants sera bien sûr respecté.

A l'issue du travail de recherche, l'intégralité des enregistrements sera détruite.

**Notre objectif principal** est d'identifier les leviers et les freins relevés par les acteurs hospitaliers impliqués depuis le début du projet (conception, développement, lancement, maintien).

Vous pourrez bien entendu être informé des résultats de cette étude. Avez-vous des questions avant de débiter l'entretien ?

**BRISE GLACE** : La place de la population gériatrique étant en constante progression au sein des services hospitaliers, comment gérez-vous ce type de patient au sein de votre service ?

**1/ Leviers et freins :**

Pourriez-vous me parler de la mise en place de ce projet au sein du CH de DENAIN?  
(succinctement si acteurs impliqués activement dans le projet = EMG)

Comment vous décrieriez votre coordination avec EMG ?

Actuellement évoquez pour moi les aspects positifs et négatifs de la mise en place du projet dans votre pratique quotidienne ? (Sur les deux dernières années)

Observez-vous une amélioration quant au suivi de vos patients ?

Si vous deviez apporter des améliorations au projet, lesquelles proposeriez-vous ?

## **2/ Communication interprofessionnelle :**

Parlez-moi de vos relations avec les médecins libéraux en général

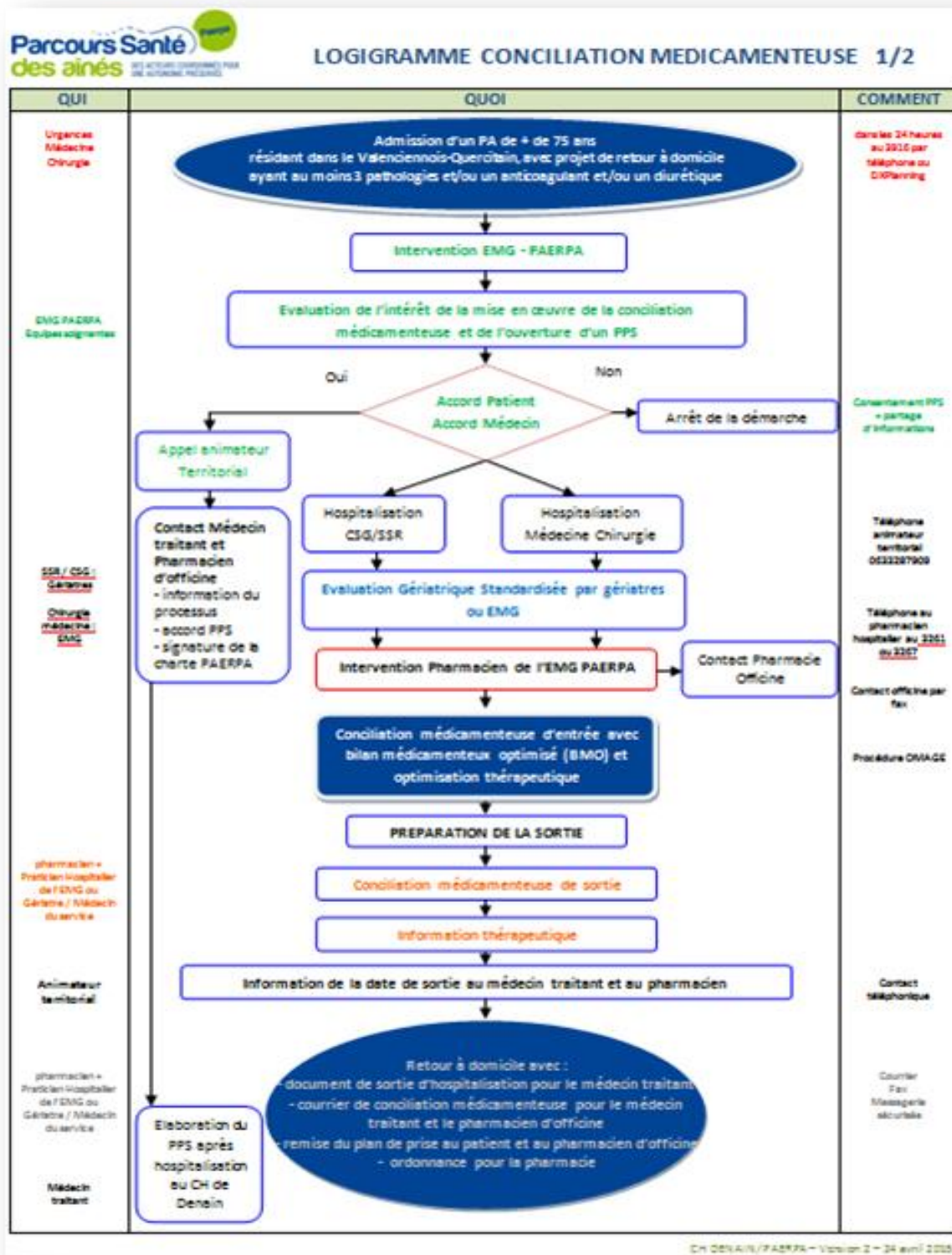
Ce projet a-t-il modifié vos relations avec la médecine de ville ? Aspect positif et négatif

## **3/ Ressenti du lien ville-hôpital**

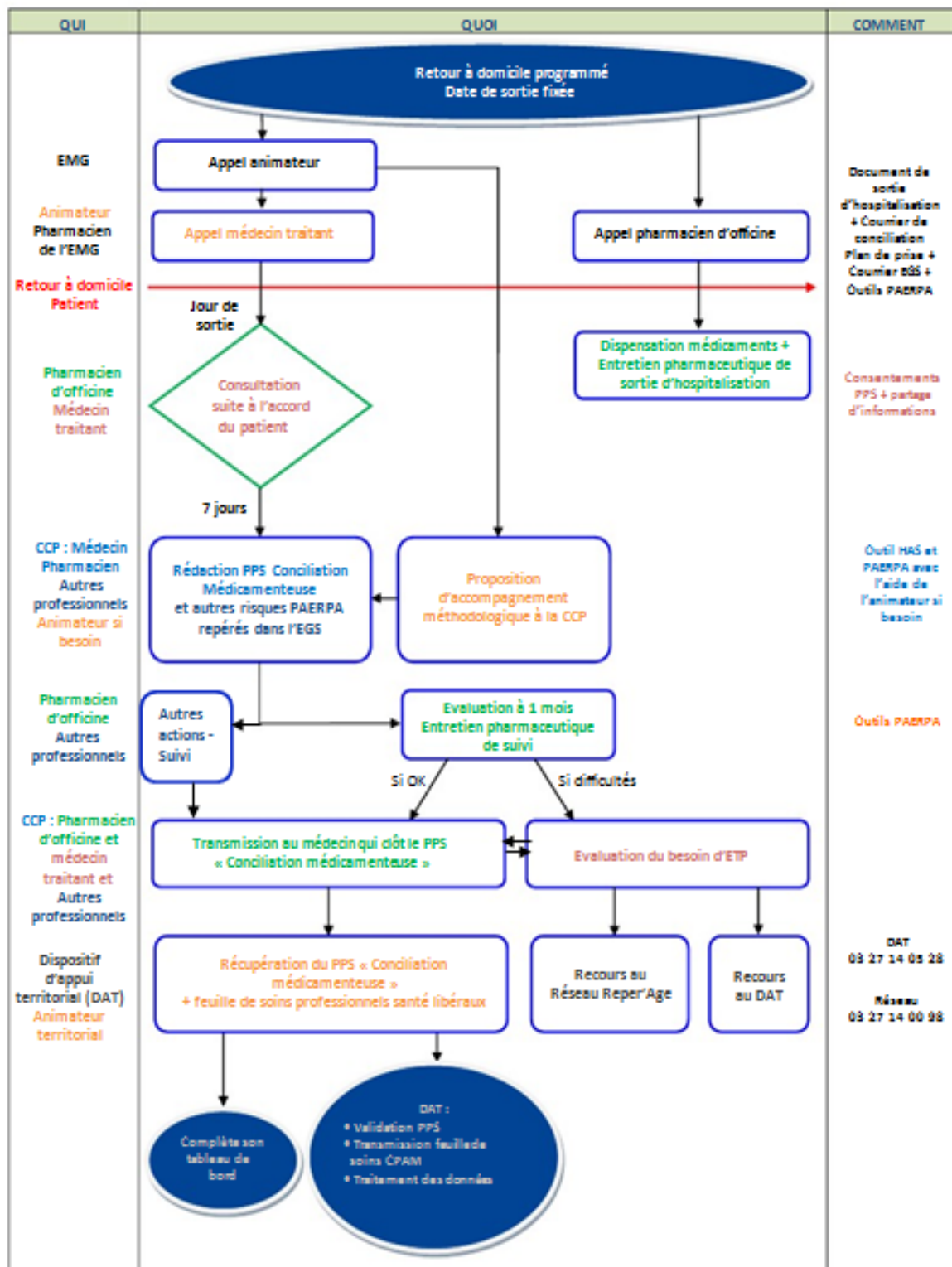
Quels types d'échanges entretenez-vous avec les médecins libéraux : ordo de sortie, appel etc ?

Comment cela se passe en général pour la sortie des patients gériatrique au sein de votre service ? (joignable par le médecin libéral si besoin ou joignez-vous le médecin libéral)

Annexe 6 : Logigramme conciliation médicamenteuse



**LOGIGRAMME ELABORATION D'UN  
PPS « CONCILIATION MEDICAMENTEUSE »  
APRES HOSPITALISATION AU CH DE DENAIN 2/2**



**ENTRETIEN N°1**

La place de la population gériatrique étant en constante progression au sein des services hospitaliers, comment gérez-vous ce type de patient au sein de votre service ?

Comment on les gère, c'est vrai qu'on a une grosse population gériatrique dans tout l'hôpital de Denain et dans n'importe quels services il y a une grosse représentativité de la gériatrie. *EUHHHHH* nous on a plutôt une orientation infectiologique, médecine interne, médecine polyvalente donc pour les patients gériatriques on essaie de les gérer *euhhhh* quand on peut en collaboration avec les gériatres de l'hôpital.

Pourriez-vous développer cette idée de collaboration ?

On leur demande les avis, voir les transferts s'il y a de la place, s'il y a de la disponibilité. On demande leur avis *euhhhhh* pour certains patients, c'est vrai que la limite entre médecine polyvalente et médecine gériatrique est assez floue donc euh c'est vrai qu'on met souvent la main à la patte quand ça concerne la population gériatrique. Pour certains avis pointus on sollicite souvent les gériatres.

*Téléphone sonne...*

Lorsque le patient gériatrique arrive dans votre service, comment démarrez-vous la prise en charge ? Effectuez-vous une révision médicamenteuse à l'entrée du patient ?

Les aspects traitement médical *euhhh* c'est vrai qu'on est souvent beaucoup aidé par l'équipe mobile de gériatrie selon certains critères mais on est plus ou moins sensibilisé sur la iatrogénie médicamenteuse des personnes âgées quand ils arrivent à l'hôpital. Notre premier réflexe c'est vraiment de suspendre des médicaments inutiles comme souvent les psychotropes dont on ne connaît pas très bien la dose ou la posologie même la forme galénique. Ils nous arrivent assez régulièrement de faire le tri, un premier tri,

suspendre des médicaments qui sont inutiles d'autant plus que le patient lui-même nous fournit souvent peu d'informations, ce sont des patients âgés avec troubles cognitifs, le médecin traitant n'est pas souvent joignable, sa pharmacienne on ne la connaît pas souvent donc dans un premier temps ils nous arrivent souvent de faire le tri.

Pourriez-vous me parler de la mise en place de ce projet au sein du CH de DENAIN?

Ce que je connais, j'ai vraiment vécu quand ça a été mise en place et c'est vrai que c'est une grosse plus value finalement, ça nous a aidé déjà à faire venir régulièrement un gériatre dans le service on en profite pour prendre certains avis et ça nous a surtout permis d'avoir un avis pointu sur ce qu'on faisait plus ou moins bien. Le PAERPA a été mis en place depuis de nombreuses années avec une équipe mobile qui passe régulièrement dans le service qui a ses critères d'éligibilité, ils viennent régulièrement, discute de notre prise en charge médicamenteuse, des patients.

Il y a un échange direct avec le médecin ou l'infirmier quand ils arrivent il y a souvent un échange direct avec nous avant d'aller voir le patient, ce qui est bien, ils nous voient avant d'aller voir le patient et quand ils reviennent de la visite du patient ils repassent nous voir pour faire rapidement le point et secondairement ils mettent une note informatique sur le dossier patient et ça nous permet d'avoir une traçabilité.

Quand les patients sont prêts à être sortant on les rappelle pour venir faire la synthèse.

Au début du projet, Quand on vous l'a présenté et comment on a abordé ce sujet la avec vous ? Quel support ?

On est venu verbalement, c'était le Dr HANOT si je peux citer le nom qui est venu nous voir et ça a été conforté par la présentation en CME et par un dépliant papier. Il y aussi je crois sur l'INTRANET un formulaire de demande de passage, un numéro de téléphone dédié je crois qu'ils ont utilisé beaucoup de support.

Comment la mise en place de ce projet a-t-elle modifié votre pratique hospitalière au



départ ?

Très bien, c'est une très bonne question. Il y a vraiment deux aspects, un ça nous a vraiment aidé nous cliniciens à nous sensibiliser sur tout ce qui est iatrogénie médicamenteuse des personnes âgées je crois que ce projet la a eu l'avantage de mettre ça en évidence et deux ça nous a permis un peu mieux de prendre en charge tous les traitements de sortie des patients gériatriques, ils nous aident énormément c'est vrai que ils ne se substituent pas à nous mais clairement ça nous fait gagner en sécurité de prise en charge des patients, des personnes âgées, il y a un médecin, un pharmacien des infirmières tout ce cycle la enfin, ça en terme de sécurité de prise en charge je crois qu'on est gagnant. On est plus souvent obligé d'aller fouiller, ils font une partie du boulot c'est un gain de temps considérable.

Un aspect négatif si vous en aviez ?

Aucun, sincèrement aucun non. C'est vrai qu'au début mais c'est plutôt eux qui avaient ce problème la avec certains médecins de ville, avec certains pharmaciens qui étaient réticents mais franchement non aucun. Que du positif à l'initiative de ce projet.

Actuellement évoquez pour moi les aspects positifs et négatifs de la mise en place du projet dans votre pratique quotidienne, rétrospectivement sur les deux dernières années ?

Dans ma pratique au quotidien l'aspect positif c'est vraiment la sécurité de prescription chez les personnes âgées qui répondent bien sur à tout ou a certains critères.

Le coté négatif c'est que peut être ce ne soit pas étendu à d'autres profils de patients et que les critères sont peut être trop stricts notamment l'âge, c'est assez restrictif. Je crois qu'il y a probablement d'autres patients euh en termes de difficulté de prise en charge, d'insécurité de prescription qui pourrait être éligible.

Pouvez-vous préciser votre pensée ?

C'est les patients qui ont des gros troubles cognitifs, il y en a quand même dans le bassin denaisien qui sont incapables clairement de bien prendre les traitements qui ont un potentiel iatrogène très important. C'est trop restrictif sur les choix des patients. Peut être revoir le critère d'âge.

Si vous deviez apporter des améliorations au projet, lesquelles proposeriez-vous ?

Lesquelles c'est un peu ce que je venais de dire c'est étendre à d'autres types de patients. Euhhh je crois que clairement enfin ils sont mieux placés que moi ça marche assez bien. J'ai eu à discuter directement avec certains pharmaciens qui sont plutôt contents que certains jouent le jeu. Il n'y a quasiment que du positif, les choses sont bien coordonnées parce qu'à un moment on avait des problèmes entre la prescription de la conciliation et la prescription qui figurait sur le courrier voir l'ordonnance de sortie du service mais on a mieux coordonné les choses par la suite.

Si on se focalise sur l'hôpital de Denain en lui-même est ce que vous pensez qu'on pourrait améliorer les choses ?

Je crois qu'il faut probablement l'étendre à tous les services mais je crois qu'il faudrait plus de personnel. Le Dr HANOT, il est seul, il y a une infirmière Ludivine qui est aussi seule, je crois qu'elle va prendre son congés maternité donc je crois que les moyens humains au vu vraiment du profil de patientèle de Denain, c'est pour moi je crois un projet qui est clairement le bienvenu.

On a une grosse patientèle qui répond à ces critères là et malheureusement les moyens humains ça ne suit pas. Clairement renforcer les moyens humains.

Quand vous dites étendre à d'autres services hospitaliers actuellement ce n'est pas cas ?

Non je ne sais pas, ce n'est pas ce que je voulais dire, ce que je voulais surtout dire c'est étendre à d'autres profils de patient.

### Le bassin denaisien est très impacté ?

Clairement pour ce que je connais du patient du service ce sont des gens qui sont pauvres, des niveaux intellectuels qui ne rendent pas souvent possible la compréhension d'un traitement médical au long cours et qui comporterait des gros risques de iatrogénie. Je crois que ces patients là en terme d'éducation thérapeutique ça pourrait être une bonne chose.

### Parlez-moi de vos relations avec les médecins libéraux en général

Très bien, sincèrement c'est l'une des politiques un peu du service, on a un gros réseau avec les médecins libéraux. Personnellement j'animais des conférences avec les médecins libéraux donc ça permet de se connaître, de se fréquenter pour certains. De toute façon dans notre observation d'entrée dans le service on demande systématiquement le nom du médecin libéral. Ça nous permet très régulièrement de donner des coups de fils quand on a des problèmes sur le traitement d'un patient, des courriers, ils savent aussi qu'on est très réactif, ils nous appellent aussi donc il y a vraiment des très bon liens avec les médecins libéraux du denaisis et même voir au-delà. Je suis joignable quasiment à tout moment, ils nous appellent directement il n'y a pas de procédure, il y a un numéro de téléphone dédié pour les appels extérieurs donc il faudra peut être qu'on refasse un peu de pub comme il y a quelques années, en les sensibilisant en leur donner ce numéro de téléphone direct quand ils veulent. On va juste refaire une pique de rappel.

### Pouvez-vous m'expliquer un peu plus ce fonctionnement ?

C'est pour tout problème d'infectiologie mais pas seulement pour tout problème médical en général.

### Ce projet a-t-il modifié vos relations avec la médecine de ville ?

Non ça les a plutôt renforcées, il y a certains qui n'hésitent pas à appeler, dire telles modifications thérapeutiques c'est vraiment ça, il n'y a pas erreur non ça les a plutôt renforcé bien au contraire. Au début on avait quelques soucis plutôt avec les pharmaciens mais la aussi c'était plus pour autre chose que dans le cadre même du projet PAERPA.

Est-ce qu'il y a certains aspects négatifs aussi par rapport au fait que vous soyez plus sollicité depuis la mise en place de ce projet ?

Non je ne pense pas, les médecins ne nous suivent pas toujours dans les conciliations, ils sont toujours libres, ils connaissent mieux leurs patients que nous, nous on fait une proposition ils sont libres de la suivre ou pas mais non ça a toujours été résolu de manière conviviale quoi. Je ne me rappelle pas avoir été agressé par un confrère non non. Dans ce qu'ils veulent ils ont raison malheureusement sur le courrier médical on ne peut pas mettre toutes les explications ça risque de prendre du temps, ce qu'ils veulent c'est avoir des explications et certains appellent de temps en temps pour avoir ces explications.

Quels types d'échanges entretenez-vous avec les médecins libéraux : ordo de sortie, appel etc ?

Il y a les appels, il y a les courriers, il y a les hospitalisations des patients, il y a un peu de tout.

Comment cela se passe en général pour la sortie des patients gériatrique au sein de votre service ?

La veille la sortie est décidée, le cadre est au courant, les infirmières sont au courant, pour les transferts dans les structures de convalescence il y a une traçabilité sur trajectoire, pour les patients qui ont été vu par l'équipe PAERPA on leur donne un coup de fil la veille quand c'est possible. Les sorties on les décide généralement la veille.

Est-ce que vous contactez le médecin de ville pour l'informer de la sortie d'un patient ?

Non pas souvent. C'est seulement quand il y a quelques soucis c'est là où je les appelle quand il y a quelques problèmes sub-aigus qui n'ont pas été résolus dans le service je leur donne un coup de fil. Déjà faut savoir que quasiment 90% de nos patients sortent avec le courrier et doivent voir leur médecin traitant dans la journée donc quand il y a quelques problèmes comme ça aigus de kaliémie, INR je donne un coup de fil pour dire attention, est ce que vous pouvez être attentif à ce patient là où jeter un coup d'œil sur la prise de sang.

Ca arrive par contre qu'eux nous appellent pour avoir un complément d'information, lorsqu'il est au chevet du patient pour avoir un renseignement sur ce qui est mis dans le courrier : des RDV, un traitement etc.

## **ENTRETIEN N°2**

La place de la population gériatrique étant en constante progression au sein des services hospitaliers, comment gérez-vous ce type de patient au sein de votre service ?

C'est vrai que bon de toutes les façons c'est clair que maintenant les personnes âgées de toute façon c'est ce que l'on voit au premier plan, après c'est vrai que l'on essaye de faire au mieux pour améliorer notre prise en charge. Au niveau du service c'est vrai que l'on a essayé de mettre en place par exemple le service sécurisé, pour les patients qui sont déambulants parce que c'est vrai que les patients quand ils arrivent on a quand même beaucoup de patients qui ont des troubles cognitifs, donc notamment les patients qui sont par exemple déambulants, voilà c'est mettre en place des choses qui pourraient améliorer en tout cas leurs quotidiens. Après voilà au niveau des contentions aussi c'est quelque chose qu'on a essayé de revoir. C'est plein de petites choses après voilà la personne âgée en tout cas en gériatrie on la prend en charge de façon globale, on s'intéresse pas uniquement au diagnostic qui a été posé par exemple aux urgences ou

par le médecin traitant mais vraiment c'est essayer de faire une prise en charge plutôt globale.

Une fois les patients dans le service, quelle est la place de la révision médicamenteuse ?

Oui tout à fait, de toute façon c'est vrai que déjà le patient quand il arrive c'est vraiment une prise en charge globale parce que c'est vrai, ils arrivent avec des traitements qui ne sont pas forcément adaptés en tout cas à la personne âgée. On préfère encore des molécules avec des demies vies plus courte, essayer d'alléger au mieux en tout cas les traitements même si ce n'est pas toujours évident surtout quand c'est des patients qui sont suivis par des spécialistes. Après rien n'empêche d'aller en discuter avec le cardiologue, le pneumologue pour essayer d'adapter au mieux.

C'est plus pour prendre des avis et être en adéquation avec l'ensemble des partenaires.

Pourriez-vous me parler de la mise en place de ce projet au sein du CH de DENAIN?

Ce que je sais c'est Mr HANOT qui s'en occupe, avec une infirmière, une pharmacienne donc après ce qu'on peut dire c'est que c'est surtout pour éviter le risque iatrogène pour suivre ces patients qui sont quand même la plupart du temps isolé et c'est vrai que des fois on a quand même des retours qui sont positifs par exemple il y avait une patiente qui était suivi par le projet PAERPA et quand elle est arrivée aux urgences ils avaient mis un médicament avec un certain dosage donc j'ai été appelé par la pharmacienne pour me dire que ce n'était pas le bon dosage donc voilà. C'est vrai que quelque part ça permet déjà d'évaluer le risque iatrogène et par la suite le retour à domicile.

Connaissez-vous un peu le type de patient que l'on peut inclure ?

Oui enfin les critères d'admission c'est sur qu'il faut avoir plus de 75 ans, polypathologiques, il y a aussi le fait qu'il soit sous AVK, peut être aussi au niveau des aides à domicile s'ils sont isolés par exemple. Je sais qu'il y a quelques critères d'admission. Et le secteur aussi.

Le projet PAERPA étant déjà en place à votre arrivée, comment vous l'a-t-on présenté ?

C'est vrai que le premier jour où je suis arrivée c'est-à-dire le 5 octobre, avant de monter dans le service j'avais rendez vous avec Dr FABIANEK et ce jour là il y avait une réunion par rapport à ce sujet.

Auparavant je n'en avais jamais entendu parler sincèrement, c'est vrai que justement il y avait quelqu'un qui présenté bien ce projet là et c'était le premier jour de mon arrivée.

Avec quel type de support ?

C'était une présentation sous forme de PPT. Je n'ai pas eu de support écrit. Le premier jour je n'étais pas à la page mais j'ai regardé sur internet, je me suis renseigné, j'ai vu les critères d'admission donc voilà. On en a parlé souvent aussi avec le référent et l'DE.

Comment la mise en place de ce projet a-t-elle modifié votre pratique hospitalière au départ vous qui venez d'un hôpital extérieur ne faisant pas le PAERPA ?

C'est vrai que moi comme j'étais dans un autre établissement on avait l'impression qu'une fois que les patients sortaient de toute les façons même si on apportait certaines modifications au niveau du traitement on avait l'impression que les médecins ne tenaient pas compte de notre modification donc c'est vrai que parfois on ne comprenait pas parce que le patient sortait avec un traitement et si le patient revient dans le circuit deux mois après on se rend compte que finalement notre travail n'avait pas vraiment abouti parce que de toute façon il n'y avait pas de suivi alors que là c'est vrai que les patients sont quand même suivis.

Il y a quand même une prise en compte du risque iatrogène, quand le patient arrive dans le service la pharmacienne peut nous appeler pour nous dire qu'à domicile il avait tel ou tel médicament.

Une fois aussi ils avaient appelés pour dire que tel patient avait un médicament qui n'avait pas été repris. Ca permet en tout cas d'avoir la liste exacte même si on passe du

temps à l'arrivée du patient on passe du temps, on appelle les pharmacies parce que les patients étant âgés ils ne savent pas quel traitement ils prennent. Des fois le seul recours c'est soit le médecin traitant ou bien la pharmacie.

Il y a quand même un meilleur suivi. Donc cela devrait entraîner moins d'hospitalisation théoriquement. C'est le but, voilà.

Avez-vous quand même un aspect négatif à évoquer ?

A l'heure d'aujourd'hui je n'en vois pas. Au contraire je ne vois que du positif.

Je sais que par exemple ce n'est pas tous les médecins généralistes qui adhèrent au projet par manque de temps. D'un autre côté on espère que ce soit plutôt généralisé parce que c'est vrai que ça apporte un plus pour les personnes âgées.

Pouvez-vous préciser votre pensée sur le terme généraliser ?

Ce que je voudrais c'est que toutes les personnes âgées puissent vraiment répondre à ces critères et peut être même au-delà parce que c'est vrai que le problème qu'on rencontre actuellement ce sont des personnes âgées avec de plus en plus de troubles cognitifs et qui ne sont pas forcément étiquetés en tant que tels et ils continuent à gérer leur traitement seul et c'est vrai que des fois on arrive quand même à des catastrophes.

Le fait qu'il y est ce système la est une bonne chose mais il faudrait l'étendre à une population plus générale, que ce soit moins restrictifs. 75 ans par exemple, on a des patients qui ont moins de 75 ans et qui ont des troubles cognitifs et ce n'est pas pour autant aussi qu'ils ne présentent pas de risque iatrogène.

Actuellement évoquez pour moi les aspects positifs et négatifs de la mise en place du projet dans votre pratique quotidienne, rétrospectivement sur les deux dernières années ?

C'est vrai que moi pour l'instant je n'ai vu que des choses positives en tout cas. Si je peux appeler ça une chose négative c'est que j'aimerais bien que ce soit étendu pour des



patients un peu plus jeunes parce que comme je le dis on a quand même de plus en plus de patients de moins de 75 ans avec des troubles cognitifs.

C'est vrai qu'il y a quand même un meilleur suivi, pour moi c'est plus au niveau du suivi, ce patient est quand même répertorié il y a quand même toute une équipe qui s'articule autour de lui pour éviter le risque iatrogène.

Vous en voyez déjà les résultats ?

C'est vrai que peut être une chose négative c'est que l'on n'a pas forcément de retour, on n'a pas de retour du tout.

Une fois que le patient sort on n'a pas de retour, aucun. En fait on a participé au projet et puis après on a plus de nouvelles. C'est vrai que l'on reste un petit peu sur notre faim.

Vous présent-on parfois des résultats, des RA ?

Jamais, est ce qu'il y a des réunions ça de ce que côté la je n'en sais rien. Je ne suis pas informé. Après si je voulais en avoir je pense que l'on m'apporterait les informations en toute objectivité mais c'est vrai que si je ne les demande pas je ne vais pas forcément les avoir.

Si vous deviez apporter des améliorations au projet, lesquelles proposeriez-vous ?

Avoir un retour, c'est vrai que ça ca nous permettrait d'avoir le suivi et peut être de ce dire qu'est ce qu'on aurait pu améliorer ? On est toujours en quête d'amélioration.

Et c'est ce que je disais avant, ce sont les critères de sélection que je souhaiterais élargir.

Parlez-moi de vos relations avec les médecins libéraux en général

On va dire que de toute façon au niveau des médecins généralistes certains ne vont pas forcément nous contacter donc ils vont plutôt passer par les urgences mais il y en a d'autres et c'est vrai que je ne suis pas la depuis très longtemps mais je suis de plus en plus sollicité par des médecins qui nous font confiance, nous appelle pour faire admettre

un patient directement dans le service donc ça c'est une très bonne chose pour le patient parce que c'est vrai que quand il arrive aux SAU généralement ce n'est pas fait pour les personnes âgées qui sont polypathologiques en général.

C'est vrai moi je préférerais que l'on ait encore plus d'entrées directes.

Comment vous pensez pouvoir faire ce genre de choses ?

Sincèrement par un simple coup de fil. La dernière fois un médecin généraliste m'a appelé pour une patiente, moi je n'avais pas de place dans le service mais j'ai vu avec un collègue et on a pu faire l'entrée directement dans le service. Il m'a appelé en début d'après midi et la patiente est arrivée une heure après et c'est bien mieux pour la personne âgée.

Ce projet a-t-il modifié vos relations avec la médecine de ville ?

Je ne pense pas que ce soit en lien avec le PAERPA. Moi c'est plus le fait que je suis là depuis 18 mois par rapport aux patients qui sont passés dans le service, avec les courriers. Les médecins quand ils ont un retour il y en a certains qui vont avoir plus le réflexe de nous appeler pour faire admettre leur patient.

On posera la question aux médecins généralistes, je ne suis pas sûr que tout le monde soit au courant du projet.

Quels types d'échanges entretenez-vous avec les médecins libéraux : ordo de sortie, appel etc ?

Il y a deux catégories de médecins, il y en a certains qui vont vraiment nous appeler, nous solliciter et cela me permet d'avoir des liens parce que c'est vrai que dans ce cas là pour la sortie du patient je peux les appeler. S'il est assez fragile ou des choses à revoir j'appelle le médecin traitant, pour avoir son accord, des fois quand le patient nécessite une convalescence et que la famille n'est pas d'accord j'appelle le médecin traitant pour voir s'il est d'accord et tout cela c'est vrai que ça nous permet d'établir des liens et c'est

dans les deux sens.

Après c'est vrai qu'il y a d'autres médecins, qui ne vont pas forcément faire appel à nous. Est-ce qu'on leur a suffisamment présenté les choses après bon ça reste des questions à creuser. Dans mon précédent établissement c'est vrai qu'il y avait les entrées directes, moi je prenais le temps d'appeler pour leur dire qu'on pouvait faire des entrées directes mais il y en avait certains qui n'étaient pas forcément au courant.

#### Comment pensez-vous pouvoir améliorer ça justement ?

En tout cas moi par exemple quand j'étais ailleurs, comme j'avais ouvert un service dédié pour les patients Alzheimer on avait envoyé des courriers, pour sensibiliser les médecins, expliquer le fonctionnement du service et expliquer qu'on pouvait faire des entrées directes. Je pense qu'il faudrait plus faire une enquête par rapport aux médecins généralistes savoir s'ils sont au courant ou pas. S'ils ne le savent pas pourquoi pas essayer de creuser cette piste ?

#### Comment cela se passe en général pour la sortie des patients gériatrique au sein de votre service ?

Pour la sortie, après chaque praticien fonctionne à sa manière.

Moi ce que je fais c'est que je ne prononce jamais une date de sortie, je ne donne jamais une date de sortie le jour même. On essaye toujours de préparer la sortie pour au moins le lendemain en accord avec la famille. Cela dit la sortie est déjà préparé à l'entrée du patient, voir avec les familles quel est le devenir, convalescence ou RAD, si c'est une convalescence le problème est réglé et on met l'assistante sociale sur le dossier pour voir s'il faut renforcer les aides. Si c'est un RAD s'il y a suffisamment d'aides on voit avec la famille, on les avertit au moins 24h avant.

Je ne joins pas le médecin traitant systématiquement sauf s'il y a des choses à surveiller. En général quand le patient est stable, sans perfusion avec son traitement PO le patient

va sortir et je 'appelle pas le médecin traitant. On le signale à la famille et en général la famille prévient le médecin traitant.

Après s'il y a des petites choses on voit d'abord avec le médecin traitant si lui est d'accord et on organise le RAD en accord avec le médecin traitant.

Et par rapport à l'EMG quand les patients sont inclus ?

Quand ils sont inclus dès le lendemain ils interviennent et nous mettent un mot informatique pour qu'on les prévienne à la sortie du patient. Pour la sortie j'ai un contact avec eux.

### **ENTRETIEN N°3**

La place de la population gériatrique étant en constante progression au sein des services hospitaliers, comment gérez-vous ce type de patient au sein de votre service ?

On ne fait pas beaucoup de différences entre la personne âgée et la personne plus jeune. La seule chose qui nous pose beaucoup de soucis par rapport à la spécificité du service c'est l'adaptation de traitements antibiotiques.

On sait bien que tout ce qui arrive chez nous c'est par rapport à des infections, on va dire la grande majorité 90% des cas arrivent pour des infections. On essaie de les traiter comme les autres personnes, sans faire trop de différences mais en tenant compte de l'âge, de la toxicité du traitement.

Lorsque les personnes arrivent avec leurs ordonnances dans le service, comment cela se passe dans votre service ?

Quasiment à chaque fois nous faisons une petite révision de leur ordonnance, néanmoins ça nous arrive pas très souvent que le patient arrive avec ordonnance de ville, ce sont souvent des patients qui arrivent via les urgences et ils n'ont pas leurs ordonnances avec eux, on essaie de gérer plutôt avec leur pharmacie habituelle et avec leur médecin traitant. Plutôt avec la pharmacie habituelle pour qu'elle nous confirme la

liste de traitement.

Après deuxième chose avec le patient en général on valide les heures de prescription, le patient âgé est quand même un peu plus particulier par rapport à la prise de traitement, il faut absolument donner le cachet à telle heure parce que c'est leurs habitudes depuis des années.

Faites-vous une révision médicamenteuse, comment gérez-vous le risque iatrogène ?

Si on a des choses qui nous choquent sur l'ordonnance qui sont plutôt prescrits par le médecin traitant en général on le rediscute avec le patient s'il est en état ou avec entre nous. Par exemple souvent ils ont tous des IPP et nous ça nous plaît pas trop ou des autres médicaments, ils sont tous blindés de traitements, pas vraiment neuroleptiques mais des benzo même s'ils n'en ont pas vraiment besoin. On regarde en général le traitement et on le rediscute.

Pourriez-vous me parler de la mise en place de ce projet au sein du CH de DENAIN?

Je ne connais pas trop comment il a été mis en place. Je sais qu'on a commencé dès le début à travailler avec eux. Finalement Mr HANOT et l'équipe venaient souvent dans le service, eux regardent souvent la liste des patients qui sont admis dans le service, ils viennent s'en occuper, discuter avec nous et le prendre en charge.

Peut être au début c'était plus difficile parce que nous on n'avait pas trop l'habitude de travailler avec eux, pas l'habitude de regarder les notes médicales qu'ils écrivaient pour voir si on avait oublié quelque chose dans le traitement ou si eux ils proposent d'arrêter certains traitements mais après c'est devenu une habitude même les IDE ont pris l'habitude à la sortie des patients pris en charge PAERPA, ils les appellent pour prévenir de la sortie.

Comment vous décrieriez votre coordination avec eux ?

Moi je n'aime pas surmédicaliser les personnes âgées, j'aime bien le fait qu'ils viennent

avec leur expertise, avec un pharmacien qui dit que ce sont des études qui prouvent qu'à un certain âge ce traitement n'est pas indiqué ça j'aime bien avoir leur expertise par rapport à la liste de traitement.

En général je pense qu'on travaille bien, euh nous propose des choses mais il n'y a rien d'imposer, si moi je fais sortir avec un traitement ou ils ne sont pas d'accord on peut toujours discuter pour voir chacun ce qu'il pense de ce traitement. Et la je parle des nouveaux traitements que nous avons mis en place, pas les anciens.

Comment vous a-t-on présenté le projet ? Le mode de présentation ?

Je pense qu'on a eu des papiers, enfin tout au début c'est Mr HANOT qui nous a parlé de ça, et finalement on a eu pas de mal de petits papiers qui nous ont présenté un peu le projet et tout ce qu'il y a avec.

On a reçu des papiers de rappel il y a peu mais pas plus que ça et je ne suis pas forcément très intéressé non plus.

Au départ de la mise en place du projet qu'est ce que cela à changer dans votre pratique quotidienne par rapport à avant ?

Pour des patients qui sont arrivés via les urgences ça nous a facilité un peu la vie, si on avait des patients avec qui on travaillait plus difficilement ou qui ne connaissaient pas leur traitement l'équipe intervenait pour récupérer elle même le traitement habituel donc pour nous c'était un peu plus facile. Le ça continu pareil donc ça ça a beaucoup changé pour nous.

En dehors de ça, faire sortir quelqu'un âgé pour lequel tu sais qu'il va être pris en charge, que le traitement va être délivré, qu'il va être surveillé c'est un plus de sécurité pour nous et pour le patient.

Avez-vous des choses négatives à évoquer au départ du projet ?

Non aucune. On a plutôt bien travaillé ensemble et on travaille encore bien, on a

apprécié leur aide et pour nous ça nous a fait du bien.

Sur une rétrospection des deux dernières années, qu'est ce que ça a changé pour vous ?

Je trouve que rien a changé, je l'ai apprécié dès le début.

J'ai déjà l'habitude pour des patients âgés de me poser la question enfin pas vraiment je ne me souviens pas vraiment de tous les critères mais en général pour chacun qui est âgé j'ai l'habitude de regarder sur les notes médicales pour voir si j'ai déjà un passage de équipe PAERPA ou pas, c'est déjà un peu plus facile comme ça je peux aussi valider les prescriptions et voir avec eux si je n'ai rien oublié.

Si vous deviez apporter des améliorations au projet, lesquelles proposeriez-vous ?

Je sais si c'est possible pour eux ou pas mais j'aimerais bien par contre avoir, pour des patients âgées qui sortent de notre service avec un traitement que nous on a mis en place plutôt un traitement antibiotique à longue durée j'aimerais bien avoir un retour pour voir si cela se passe bien ou pas. Sur et certain que nous on les voit tous en consultation et que c'est une obligation légale de le revoir pour surveiller mais j'aimerais bien avoir un retour mais bon je pense que ça c'est un peu plus compliqué.

Quand vous dites un retour ce serait sous quelle forme par exemple ?

Je ne sais pas, un mail ou quelque chose pour savoir si le traitement est bien toléré, peut-être moi par exemple si c'est une infection de prothèse ou je veux faire un traitement de longue durée si je n'arrive pas à le voir pendant la durée du traitement au moins avoir un retour pour savoir comment ça se passe, si il tolère bien le traitement ou pas. J'aimerais bien avoir ça.

Je pense que ce sont les prestataires qui nous ont habitué à ça, avoir un retour sur ça mais bon pour eux c'est un traitement IV.

C'est plus savoir ce que devient le patient à la sortie par rapport à ceux que nous on a

prit en charge pour une pathologie infectieuse.

### Parlez-moi de vos relations avec les médecins libéraux en général

Par rapport aux patients hospitalisés ça nous arrive souvent de donner un coup de fil au médecin traitant pour avoir un peu plus de renseignement sur le cas clinique du patient. On a pas confiance enfin ce n'est pas qu'on n'a pas confiance dans ce que nous dit le patient, parfois il n'est pas capable de nous dire ou pas toujours sa version est la même que celle du médecin traitant.

Pour avoir un peu l'ensemble de l'état global du patient si on parle du patient âgé on les appelle si par exemple on n'arrive pas à retrouver la pharmacie parce que le patient n'est pas capable de savoir et bien dans ce cas on appelle le médecin traitant pour voir un peu le traitement habituel, ça ça nous arrive aussi. C'est l'inverse parfois, le médecin traitant nous appelle pour avoir des nouvelles de son patient hospitalisé et on reçoit souvent des coups de fil, on a un téléphone spécial pour les avis infection ils nous appellent pour avoir un avis sur certaines choses, faire des consultations ou mettre en place des transfusions.

Les appels sont fréquents pour voir quelqu'un en consultation, en plaie ou discuter d'un patient qui était hospitalisé chez nous et qui est sorti, pour prendre ne charge quelque chose de nouveau.

### Ce projet a-t-il modifié vos relations avec la médecine de ville ?

Non, pour nous non.

### Quels types d'échanges entretenez-vous avec les médecins libéraux : ordo de sortie, appel etc ?

C'est une habitude pour nous et pour le service, enfin on ne prévient pas le médecin traitant pour la sortie du patient, en général par contre pour tous les patients sortant on fait une ordonnance pour environ une semaine comme ça ils ont le temps de prendre



rendez-vous avec le médecin traitant.

En dehors de ça, on les prévient parfois de la sortie quand c'est un cas particulier et on a besoin que le médecin traitant passe assez vite pour la prendre en charge. Si c'est un patient stable on ne les appelle pas. Mais si c'est quelque chose de particulier on appelle le médecin traitant pour les prévenir ou si c'est une sortie contre avis médical c'est pareille on les appelle.

Comment cela se passe en général pour la sortie des patients gériatrique au sein de votre service ?

Les sorties sont anticipées la veille.

Quasiment tout le monde sauf exception sort avec son courrier, en dehors de ça ils sortent avec l'ordonnance d'une semaine, pour IDE libérale si besoin de faire des soins à domicile.

La famille est prévenue la veille, mais nous on appelle pas les médecins généralistes.

#### **Entretien N°4**

La place de la population gériatrique étant en constante progression au sein des services hospitaliers, comment gérez-vous ce type de patient au sein de votre service ?

En général les entrées se font via les urgences a peu près 95% proviennent des urgences, il y a très peu d'admission directe. Le recrutement en admission directe c'est moins de 5% je dirais, à la demande des médecins traitants ou médecins d'EHPAD. Essentiellement les urgences.

Une fois la patiente au sein du service comment cela se passe ?

Beaucoup de gens ont des troubles cognitifs, soit on a des éléments transmis par le service des urgences qui ont déjà fait une petite synthèse ou alors on va se référer à la personne de confiance, le principal aidant familial pour avoir les renseignements sur mode de vie, habitudes, antécédents et les traitements que les personnes ignorent ou ne

connaissent pas.

Quelle est la place de la révision médicamenteuse une fois le patient dans le service ?

Alors euhhh c'est vrai que ça va dépendre aussi du motif d'entrée. Si c'est quelqu'un qui vient pour déshydratation ou insuffisance rénale on va toujours regarder ce qui est nephrotoxique et éviter de leur prescrire. C'est vrai qu'on va déjà regarder les potentiels effets iatrogènes : AINS etc.. C'est nous qui le faisons à l'entrée.

Pourriez-vous me parler de la mise en place de ce projet au sein du CH de DENAIN?

(succinctement si acteurs impliqués activement dans le projet = EMG)

Ca a été présenté par le chef de service au travers de Mr HANOT avec la montée de l'équipe mobile gériatrique, l'IDE Ludivine et l'intervention qui était faite aux urgences pour repérage des personnes âgées et le repérage des critères et puis euhhhh le diffuser aussi aux urgences et cibler sur les autres services du centre hospitalier aussi donc c'était diffusé aussi après au niveau des infirmiers si elles repéraient les personnes âgées avec des critères d'admission pour appeler l'équipe mobile pour qu'ils viennent faire la synthèse.

Comment vous l'a-t-on abordé personnellement ?

C'est Mr HANOT qui nous a parlé de l'équipe mobile en expliquant qu'ils intervenaient avec Ludivine pour les patients de plus de 75 ans avec des chutes etc ceux qui remplissaient les motifs d'éligibilité.

Sous quelle forme, quel support ?

Alors c'était présentation orale et après on a vu des affiches pour les services de soins infirmiers. Après j'ai reçu une plaquette d'informations avec les différents coordonnées des personnes incluses dans le PAERPA.

Est-ce que depuis vous avez été de nouveau sensibilisé à cela et sous quelle forme ?

Pas de piquûre de rappel depuis la première fois, cela a été présenté aussi sur le journal

local de l'hôpital mais pour les nouveaux arrivants effectivement ce serait intéressant de leur en parler.

Actuellement évoquez pour moi les aspects positifs et négatifs de la mise en place du projet dans votre pratique quotidienne ?

Au niveau de ma pratique je ne dirai pas fondamentalement, parce que bon on est sensibilisé aussi au phénomène de la iatrogénie, je pense que par rapport aux autres médecins des autres services de spécialité on a moins besoin d'aide.

On a plus le réflexe d'inclure les patients de regarder l'éligibilité et faire appel à l'équipe mobile pour vérifier et faire de la conciliation médicamenteuse.

Pouvez-vous développer cette idée sur l'inclusion des patients ?

Quelque fois c'est Mr HANOT qui nous signale avoir repérer tel patient susceptible de sortir et nous demande si on peut faire une conciliation, mais parfois la démarche vient de nous.

Evoquez pour moi les effets bénéfiques sur le devenir des patients ?

Euh je dirai bénéfiques mais pas dans tous les cas, si le médecin traitant suit les recommandations ça va mais quelques fois on a beau dire d'éviter l'administration à outrance des benzodiazépines ou autres ils veulent quand même les réintroduire malgré le travail fait ici.

Si vous deviez apporter des améliorations au projet, lesquelles proposeriez-vous ?

La mise en place se fait facilement, la conciliation. C'est vrai qu'on pourrait améliorer la sortie qui se fait parfois trop rapidement et on oublie parfois de prévenir en amont pour préparer la sortie tranquillement pour faire la conciliation.

J'aimerais avoir plus de retours sur les patients, ça pourrait être intéressant. On a aussi grâce aux pharmaciens de l'hôpital un complément d'information sur des traitements qui aurait pu être oublié à l'entrée et cela nous évite des erreurs de transcription de

traitement.

Parlez-moi de vos relations avec les médecins libéraux en général

On a peu de relations directes, cela se fait beaucoup par courrier encore. On n'a pas de communication orale avec eux. Finalement on les connaît peu. Pas de contact téléphonique avec eux, ils peuvent nous joindre mais on a plus de mal à les joindre eux avec les visites et les secrétaires qui nous bloquent c'est parfois difficile.

Ce projet a-t-il modifié vos relations avec la médecine de ville ? Aspect positif et négatif

Je n'ai pas trouvé de réels changements avec les médecins généralistes, aucun changement.

Quels types d'échanges entretenez-vous avec les médecins libéraux : ordo de sortie, appel etc ?

C'est courrier uniquement avec quelques appels mais ce n'est pas si fréquent, c'est courrier écrit uniquement.

Comment cela se passe en général pour la sortie des patients gériatrique au sein de votre service ? (joignable par le médecin libéral si besoin ou joignez-vous le médecin libéral)

On essaie dans la mesure du possible de la programmer un petit peu à l'avance pour la préparer, avertir la famille et remettre les aides en places s'il y en a.

On se renseigne aussi si c'est une conciliation pour prévenir le pharmacien de la sortie pour qu'elle vienne préparer l'ordonnance de sécurité et que le patient sorte avec son ordonnance de conciliation.

Les courriers sont majoritairement remis au patient à la sortie.

Parfois et pour des cas bien précis on peut être amené à communiquer avec le médecin traitants mais c'est très rare.

**ENTRETIEN 5**

La place de la population gériatrique étant en constante progression au sein des services hospitaliers, comment gérez-vous ce type de patient au sein de votre service ?

On fait, quand ils arrivent l'examen clinique puis après tu fais, tu t'intéresse à leur mode de vie, à leur milieu, s'ils sont aidés, s'il y a de la famille et quels sont leurs souhaits.

Quelle est la place de la conciliation médicamenteuse à l'entrée ?

On regarde un peu l'ordonnance évidemment mais il y a déjà eu un avis de pris très souvent, quand le patient vient pour chute il a déjà été vu quand même, tu vois qu'il y a des médicaments qui ont été arrêté, voila.

On regarde surtout, bon il y en a qui vont aller regarder d'avantage les neuroleptiques les trucs comme ça mais il ne faut pas oublier non plus je pense tous les cardio vasculaires. Ca franchement j'ai été confronté à deux trucs c'était dingue : le bétabloquant et le collyre, les neuroleptiques je n'aime pas trop toucher, ce n'est pas ma spécialité et franchement je ne prescris que ce que je maîtrise.

Je ne pense pas être très délétère quand je mets seresta, zopiclone ou un coup de theralene ou d'athymil tu vois, si j'ai besoin je demande franchement un avis, je ne suis pas perlinpinpin et voilà quoi.

Pourriez-vous me parler de la mise en place de ce projet au sein du CH de DENAIN?  
(succinctement si acteurs impliqués activement dans le projet = EMG)

Je pense que c'était au moment du départ de madame LEURS, il y a eu une redistribution des fonctions de certains, Mr XXX prendra son poste financé par le projet PAERPA, j'en ai entendu parler que comme ça la première fois et après je me suis dis qu'est ce que c'est que ce truc.

J'ai été jeté un œil sur HAS, la petite définition me suffisait c'est tout.

Et en termes de support ?

Je ne me souviens pas qu'on est été réuni pour ce genre de choses, ça tombe mal parce

que sur les deux ans ou cela à commencer en mai juin j'étais en arrêt de travail.

Je n'ai pas le souvenir qu'on nous est réuni pour spécifiquement nous parler de ça : sur les critères d'éligibilité tu vois tout ça. Je sais qu'un document a été distribué, une plaquette et moi je n'ai gardé que ça que j'ai affiché à mon mur pour voir qui était éligible au PAERPA et savoir qui contacter si éventuellement au départ ils n'étaient pas inclus ou je ne sais quoi.. Peut être qu'il n'y avait pas de retour au domicile et qu'il y avait un changement voilà.

Honnêtement je n'ai pas souvenir qu'on ait été réuni à plusieurs reprise pour nous expliquer je projet paerpa, ça a toujours été très ponctuel.

#### Et du coup quelles ont été vos sources ?

Je suis allé regarder plusieurs fois l'HAS, au départ je me suis demandé quelle était ce projet et on m'a répondu « nous Denain c'est la conciliation médicamenteuse », Je me suis dis oui c'est bien mais globalement ça apporte quoi le projet PAERPA. Et d'autant qu'on n'a pas le retour, c'est ça qui est assez frustrant parce qu'on a aucun retour sur les patients qui sont sortis ou du CSG ou SSR avec la constitution d'un dossier personnalisé.

#### Pourriez-vous approfondir votre vision sur le retour patient ?

Dans la mesure où on dit tu détectes, tu mets un projet en place tu le soumetts au médecin traitant qui s'il adhère c'est bien s'il veut modifier il modifie c'est lui qui va quand même assurer le suivi voir s'il y a des modifications à apporter, en fait je ne sais pas comment, pourquoi pas se réunir avec les médecins un soir dans le cadre d'une FMC, comment eux ils ont pris le projet, peut être en pleine figure aussi hein eux. On leur pas demander leur avis.

Comment ils ont vécu ça, comment ils le vivent maintenant, comment ils se débrouillent

avec tout ça parce que le réseau ils en ont déjà. Ils travaillent déjà en réseau, ils ont déjà leur infirmier pour eux c'est facile. Est-ce qu'ils tiennent un dossier pour le patient, est ce que quand chacun passe il laisse un mot comme l'HAD. Je ne sais même pas comment ça marche à l'extérieur.

Ca peut être intéressant de savoir comment ça fonctionne à l'extérieur c'est pour ça moi je trouve que ça commence toujours à l'hôpital et ça part en ville mais il se peut très bien que dans mon raisonnement certes utopique ce soit l'inverse mais comme on n'a pas de remonter de la ville je ne sais pas franchement je ne sais pas mais ce serait peut être intéressant de savoir ce qu'ils en ont pensé.

Moi dans le quartier ou dans l'arrondissement je n sais pas combien de médecin ont adhéré au projet. Alors après tu dis tant qu'ils sont payé ils vont en faire et quand ils ne seront plus payer ils n'en feront plus. Est-ce que ça leur apporte quelque chose, avoir une sorte de rapport d'activité annuel ? On pourrait le présenter aux professionnels de santé, mais on ne nous demande pas notre avis.

Ce serait bien que l'EMG nous renvoi un peu les échos de la ville.

Actuellement évoquez pour moi les aspects positifs et négatifs de la mise en place du projet dans votre pratique quotidienne ? (Sur les deux dernières années)

Comme nous notre secteur d'action c'est la iatrogénicité je ne sais pas s'ils reviennent pour des faits iatrogène d'une thérapeutique je ne sais pas.

Quand ils chutent ils chutent et ils chuteront et ils reviendront tout le temps.

Mais il peut y avoir une part de iatrogénie à la chute

Si cela a été étudié il ne devrait normalement pas en avoir. Dans ce type d'étude sur la iatrogénicité le motif d'hospitalisation n'est pas très clair dans ce cas la.

Nous quant on, enfin c'est l'avantage de faire du SSR c'est que tu as une longue histoire à dérouler et à rechercher et tu ne vois pas que c'est forcément la iatrogénicité qui fait

ça, c'est plutôt la non observance de médicaments à domicile. Une fois que tu as vu le problème ici avant de sortir et que tu as nettoyé c'est peut être que les prises de médicaments ne sont pas faites et qui fait dans ce cas là revenir le patient aux urgences.

Mais est-ce que le projet PAERPA a permis de changer vos pratiques ?

On est peut-être un petit peu plus attentif sur la liste des médicaments quand les patients sont transférés de service à service.

Quels sont les aspects négatifs dans votre pratique quotidienne ?

Alors ce n'est pas forcément un aspect négatif mais par exemple tu fais une prescription ou tu reprends la prescription faite sur le service précédent tu te dis ma foi c'est une ACFA, l'AVK a quand même lieu d'exister et tu reviens le lendemain et vois « bénéfices risque nanana » suppression de l'AVK. Je suis frustré parce qu'on aurait pu en discuter, chacun a ses arguments et on aurait pu échanger, discuter.

Je dois dire que c'est des points négatifs parce que je me sens un peu frustrer, par la modification de la thérapeutique tu te dis je ne suis pas contre mais il aurait pu m'en parler avant quoi.

Je ne vais pas en parler d'avantage mais je trouve ça dommage.

Et comment améliorer cela du coup ?

Mais ça n'est pas à moi de proposer une solution, franchement hein. Celui qui est en charge de ce projet, va dans les services, rentre dans le dossier de ton patient je pense qu'on pourra en discuter ensemble, et quand tu demandes aux spécialistes certains ne vont pas dans son sens, ce serait mieux que ce soit plus collégial.

Ce n'est pas une critique négative c'est juste un point à améliorer.

Si vous deviez apporter des améliorations au projet, lesquelles proposeriez-vous ?

Comme ça je suis incapable de dire parce que je ne sais pas ce qu'il ne fonctionne pas.

Si je me rapporte à moi PH, oui la collégialité dans le choix des traitements, oui avoir un



retour sur leur activité, mais au-delà de ça voir aussi comment les patients appréhendent le projet au domicile, est ce qu'ils adhèrent pleinement à ça ? Comment ça se passe à la maison.

Il y a peu de personnes âgées qui laissent entrer des personnes dites étrangères au domicile, mais la santé est primordiale pour eux et tous les professionnels de santé auront accès au domicile. Mais est ce qu'ils se sentent agressés ou soutenus, mais honnêtement je ne sais pas. J'espère que c'est un projet qui tiendra parce que finalement c'est bien de pouvoir ne serait-ce que déjà se dire les prises médicamenteuses à domicile c'est très problématique. Si déjà ça peut permettre une bonne observance moi je trouve que ça a peut être lieu de perdurer.

Qu'il y est déjà un regard sur la poly médication ou les effets iatrogènes c'est bien.

C'est vrai que la ils ont formalisé ce que tu faisais déjà avant finalement.

#### Parlez-moi de vos relations avec les médecins libéraux en général

Moi je n'ai rien à leur demander, quand j'ai besoin d'un document d'un truc je les contacte mais ça ne va pas au delà de ça.

Ceux que je connais un peu avec qui j'ai l'occasion de travailler dans les autres services ok.

Quand ils ont besoin de quelque chose ils appellent mais autrement, par contre nous on les appelle lors de la sortie des patients, pour leur dire de passer au domicile pour l'ordonnance des choses comme ça.

On pas vraiment de rapport.

#### Ce projet a-t-il modifié vos relations avec la médecine de ville ?

Je ne pense pas qu'on soit le meilleur service pour te répondre, parce que quand ils arrivent ici le rapport qu'on a avec le médecin traitant c'est lui surtout. Mais autrement il m'est arrivé une ou deux fois de dire aux médecins traitant de ne pas remodifier un

médicament ou de laisser tel médicament comme instaurer à l'hôpital.

Ils ont déjà les courriers des services de court séjour donc s'il y a quelque chose qui les perturbent l'information a déjà été prise. Nous c'est plus l'organisation du retour dans les meilleures conditions en s'assurant qu'il y aura une bonne prise de la thérapeutique pour les gens qui ont des AVK ou autres. En plus des aides humaines.

Ne serait-ce que pour le paerpa tout est fait.

Et si on souhaitait vous impliquer plus dans la sortie notamment dans la communication avec les pharmaciens de ville ou médecins traitants vous seriez intéressés ?

Ca leur ferait beaucoup de correspondants, qu'il y en qu'un seul et que ce soit celui qui est en charge au sein de l'hôpital c'est très bien. Par contre avec celui qui travail en ville pourquoi pas.

Quels types d'échanges entretenez-vous avec les médecins libéraux : ordo de sortie, appel etc ?

Le courrier et le téléphone si on a besoin de plusieurs information mais ce n'est pas du systématique.

Les gens qui arrivent sans famille etc je ne pense pas que ce soit en sortant de chirurgie qu'il y est un projet de vie, la c'est a nous à reprendre l'ensemble et la tu es obligés de travailler avec médecin traitant. On contacte AS ou la personne de confiance, ça devient médico-social.

Comment cela se passe en général pour la sortie des patients gériatrique au sein de votre service ?

Généralement avec la famille, je les préviens toujours 4j à une semaine avant pour que personne ne soit surpris. Savoir comment se fait le retour au domicile, si quelqu'un sera présent à son retour, s'organiser pour les aides humaines etc.

On prévient le médecin traitant en lui donnant la date de sortie et s'il peut passer dans

l'après-midi.

On dépanne aussi pour qu'il n'y est pas de rupture de soin, s'il faut dépanner un traitement pour le soir ou autre.

On travaille beaucoup avec l'AS, pour remettre des aides déjà en place, pour majorer les aides chez des patients ayant perdu de leur autonomie.

## **ENTRETIEN N°6**

La place de la population gériatrique étant en constante progression au sein des services hospitaliers, comment gérez-vous ce type de patient au sein de votre service ?

Dans un premier temps tu regardes le motif d'hospitalisation, après c'est un examen clinique et après c'est les problèmes de modes de vie, savoir comment elle vit, les antécédents médicaux chirurgicaux avec les traitements.

Et dans les traitements tu fais quelque chose de particulier ?

Pas spécialement, je recopie les traitements qui sont sur le DX CARE et si je ne comprends pas j'essaie d'aller sur les ordonnances du médecin ou demander directement à la personne voir avec les médicaments et les boites parce que souvent ils sont accompagnés avec les boites.

Quelle est la place de la révision médicamenteuse à l'entrée ?

C'est dans notre pratique quotidienne ça, déjà tu élimines, déjà les médicaments de la ville, les prescriptions antérieures je les respecte. Je ne vais pas dire on va remettre ça à la sortie si c'est quelque chose de flagrant. Comme par exemple on peut avoir des médicaments que nous avons l'habitude de donner à des posologies moins importante moi je diminue. Tu examines les malades ils n'ont pas mal ou ils ont des problèmes d'anémie, d'insuffisance rénale la tu te dis ce n'est pas la peine de donner autant de comprimés de tardyferon par exemple, la tu diminues.

Après bon il y a certains médicaments si je veux arrêter parce qu'on ne les utilise pas

comme Atarax ou d'autres et bien j'explique au patient quand il entre dans le service on va essayer de les arrêter car on ne donne plus ça, il y a des effets indésirables et éventuellement si ils besoin on va remettre quelque chose mais en fonction de l'hospitalisation quoi.

Après bon moi en principe je prescris tous les médicaments enfin les médicaments prescrits par le médecin traitant à l'entrée sauf s'il y a vraiment quelque chose. Les gens prennent ça depuis des années tu ne peux pas non plus tout révolutionner.

Pourriez-vous me parler de la mise en place de ce projet au sein du CH de DENAIN?

C'est l'équipe mobile gériatrique qui est venue nous présenter le projet, après c'est un travail avec lui, avec l'infirmière, et en fait c'est vrai que nous on a été mis au courant de ce projet mais les gens ils sont d'emblée filtrés à l'entrée de l'hôpital donc quand ils arrivent chez nous il y a déjà les traitements qui ont été épurés.

Comment vous l'a-t-on présenté ce projet la ?

C'était la réunion avec les diapositives mais c'était il y a longtemps, mais ils l'ont bien présenté. Et je ne sais plus si nous avons eu une plaquette en tout cas.

Et depuis cette présentation initiale quels ont été les rappels au sujet du PAERPA ?

Aucun, au début mais maintenant rien.

Comment vous décrieriez votre coordination avec EMG ?

Je trouve que c'est correct. Bon les patients qui arrivent ici au départ on les a déjà signalé, parce que c'est vrai que sortir quelqu'un avec beaucoup de médicaments c'est très difficile et il faut comprendre aussi que la personne âgées elle tient à ses médicaments.

Ici, une fois je me souviens très bien je proposais un changement de traitement je ne sais plus c'était un problème de ionogramme, j'ai proposé au médecin en justifiant et qu'à la place on avait mis autre chose en justifiant et la personne rentre en EHPAD et le

médecin traitant qui va la voir barre tout et revient sur son traitement. Il t'écoute pas, il ne lise pas, beaucoup de médecins anciens n'accepte pas le changement, ils vont revenir sur leurs habitudes. Je pense que cette coordination est importante, c'est vrai que j'apprécie ce projet parce ces gens la ils sont ciblés dès l'entrée dans l'hôpital, aux urgences ils sont repérés et voir qui va rentrer dans le projet et c'est vrai que nous on ne dépiste pas en fait c'est automatique.

Ils savent ou il faut intervenir avec un patient et je trouve ça intéressant parce que change, arrêter quelque chose et remplacer par un autre c'est très difficile quoi. Avoir le médecin, le pharmacien, l'infirmière qui sont dans le même objectif c'est important pour diminuer le traitement et la iatrogénie. Je trouve ça très bien.

Quels sont vos retours par rapport au projet ?

Aucun, ne sait pas si ça continue au domicile. On travail en collaboration mais il faut dire qu'à l'hôpital ces gens la sont déjà détectés à l'entrée, après s'il y a un problème de prescription on travail avec eux sans problème quoi ils peuvent nous appeler. Ces gens la ils sont déjà suivi dans un service de court séjour quoi, après chez nous quand ils arrivent normalement les traitements sont déjà modifiés et des propositions sont déjà faite.

Actuellement évoquez pour moi les aspects positifs et négatifs de la mise en place du projet dans votre pratique quotidienne ?

Positifs oui, quand par exemple un traitement ne me convient pas nous on ne peut pas appeler les pharmaciens quand c'est des problèmes médicaux de spécialité tu prends ton téléphone et tu les appelles. Mais ici tu peux toujours discuter avec la pharmacienne, bon si on a un problème elle est la pour aider quoi.

Pour les patients je trouve que c'est un projet qui peut être franchement positif, il y a beaucoup de monde autour de lui qui adhère.

Je pense que le travail qui doit se faire ce n'est pas... l'hôpital on est quand même plus sensibiliser je pense au niveau de la iatrogénie, encore plus dans les services de gériatrie ou on fait vraiment attention à ça quoi.

C'est vrai qu'on réadapte le traitement, on voit que ça ça ne marche pas, euh on change quand même, on est souvent sur les recommandations pour les effets indésirables, pour voir si on peut donner ça ou ça. Je pense qu'on fait plus attention au traitement quoi.

Je pense que vous les jeunes vous êtes sensibles mais beaucoup d'anciens médecins ne le sont pas, c'est comme ça. Il faut comprendre aussi que les médecins généralistes ont le métier le plus dur quoi. Ils doivent gérer l'ensemble mais ça peut arriver qu'il ne maîtrise pas tout dans les interactions et de temps en temps quand tu es domicile du patient et qu'il te réclame son médicament qu'il a depuis 25 ans c'est très dur. Tu peux dire ici j'arrête et je surveille ou j'en mets un autre le médecin de ville il ne peut pas dire ça c'est impossible. Il ne peut pas revenir donc je pense que ça peut être quelque chose de très intéressant s'ils font confiance.

Quand tu vois des gens arrivés avec des listes de 30 comprimés ne faut pas s'étonner qu'il ne mange rien après. Je pense que des patients sont très difficile et en ville tu as du mal à les sevrer c'est une relation totalement différente de la notre parce que le médecin traitant quand il arrive il doit satisfaire son patient ce qui n'est pas le cas en milieu hospitalier.

Moi je peux donner un médicament et observer, avec une équipe qui dit il a mal ou pas et faire des évaluations, des échelles et pareil pour le sommeil. Pour les patients qui ne dorment pas, si on met quelque chose pour la nuit le médecin de ville devrait faire plus attention à ça, parce que nous ici enfin je veux dire à l'hôpital en général on les observe.

C'est parce que de temps en temps tu entends aussi bah il est tombé parce que vous avez donné quelque chose quoi. Tu te dis mais il n'est pas resté pendant un mois, on

parle facilement il faut faire attention à ce qu'on dit. Pour nous c'est l'hôpital, c'est vrai ils ne dorment pas, peut être qu'il est tombé parce qu'il ne dormait pas non plus. Je pense que pour les médecins traitants il faut qu'ils comprennent un petit peu, ce n'est pas une ingérence, ils ne veulent pas qu'on regarde dans leur pratique non ? Je pense que c'est difficile, quand on est dans le service à trois on discute toujours, si on a des doutes on va voir les collègues, le médecin traitant il est tout seul, il fait ce qu'il peut et comme il le sent avec son expérience.

Il ne va pas repasser le lendemain pour vérifier si ça a marché ou pas.

Alors pour moi c'est quelque chose qui doit poursuivre mais avec plus d'acceptation du médecin, comme j'ai dit on a l'impression qu'il pense qu'on surveille ce qu'ils font mais non c'est pas comme cela.

Comment vous décririez votre coordination avec EMG ?

Pratiquement tu sais c'est eux qui viennent, avant on appelait maintenant c'est eux qui viennent s'il y a un problème, maintenant sincèrement euhh je pense que les traitements ils les regardent nous aussi après on a quand même le recueil médical, ils doivent quand même surveiller ce qu'on fait aussi tu vois. Je pense que c'est suffisant parce qu'il n'y a même à poser de questions, quand les patients sortent c'est une ordonnance qui est déjà signée avec les traitements qui conviennent.

Et comment est ce qu'ils vous consultent pour la modification de traitement ?

On en discute, sincèrement je les vois pas souvent et je pense que si je ne les vois pas c'est qu'ils ne changent pas.

Si vous deviez apporter des améliorations au projet, lesquelles proposeriez-vous ?

Ecoute euh, moi ça me convient comme ça, moi je pense qu'avec DX CARE, Mr HANO voit à l'entrée après faut voir comment il fonctionne quoi mais il voit les entrées des urgences, il voit les traitements, et il dépiste déjà un problème et s'il y en a un il vient

nous voir.

Observez-vous une amélioration quant au suivi de vos patients ?

Ecoute je n'ai pas constaté mais je pense qu'il faut peut être voir, sincèrement même moi je ne sais pas quel patient rentre parce que ce n'est pas tous les patients et après je ne regarde franchement pas je n'ai pas suivi et je ne vais pas donner mon opinions.

Pensez-vous être intéressé si on vous communique des résultats sur le devenir de vos patients ?

Je pense que ce serait intéressant de faire un point et de présenter aux gens à l'hôpital je pense que ça peut être intéressant. C'est vrai que quelque part ce suivi c'est à eux de le faire et de le présenter quoi.

Si ya un changement de pratique si à la sortie on respecte je ne sais pas il devrait peut être avoir je ne sais pas une ordonnance de pharmacie envoyée pour savoir si c'est toujours le même traitement.

C'est eux ça parce que certains malades reviennent tous les deux mois et d'autres pas de suite donc je ne peux pas te dire. C'est une amélioration possible.

Parlez-moi de vos relations avec les médecins libéraux en général

On ne peut pas vraiment parler de relation, il t'appelle quand ils sont besoin de toi et si on a un problème je pense que le médecin de ville ou le spécialiste ou d'autres plutôt correct si tu prends un téléphone et que tu discute avec. Il n'y pas de problème.

Tu vois il y a plus aussi maintenant, enfin ils appellent plus facilement quand ils ont besoin mais bon ils appellent quand il faut placer quelqu'un quoi.

C'est comme ça quoi.

Ce projet a-t-il modifié vos relations avec la médecine de ville ?

Pas personnellement non. Jamais il n'y a d'appels de médecin ou quelque chose comme ça.



Il faudrait d'ici à la sortie voir avec la pharmacie ce qu'on peut faire pour pister un petit quoi. Avoir un retour d'une ordonnance à 6 mois, 12 mois et voir si l'ordonnance de sortie est toujours la même à 6 mois, je pense que c'est un moyen de voir si le médecin à adhérer quoi.

Après je sais pas comment ça se passe entre eux quoi parce que franchement c'est plus la communication avec le médecin qui pour nous n'a rien changé.

Quels types d'échanges entretenez-vous avec les médecins libéraux : ordo de sortie, appel etc ?

Téléphone c'est tout et courrier de sortie c'est tout, rien d'autre.

Comment cela se passe en général pour la sortie des patients gériatrique au sein de votre service ?

Le retour du patient tu vois avec les patients, avec la famille, nécessité d'aides tu vois avec l'assistante sociale et puis c'est tout.

C'est exceptionnel d'appeler le médecin traitant pour des circonstances bien particulières, si c'est un retour difficile, avec des doutes de prise en charge à la maison qu'il faut confirmer. C'est surtout sur le retour à domicile ou demander comment ça se passe, c'est par rapport à ça.

Comment s'effectue la sortie du patient avec l'EMG ?

J'ai l'impression qu'ils sont impliqués dans le traitement est les ordonnances mais rien d'autres quoi.

Il n'y pas de communication avec vous pour la sortie ?

Je pense même que les ordonnances c'est même plus nous, avant on signait. C'est le sentiment de ne pas être impliqué, de ne pas savoir quel patient rentre dans ce cadre. Des fois tu vois sur DX care mais ce n'est pas trop clair, en tout cas s'ils font une ordonnance c'est avec ma prescription sur DXCARE, il la sorte de la mais bon ce n'est

pas moi qui signe sauf s'il n'est pas là.

## **ENTRETIEN N°7**

La place de la population gériatrique étant en constante progression au sein des services hospitaliers, comment gérez-vous ce type de patient au sein de votre service ?

Déjà on regarde un peu le motif d'entrée, on regarde les antécédents, on examine le patient, euhhhh on l'interroge un petit peu sur les traitements qui nous paraissent un petit peu pas adapté ou bizarre, on revoit un petit peu aussi quand est ce qu'il le prend si c'est le matin, moi j'aime bien remettre un petit peu comme il prenait avant, voilà.

Les antécédents, le traitement, le mode de vie s'ils ont des aides à domicile, l'examen clinique, leur mode de vie aussi leur déplacements, s'ils avaient des pansements, s'ils avaient des aides au domicile.

Lors de l'arrivée il y a l'examen clinique mais il y a aussi la douleur, il y a aussi l'impotence fonctionnelle engendrée par la perte d'autonomie due à l'hospitalisation. Ensuite on remet le traitement, on remet en place la kinésithérapie, si besoin l'ergo, si besoin la psychomot, on les voit en général minimum 2 fois par semaine plus si besoin. On regarde aussi l'évolution par rapport à la marche, par rapport à l'autonomie, par rapport au syndrome inflammatoire si c'était une infection, par rapport à la respiration si c'était une pneumopathie et après on revoit en général on sait dès le départ s'il faudra une majoration des aides ou pas dans ce cas on demande un bilan social si par contre ils ont déjà des aides complètes ou si l'autonomie était déjà un peu déficitaire que c'est semblable à aujourd'hui voilà.

Mais sinon on fait aussi appel très vite à l'assistante sociale quand on en a besoin.

Une fois la personne âgée dans le service, quelle est la place de la révision médicamenteuse à l'entrée ?

Souvent on en parle avec le patient, quand on l'examine on lui pose des questions sur le

traitement, ensuite on lui dit que ce n'est pas adapté pour elle ou dangereux en cette période et on lui dit qu'il serait bien qu'elle change de médicament ou qu'elle arrête celui qu'elle prend.

En général c'est bien vécu, en général ça passe très bien, en général c'est surtout des traitements qui n'ont pas prouvé leur efficacité, ou alors des médicaments contre indiqués notamment quand ils sont anti cholinergique avec des troubles cognitifs ou avec des patients qui font des RAU ou le fameux lexiomil donc ça on essaye de substituer par un autre médicament mais de manière progressive.

En général j'ai rarement eu des refus quand on expliquait au patient pourquoi on aimerait changer le traitement, c'est rare franchement c'est rare.

Pourriez-vous me parler de la mise en place de ce projet au sein du CH de DENAIN?

J'ai pas de mémoire moi, ça a été mis en place via MR H, plus madame la pharmacienne tu vois qui c'est et qui est sympa, au début ça a été mis en place par eux, pour alors moi ce que j'ai vu parce qu'au début ils nous ont expliqué c'était un petit peu une conciliation médicamenteuse pour faire un relais entre l'hôpital et la ville c'est un petit peu ce que j'ai compris, voir le suivi avec un projet de soin médicamenteux entre les praticiens de l'hôpital et les praticiens de ville.

Comment vous l'a-t-on présenté ce projet ? Par quel support ?

Je ne m'en rappelle plus, qu'on dit les autres ??

Je pense qu'on a du avoir un diapo, ça me dit quelque chose..

Et depuis la première fois, vous l'a-t-on représenté à nouveau ?

Je ne crois pas non mais Mr H nous renvoie des mails avec statistiques, quand ils font des présentations à l'ARS ou des choses comme ça ils nous renvoient des statistiques ça oui on les reçoit.

Comment tu décrirais ta coordination avec l'EMG ?

Bah, je vois ce qu'ils mettent dans l'ordi et c'est tout, honnêtement il n'y en a pas.

Ils ne sont jamais venus nous voir.

Et du coup cela se passe comment concrètement ?

Parce qu'on le voit, ils mettent des notes.

La je l'ai récemment pour une patiente, je l'ai vu ce matin pour Mme M une de mes patientes, j'ai vu qu'il y a avait eu dans les transmissions parce qu'on lit toutes les trans, j'ai que dans les trans ils ont marqué qu'il y avait eu une conciliation médicamenteuse c'est tout après on sait ce que c'est.

Mais euh voilà.

Nous ne sommes jamais consulté. Je l'ai peut être été une fois au début et c'était du temps de la pharmacienne qui était venue nous voir, alors je les vois passer je dis « AH » et repartir.

Avant on signait des trucs ça je me souviens, maintenant on signe plus rien.

Avant c'est vrai maintenant que tu me le dis avant on signait des trucs à la sortie, et maintenant je ne signe plus rien.

Il n'y a absolument plus de communication ?

Bah ils ne viennent pas nous voir, après je suppose qu'ils lisent nos trans mais j'en sais rien.

Actuellement évoquez pour moi les aspects positifs et négatifs de la mise en place du projet dans votre pratique quotidienne ?

Non, aucune.

En tant que gériatre je pense que tu es pareil on fait déjà une toilette de l'ordonnance, comme la regarde j'ai une entrée de chir, c'est une dame qui est sous kardegic, vu les antécédents je comprend pas pourquoi elle a du KARDEGIC et après elle m'a sortie un dossier parce qu'elle a son dossier à l'entrée, elle a juste une tachycardie sinusale

ancienne donc ça ne justifie pas mais en regardant dans ses papiers elle aurait fait une amaurose au niveau de l'œil gauche, les carotides étaient saine mais elle m'a dit que son médecin l'avait quand même envoyé chez le cardio parce qu'elle avait fait un truc et c'est lui qui l'a mis sous KARDEGIC.

Tu vois tu retrouves l'histoire sinon du préventif t'évites d'en mettre comme ça surtout qu'elle a un bel hématome au niveau de sa cuisse sur sa fracture mais ... voilà en général on le fait de nous même, tout traitement doit avoir une raison et en général on essaie de traquer ce qui est inutile quoi.

Franchement je le fais tout le temps, avant PAERPA et mes collègues le faisaient aussi.

On a toujours fait ça donc eux..

Comme vous faites de la consultation mémoire et que vous revoyez régulièrement les patients qui ont été inclus, observez-vous une amélioration quant au suivi de vos patients ?

Je sais plus qui est sous PAERPA tu sais.

Et par rapport à ceux inclus dans le service ?

En fait je n'en sais rien, franchement on ne sait pas du tout.

C'est vrai que regarde jeudi j'ai vu un patient en consultation mémoire, il était pas sous PAERPA, mais pendant son hospit qui date de début d'année 2016 j'avais mis en route du REMINIL, pour démence mixte et comme il avait une insuffisance rénale je voulais pas le mettre à dose 24 je me suis arrêté à 16 mais comme pour ce monsieur on a mis du temps sur le plan social pour régler les problèmes et trouver l'EHPAD, ce monsieur il a eu son reminil chez moi bien supporté on a ajusté la dose niquel.

Je devais le revoir en fin d'année pour son suivi il n'est pas venu, je l'ai reconvoqué donc finalement je l'ai vu jeudi bah il n'a pas de reminil depuis 1 an, pourquoi j'en sais rien, donc j'ai essayé de lire les trans parce que c'est l'ehpad BARBUS donc j'ai regardé, j'ai

rien retrouvé dans les trans, il a disparu on sait pas pourquoi.

Et ce monsieur alors qu'il l'avait pris chez nous et bien supporté alors que ça peut donner des petits troubles digestifs tout ça mais euhh. En plus ce monsieur a un pacemaker donc même si c'est bradycardisant il n'y a pas de risque.

Ca a été arrêté sans que j'en ai aucune notion mais c'est tout je l'ai repris et voilà.

Et comment sont abordés avec vous les résultats ?

On nous présente rien, on nous envoie des mails c'est tout.

Si vous deviez apporter des améliorations au projet, lesquelles proposeriez-vous ?

Euhh alors c'est surtout nous dire ce qu'il se passe au domicile parce que c'est ça qui m'intéresse, ce qui se passe à l'hôpital je le sais de toute façon on le fait donc voilà, les améliorations c'est déjà euhh qu'on nous donne un peu ce qu'il se passe réellement au domicile, c'est ça qui m'intéresse par rapport au dossier du patient tout ça au domicile.

Ca j'aimerais bien savoir vraiment le retour de ce qui a été fait.

Comment vous souhaiteriez qu'on vous le présente ?

Je ne sais pas, je voudrais plus qu'on nous dise par exemple « vous avez eu dans le SSR autant de patients qui ont fait parti du projet PAERPA, 90% des médecins traitants ont accepté le suivi sur un an ou deux » et voir un petit peu, justement nous dire à quoi ça sert après au domicile.

On fait des statistiques de patients pris en charge, maintenant j'aimerais bien savoir un petit peu les statistiques du retour au domicile, comment ça se passe.

Ici je veux dire ce n'est pas gênant on sait ce qu'on fait mais en même temps c'est un peu rigolo puisque quand tu vois des patients arrivés de médecine A dans le courrier t'as plus de XARELTO t'as plus rien tu sais pas pourquoi, donc t'appel et c'est à bah j'ai oublié de le mettre.

Heureusement qu'on vérifie tout.

Souvent tu reprends un courrier de court séjour, ou du SSR ou autres et tu te dis mais pourquoi elle a plus de Kardégic ? Le patient te dit bah oui avant de rentrer à l'hôpital je l'avais. Bon s'il a des troubles cognitifs tu demandes une ordonnance soit par la pharmacie soit par la famille et tu retrouves qu'il avait bien du kardegic jusqu'à son entrée, il arrive en cardio et il repart sans son kardegic, finalement tu finis par l'appeler il y a peut être une raison que moi je ne sais pas et il te dit « ah bah non ».

#### Parlez-moi de vos relations avec les médecins libéraux en général

Euhhh, déjà je me demande s'ils lisent vraiment nos courriers, j'ai un gros doute.

Les traitements qui ne sont pas reconduits je t'ai sortis l'exemple, ils nous appellent quand ils ont besoin de nous, il n'y a pas de soucis et en plus ils m'appellent souvent moi au lieu d'appeler le court séjour gériatrique. Donc je transmets à Fabienne ou Wahiba et je transmets le numéro du médecin à rappeler.

Quand ils ont besoin il n'y a pas de soucis ils savent nous trouver, par contre nous quand on leur demande des choses c'est rarement fait.

Moi par exemple, j'ai une patiente qui était sous anti épileptiques, je ne savais pas si elle était épileptiques ou si c'était donné pour des douleurs ou des choses comme ça. J'ai donc mis en surgras dans ma lettre j'aimerais savoir pourquoi madame prend ça et si c'est donné à visée anti douleur ou épileptiques. Rien.

Et le patient es dément donc voilà et la famille qui l'accompagnait était incapable de nous dire.

C'est vrai qu'il suffit juste qu'au prochain courrier il me fasse une petit note quoi.

Non ils ne font pas.

Quand je revoir mes patients en consultation 6 à 8 mois après, en suivi j'ai sur 10 patients un courrier et encore je suis gentil.

En EHPAD j'ai de la chance, il me donne au moins le traitement donc euhhh mais sinon ils les envoient sans courrier.

Alors peut être que c'est une spécificité de la mémoire et qu'il considère que bon mais c'est vrai que je n'ai pas beaucoup de courriers. Et même des fois des premières consultations, les patients sont passées par le médecin traitant qui leur a quand même expliqué comment faire, vous appelez à l'hôpital vous demandez une première consultation.

(On frappe à la porte)

C'est des premières consultations qui demandent à avoir rendez-vous la famille prend rendez vous et le patient vient sans courrier alors qu'ils sont passés par le médecin traitant c'est un peu hard quoi, je n'ai pas les antécédents, pas le traitement en cours. Heureusement souvent la famille me ramène des trucs mais...

C'est une heure de consultation quand même parce que tu reprends les antécédents le traitement en cours le mode de vie, antécédent familiaux mémoire, la scolarité, l'examen clinique, les symptômes depuis quand, quels types de symptômes, fluctuants ou pas, après tu pars sur le versant cognitifs tu fais ton MMS, ton horloge et moi ce que j'aime bien faire de base c'est MMS ou MOKA selon niveau tu fais ton horloge et le test IZAAC au niveau langage.

C'est 3 la j'aime bien les faire à la première et seulement après tu diriges ou pas, IRM neuropsychy et bilan bio et je t'assure que ton heure tu t'ennuis pas.

Ce projet a-t-il modifié vos relations avec la médecine de ville ?

Ah non, rien du tout. Ca change rien du tout, moi j'ai les médecins traitants au téléphone qui m'appelle seulement pour hospitaliser un patient c'est tout. C'est le seul moment où ils nous appellent.

Quels types d'échanges entretenez-vous avec les médecins libéraux : ordo de sortie,



appel etc ?

C'est monsieur à des troubles cognitifs la famille ne s'en sort plus qu'est ce que je peux faire. En gros c'est ça. C'est des demandes d'hospit, déjà il m'appelle c'est trop tard. Tu vois ce monsieur la si on le connaît pas il aurait déjà du être orienté depuis deux ans en consultation de la mémoire, je ne dis pas ça aurait empêché le trouble du comportement mais on aurait déjà eu un diagnostic. On aurait déjà mis des mesures sociales en place au domicile.

Et du coup en termes de support de communication ?

Bah le papier quand il ya des courriers de sortie ou quand ils viennent me revoir ils peuvent me refaire un petit courrier surtout quand je pose des questions.

C'est pour ça que je me demande si vraiment ils les lisent.

Comme la je viens de voir un monsieur, justement le monsieur sans reminiil depuis un an, le monsieur il voit plus il est comme ça. Et donc je me dis ce monsieur il voyait bien avant, et en effet depuis les aides soignantes mettent « monsieur ne voit pas, cherche son verre, tapote sur la table etc » et la j'ai demandé à ce qu'il l'envoie chez l'ophtalmo mais je ne prends pas moi-même le rendez vous, une fois j'ai eu un problème à EHPAD arc en ciel par un médecin. C'était pour du previscan, il fallait changer de dose et c'était un samedi et normalement on n'est pas censé faire l'astreinte mais les filles m'ont appelé parce qu'on avait un previscan qui n'était pas bon et il n'arrivait pas à joindre le médecin traitant donc je l'ai fais et j'ai prescrit et le médecin traitant voulait porter plainte contre moi auprès du conseil de l'ordre parce que je m'étais imité dans son traitement. Tu vois le truc quand même.

Donc depuis je fais des courriers et je mets tout ce qui faut faire mais s'ils ne le font pas je ne prendrai pas d'initiatives.

Comment cela se passe en général pour la sortie des patients gériatrique au sein de

vosre service ?

Quand je fais sortir un patient souvent la famille a déjà prévenu le médecin qui doit sortir l'après midi. Si le médecin ne peut pas passer, rapidement on fait une ordonnance pour une semaine 5 jours le temps qu'il puisse passer.

Et l'EMG est impliquée comment dans la sortir si c'est un patient PAERPA ?

Je n'ai pas le temps de m'en occuper, ils viennent ne pas nous voir mais je sais qu'ils viennent puisqu'ils vérifient la sortie de nos patients.

Et donc de ce coté la ils savent, ils reviennent mais ils reviennent plus me voir. Avant oui parce que je signalais des choses mais plus maintenant.

## **ENTRETIEN N°8**

La place de la population gériatrique étant en constante progression au sein des services hospitaliers, comment gérez-vous ce type de patient au sein de votre service ?

Je ne suis même pas sur de comprendre la question...

C'est une vaste question,...

En gros, la question est centrée sur le sujet âgé..

C'est bien ça, disons que je suis plus attentif, ce qui me vient à l'esprit par exemple c'est tout ce qui est confusion du sujet âgé, qui a une spécificité, on sait bien que le syndrome inflammatoire peut décompenser, le fécalome donc la rétention urinaire, ainsi de suite c'est tout un tas de question que je ne poserai pas chez le jeune donc je pense qu'en soit c'est déjà une manière d'aborder les choses.

Maintenant euhh je ne déclare pas de compétence particulière en gériatrie et donc bon je pense que j'ai entre guillemet on est un peu sensibilisé parce que c'est vrai que les moyennes d'âge augmentent et puis euh quand j'ai un doute j'en discute avec les collègues, j'arrête. Voilà.

Quand vous recevez un patient gériatrique, comment prenez vous en compte le risque

### iatrogène ? Quelle est la place de la révision médicamenteuse ?

Alors la réponse je dirai que c'est oui même si c'est pas formaliser par écrit, c'est-à-dire qu'à titre personnel j'ai bien retenu qu'à partir de trois médicaments on sait plus ce que ça fait entre eux, et moi j'essaie vraiment d'alléger au maximum et j'essaie de ne garder que le strict essentiel et des fois c'est pas facile parce que faut expliquer aux gens pourquoi ils n'ont pas le médicament habituel, il y en a qui sont extrêmement attachés à avoir ce médicament et je leur dit justement qu'on est à l'hôpital c'est le moment d'essayer de voir s'ils en ont réellement besoin donc voilà.

### Du coup vous prenez vraiment en compte le risque iatrogène ?

La réponse est carrément oui.

En plus euhhh alors je sais bien que l'outil n'est pas juste pour le sujet âgé on a outil avec DXCARE intégré avec les interactions médicamenteuses déjà, que ce soit le sujet âgé ou pas cet outil la je le trouve formidable parce qu'en plus j'apprends des trucs régulièrement.

Et puis ensuite, la Dr H nous envoie de temps en temps par mail des éléments de réflexion, sur justement la iatrogénicité du sujet âgé et j'avoue qu'à chaque fois je trouve que c'est une lecture passionnante.

### Pourriez-vous me parler de la mise en place de ce projet au sein du CH de DENAIN?

Donc moi je l'ai pas vécu j'ai pas vu la mise en place, je suis revenu fonctionner à DENAIN c'était mis en place, quand je l'ai découvert je me suis dit super, voilà c'est tout ce que j'ai à dire je trouve ça très intéressant d'autant plus que ça valide euhhh bon encore une fois franchement j'essai de le faire tout seul mais j'ai pas forcément la légitimité que peut avoir une équipe gériatrique et une fois que justement c'est acté je pense que ça donne plus de force pour changer les habitudes.

Je parle bien de changer les habitudes, c'est assez étonnant parce que il y a des gens

qui ne veulent pas prendre de médoc et d'autres si le médecin traitant a dit il faut que je le prenne il ne dérogera pas et avec même déjà la difficulté à leur faire comprendre que rien n'est gravé dans le temps et qu'il faut de toute manière réévaluer.

Par quelle manière vous l'a-t-on présenté ce projet, sous quelle forme ?

J'en ai pas le souvenir, j'ai vu arriver un jour Dr H et je lui ai dis bah qu'est ce que tu fais la et il m'a expliqué alors après il m'a envoyé la plaquette de présentation mais en fait il m'a explique oralement et je n'ai pas besoin qu'on m'explique longtemps pour adhérer à ce projet.

Du coup depuis la première présentation, avez-vous eu des éléments de rappel pour vous expliquer les dernières choses ?

Revenu à titre personnel non mais je pense qu'il y a eu des communications par mail sur les rendus que je n'ai pas forcément lu de manière attentive mais je pense qu'il y a eu une communication globale via les mails.

Comment vous décrieriez vos relations avec l'EMG ?

Excellente, lorsque dans la ... Bon, je suppose que s'il y avait des anomalies sur nos ordonnances de sortie ou des choses à modifier l'équipe viendrait nous expliquer pourquoi comment.

Je pense que dans le service on est bien sensibilisé et on ne fait pas trop de bêtises parce que je n'ai pas le souvenir d'avoir eu justement ce type de discussion. Mais encore une fois je suis complètement demandeur parce qu'on peut des fois déraiper.

Comment vous travaillez ensemble, par quel moyen ?

Contact physique, encore une fois la on est en contact informel de manière quotidienne avec nos patients mais moi j'ai déjà on se dit bonjour et on discute.

Quand il ressort de la chambre je n'ai pas eu de reproches sur tiens on devrait peut être faire autrement et ainsi de suite donc j'imagine pour avoir vérifié parce qu'on voit quand

même la traçabilité que les ordonnances qu'on propose reste validée sans modification puisque forcément si l'équipe voulait des modifications il faudrait qu'on modifie notre courrier.

Lorsque le patient sort, un contact s'effectue avec l'EMG ? S'il est inclus dans le PAERPA, des ordonnances à signer ou est ce qu'ils viennent vous voir pour des ordonnances ?

Moi ça n'a jamais modifié mon fonctionnement personnel, nous les ordonnances on les fait systématiquement on ne s'appuie pas sur le médecin traitant pour refaire l'ordonnance avec le courrier de sortie, les gens sortent avec une ordonnances systématique qui n'est pas refaite sans que je le sache.

Actuellement évoquez pour moi les aspects positifs et négatifs de la mise en place du projet dans votre pratique quotidienne ?

Je ne peux pas répondre correctement à cette question..

Ou par rapport à ce que vous avez connu ailleurs ?qu'est ce que ça apporté de positif d'instaurer ce projet dans l'hôpital ?

Encore une fois je pense que la lutte contre l'aspect iatrogène est super importante et je pense que la validation par une équipe spécialisée donne du poids aux modifications qu'on peut proposer, après le médecin traitant c'est lui qui est le maitre du jeu au final, je suppose qu'il suit ou qu'il ne suit pas mais moi je n'ai pas de retour la dessus.

Donc moi ça n'a rien modifié concrètement mais encore une fois je suis extrêmement demander parce que s'il y avait des choses qui m'échappaient je suis très content moi qu'elle soit rediscutée et corrigée.

Observez-vous une amélioration quant au suivi de vos patients ?

Je ne sais pas...

On ne vous présente pas les résultats ?

Je n'en ai pas le souvenir en tout cas.

Si vous deviez apporter des améliorations au projet, lesquelles proposeriez-vous ?

J'avoue que je ne sais plus l'inclusion. Je ne me souviens plus des critères...

C'est > 75 ans, risque de chutes, traitement AVK ETC...

Je ne sais pas s'il y a un item sur le nombre de molécules, parce que déjà en soit donc voilà je ne connais pas par cœur les critères d'inclusion. Ce qui me viendrait à l'esprit limite même sans les facteurs de risque juste pour la iatrogénicité médicamenteuse intrinsèque je dirai je pense que mais je crois que je pense que déjà les ordonnances si elles font plus de 5 molécules il me semble mais je ne suis pas sur.

Non je n'ai pas d'idée sur la question, je soutiens activement le principe après comme je n'ai pas le retour et d'élément d'évaluation je vais me taire.

Vous souhaiteriez qu'on puisse vous présenter les résultats, les axes de travail ?

Avec plaisir tout en disant que je mets un bémol que je l'ai reçu dans ma boîte mail je me suis dit je lirai ça un de ces quatre et puis je l'ai pas fait.

Parlez-moi de vos relations avec les médecins libéraux en général

Inégale je dirai, c'est-à-dire que déontologiquement je vais m'arrêter là.

Je plaisante.. il y a de toute manière des ... bon allez c'est un ressenti j'ai aucune preuve.

Ce qui me fait plaisir c'est que j'ai l'impression justement que les jeunes médecins, sont beaucoup plus sensible à ce type de démarche que les anciens je pense qu'ils le vivent moins comme une remise en question de leur autorité. Et donc en élargissant la question on sait très bien qu'avec ce médecin la conversation ce n'est même pas la peine, avec d'autres c'est de échanges constructifs bilatéraux voilà c'est pour ça que je dis que c'est inégal.

Du coup la communication s'effectue sous quelle forme ?

La vraie euhhh communication c'est par téléphone, les échanges de courrier ça sert pas à grand-chose je pense que par contre quand on se parle on voit tout de suite s'il y a un lien qui se met en place, ou pas.

Ce projet a-t-il modifié vos relations avec la médecine de ville ?

Je ne dis que c'est le projet qui ne le permet je dis que moi je n'en ai pas eu besoin.

La question de tout à l'heure avec les médecins généraliste c'était pas à travers le PAERPA parce que je n'ai jamais en fait j'ai peut être mal répondu à la question, il ya des fois justement sur certains traitements on se passe des coups de fil parce qu'on veut comprendre on a pas toujours la vraie raison de la prescription initiale ou ainsi de suite donc voilà mais par contre ça n'a jamais été initié via le PAERPA comme je disais précédemment cette démarche la n'a pas été initié à cause de cela.

Mais ce serait possible, je pense d'ailleurs que l'équipe de gériatrie le fait j'imagine.

On pourrait imaginer encore une fois dans mes patients il n'y pas eu le cas mais on peut imaginer que le contact généraliste soit pris et à ce moment la ce serait le médecin gériatre qui aurait le plus de poids si tenter qu'il en faut une, une légitimité.

Comment cela se passe en général pour la sortie des patients gériatrique au sein de votre service ?

Il y a l'aspect médical et social et quoi on parle.

En fait on essaye quand même de voir si le milieu de vie et les aides sont suffisantes pour éviter de voir revenir les gens parce qu'on n'a pas bien perçu leur difficultés.

Et qu'ils reviennent via les urgences deux jours après on est bien d'accord, c'est plus le problème social ou familial qui peuvent poser problème que les problèmes médicaux purs ?

**ENTRETIEN N°9**

La place de la population gériatrique étant en constante progression au sein des services hospitaliers, comment gérez-vous ce type de patient au sein de votre service ?

Je le soigne, je ne comprends pas ce que tu veux exactement.

Par exemple quand le sujet arrive, faites-vous une révision de l'ordonnance ?

Bien sur, ça c'est pour tout malade. J'essai de comprendre ta question et ou tu veux en venir.

Révision d'ordonnance, oui et puis euhhhh voir ce dont il a besoin et quelle est sa demande.

Comment gérez-vous du coup le risque iatrogène ?

Quand je peux éliminer j'élimine, quand je peux baisser je baisse mais après il y en a d'autres qui malheureusement je ne peux pas toucher.

Vous gérez cela seule ?

Oui, oui déjà une première approche dès qu'il entre s'il y a déjà quelque chose à éliminer j'élimine mais souvent les gens arrivent déjà avec des pathologies iatrogène la plus courante c'est l'insuffisance rénale et nous on est champion dans la iatrogénicité de l'insuffisance rénale donc..

Pourriez-vous me parler de la mise en place de ce projet au sein du CH de DENAIN?

Bah écoute ça fait déjà 3-4 ans je crois j'avoue que l'on s'y est pas impliqué tant que ça, on est venu nous l'annoncer nous l'expliquer etc mais on s'implique pas spécialement du moins moi et je pense que mes collègues aussi on s'implique pas activement dans le PAERPA parce que c'est Mr H qui fait ça surtout donc il tourne et quand il a besoin il vient nous voir.

Quel était le mode de présentation ? Le support employé ?

C'est de suivre si je me rappelle bien c'est d'essayer de cerner la thérapeutique de chaque patient, essayer d'avoir un suivi une fois rentrer à la maison. Des objectifs



d'éviter la ré hospitalisation les effets iatrogènes etc.

Sous quelle forme vous l'a-t-on présenté ?

Plutôt papier même oralement je me souviens pas très bien peut être même oralement.

Y a-t-il eu une piqure de rappel depuis la première fois ?

Absolument pas non.

Actuellement évoquez pour moi les aspects positifs et négatifs de la mise en place du projet dans votre pratique quotidienne ?

Le positif je pense qu'on le sent pas beaucoup mais le positif c'est le but premier de ce système c'est-à-dire d'éviter les ré hospitalisation, éliminer les médicaments qui ne sont pas nécessaire et avoir un suivi, on le sent pas directement.

Les aspects négatifs ce qui m'a gêné on le voit plus maintenant mais surtout au début on venait souvent nous demander mais pourquoi j'ai mis tel médicament, pourquoi je ça on le sentait un peu comme une intrusion.

Qui faisait cette démarche la ?

Pas attention, il pose la question pourquoi mais ça fait quand même... je mets un médicament j'ai réfléchi avant et après on te dit pourquoi tu l'as mis..

C'est arrivé quelque fois et après ça... même l'infirmière a posé la question une fois, le pharmacien aussi.

Comment vous travaillez en coordination avec l'EMG ?

On travaille, chacun connaît son rôle et les choses se font sans se concerter, ça devient automatique, je pense que de notre part on n'a pas fait d'effort supplémentaire et de leur côté je pense qu'ils ont acquis une certaine expérience et la manière d'utiliser leur outils et ça devient automatique.

Comment se passe vos contacts avec eux ?

Concernant le PAERPA proprement dit très très rarement, comme je viens de te dire

chaque chose découle d'elle-même.

Observez-vous une amélioration quant au suivi de vos patients ?

Pas beaucoup d'impact encore, on voit encore des ordonnances bien remplies, des choses un peu incohérentes.

Etant donné que l'idée de la conciliation médicamenteuse est que ce ne soit pas repris en ville, c'est que ce n'est pas le cas ?

Voilà je pense, je pense que le médecin traitant remet automatiquement les médicaments sans ... il ne tient pas compte de la lettre de sortie

Si vous deviez apporter des améliorations au projet, lesquelles proposeriez-vous ?

Je ne sais pas comment ils fonctionnent déjà maintenant, est ce que le suivi se fait en contactant le malade ?

Le projet initial est qu'ici il y a une conciliation médicamenteuse qui est faite avec Mr H, qui contact le pharmacien de ville du patient et le médecin traitant, fait une petite lettre de sortie de conciliation et après c'est le MT qui gère ça avec la pharmacie de ville

Donc oui, tu me diras aussi ils ne peuvent pas se permettre non plus ce serait une intrusion par rapport au médecin traitant, donc je pense que le pivot c'est le médecin traitant.

C'est tout à fait ça, certains pensent que c'est l'hôpital mais c'est bien le médecin traitant

Tu as fais de l'hospitalier, le malade « ah c'est mon médecin qui me la prescrit non non faut le garder c'est mon médecin » donc le médecin traitant sait tout, surtout pas enlever le daflon ou le temesta, non faut l'enlever donc bon..

Effectivement d'accord

Du coup dans les améliorations vous n'avez pas d'idées supplémentaires ? Comme l'âge par exemple ?

Pas forcément déjà ce sont des personnes âgées, on en a de plus en plus c'est la

majorité, c'est valable aussi pour des gens plus jeunes parce qu'on en trouve aussi qui ne gère pas leur médicament.

Non non si ce projet aboutit il peut concerner tout le monde

Que pensez-vous des résultats ? Comment vous sont-ils présentés ?

Non pas de présentation, peut être que nous les a présenté, des fois je reçois des mails et je n'ai pas le temps de lire, est ce que ce n'est pas ? mais je n'ai pas vu.

Parlez-moi de vos relations avec les médecins libéraux en général

On n'a pas beaucoup de relation, on a des relations de papiers. Tu as dus le remarquer ici, c'est ce qui reflète ton expérience non ?

Pas de contact, rarement les médecins appellent pour un conseil. Il y en a un ou deux notamment un toujours le même pratiquement qui appelle c'est tout.

Rarement ils appellent mais il y en a un qui n'hésitent pas à appeler pour éviter au malade d'être ré hospitaliser, ça je trouve que c'est une bonne chose. Et c'est un médecin d'une institution pour personne âgée en plus.

Ce projet a-t-il modifié vos relations avec la médecine de ville ? Aspect positif et négatif

Pas du tout, non.

C'est pour ça que je te dis si le projet aboutit ça veut dire qu'il devrait y avoir un impact ?

La finalité c'est que finalement ce soit une triangulation entre la ville hôpital et la pharmacie

Alors la je te dis encore aucun impact parce que les hôpitaux sont surbookés de malades dont certains peuvent être soignés chez eux. C'est peut être à partir de ton travail qu'on va pouvoir améliorer ce côté la.

Si on en parle c'est qu'à mon avis il y aura un travail de réflexion.

L'objectif final c'est d'éviter la ré hospitalisation de ces personnes âgées qu'on voit tout le temps, c'est surtout le confort de ces personnes âgées.

Quelqu'un qui est hospitalisé il a plus ses repères qu'il avait chez lui, dès qu'il est là le deuxième jour il commence à déconner.

Comment cela se passe en général pour la sortie des patients gériatrique au sein de votre service ?

Alors maintenant on est un peu plus sensibiliser moi je demande systématiquement au début d'hospitalisation quel est le devenir. Ceux qui peuvent retourner chez eux c'est l'idéal sinon une convalescence temporaire en attendant et souvent on fait appel l'assistante sociale pour les différentes aides ou orientation vers les institutions etc pour les gens qui peuvent pas retourner dans de bonne conditions.

### **ENTRETIEN N°10**

Pourriez-vous me parler de la mise en place de ce projet au sein du CH de DENAIN?

Une information explicative sur le fonctionnement à Denain je ne suis pas sûr ou une CME qui me soit passée sous le nez parce que comme elle est passée du lundi matin au jeudi matin je ne peux pas toute y assister, moi personnellement j'aurai tendance à dire qu'il n'y a pas eu aux praticiens des services alors il va peut être bondir régis s'il entend ça moi je n'ai pas eu l'impression d'avoir reçu d'information sur le comment ça fonctionnait tu vois.

J'ai du entendre parler PAERPA euhhh aide à prescription pour les personnes âgées etc souvent il me demande pourquoi ils sont tels ou tels traitement, ce qui m'inquiète parfois parce que je me demande s'ils ne vont pas en arrêter alors que je considère qu'il ne faut pas les arrêter mais euhhh ce que tu m'as expliqué en préambule j'en ai jamais entendu parlé, c'est-à-dire le domicile des liaisons avec la ville avec euh la ville peut être LE QUESNOY des antennes à droite à gauche...

Il nous avait dit en se rengorgeant que Denain était pilote etc ce qui est tant mieux pour l'hôpital, mais si tu veux les liaisons avec la ville sous réserve que je ne suis pas tout le

temps la mais pour moi ça n'a pas été expliqué.

Comment on vous a présenté le projet en fait ?

Honnêtement rien, Régis je te dis on a du en parler dans des réunions, est ce que c'est CME ou est ce que c'est un comité de pilotage ou il y a avait euhhh peut être en CME ou il y avait le médecin qui s'occupe de la gestion de l'hôpital de DENAIN euhhh que le directeur a embauché mais c'est plus le fait de le voir ici excuse moi de l'expression entre mes pattes dans des moments où j'ai pas du tout envie de répondre parce que je suis un peu pressé et je fais autre chose, madame untel est arrivée avec tel truc est ce qu'il faut continuer tel traitement.

Soit je n'ai pas vu le patient et je ne peux pas répondre enfin tu vois il y a une discordance. Il a tout son temps Régis moi je n'ai pas mon temps du tout moi le gros problème que j'ai avec ça, j'y souscris pleinement parce que je considère que l'hôpital c'est le tampon social de la dépendance actuellement c'est-à-dire que il n'y a pas de solutions comme tu dis les V120 sont plein plein à craquer, les patients ils sont âgés et de plus en plus difficile à prendre en charge donc en fait les médecins les familles les refourguent voilà.

Moi jusqu'alors quand les personnes âgées arrivent j'essaie le plus souvent quand l'hospitalisation dure de rencontrer la famille pour savoir ce qui va se passer et là il y en a en gros 3 types :

Il y a ceux qui en ont rien à foutre, qui viennent pas et puis on se débarrasse, il y a ceux qui sont toujours considérés alors qu'il peut avoir 70 ans et que leurs parents en ont 90 comme des petits gamins comme nos parents pouvaient nous considérer à 4 ans et qui disent oui oui je fais ce que je peux etc et tu sens bien qu'ils font ce qu'ils peuvent et tu as ceux et c'est un peu les même ceux là qui sont euhhhh enfin quelque part qui se sentent contraints par leurs parents et qui n'osent pas le dire et tu as ceux qui disent

écoutez docteur moi je travaille j'ai des enfants etc faut trouver une solution quoi qui sont honnêtes.

Alors après on est dans des circuits euhh on attend la, moi j'attends les convalescences. Au jour d'aujourd'hui et c'est probablement le but de ton boulot est ce que PAERPA va permettre d'éviter ce serait bien, éviter de revenir à hôpital euhh parce que moi mon objectif et ce que je dis toujours aux familles que je reçois il faut qu'il reste à domicile le plus longtemps possible parce que c'est mieux pour les personnes ; ils ont leurs habitudes alors certes ils vont se casser la figure mais on sait bien quand ils rentrent en maison de retraite soit ils meurent dans les deux mois soit c'est des plantes vertes qu'on arrose comme on peut donc c'est pas...

Avez-vous eu droit à un support pour vous expliquer le PAERPA ?

Pas du tout, sincèrement je ne sais pas ce qu'ont dit les autres mais non je n'ai pas eu de support papiers ou autres.

Il est passé dans les paperasseries que je n'ai pas ouverte c'est peut être moi qui suis en tord mais je n'ai pas eu l'impression d'avoir eu de support papier. Ca a peut être été expliqué dans un compte rendu de CME sous réserve que je ne lis pas forcément.

Ce projet vous a-t-il été de nouveau présenté depuis ?

Non non je vois régulièrement régis passé il n'y a que lui qui s'occupe de ça ici dans l'hôpital ? et donc euhh Ludivine mais qu'on voit plus effectivement maintenant. Il fait son truc moi je ne... même moi moins qu'avant il a du comprendre que parfois j'étais un peu agacé euhhh mais je répond ceci dit je l'envoie pas Petre ce qui a si tu veux nous le gros problème c'est dans un service qui est actif avec une DMS de jours euhh Régis il a vachement le temps si tu veux tu m'excuseras mais il arrive il prend son temps moi faut que ce soit torcher, si tu veux les patients ils tournent on fait les lettres on fait les examens complémentaires on fais les trucs donc euh il faut pas que pour moi ce soit un

boulet quoi PAERPA.

Qu'il me demande un conseil sur un traitement, par contre ce que tu viens de m'apprendre et ce qui m'inquiète moi c'est que nous quand on fait une lettre de sortie on est jamais au courant de l'ordonnance, parce que nous en cardio ils sortent avec leur lettre, le jour ou le patient sort il sort avec la lettre dans la main ça veut dire que si même il n'y a pas de médecins et que c'est le samedi on édit l'ordonnance par DX CARE ils sortent avec la lettre et le traitement par contre il n'y a pas de retour sur l'ordonnance s'il y en a une de faite par le PAERPA.

Pour moi je n'ai aucun retour à ce jour, on ne vient pas me consulter pour la valider.

Du coup les ordonnances vous le les signez pas ?

Ah ben non je ne la vois jamais. Moi la seule chose que je vois de PAERPA c'est régis qui passe pour les personnes sans doute éligible avec donc cette dame la nouvelle qui l'a remplacé ils font leur petit boulot quelque fois ils passent leur temps dans la chambre il m'arrive donc il demande tel traitement pourquoi vous l'avez arrêté pourquoi vous l'avez continué donc moi j'explique ou je dis faut le continuer et puis après c'est toit.

Comment vous décrieriez votre coordination avec EMG ?

Ah ben euhh comment je la définirai... cordiale mais sans échange quelque part, ils font leur boulot de leur côté moi du mien il n'y a pas de liaisons, c'est toujours le problème des liaisons transverses c'est très compliqué.

Alors ce n'est peut être pas le but mais je n'ai aucun retour de leur travail.

Vous seriez intéressé vous d'avoir des retours sur vos patients qui sortent ? Sur la façon dont ça se passe à domicile ?

Très honnêtement est ce que j'aurai le temps de lire ça au niveau chronophage euhhh non ce qui m'intéresserez de savoir c'est depuis le temps de PAERPA est mis en œuvre on a l'impression qu'il y a moins de gens moins de retour à l'hôpital quoi ce que c'est de

la statistique ça. Moi j'ai toujours été nul en statistique et je préfère lire les résultats que d'analyser la façon dont on procède.

Concernant les résultats il y a un rapport d'activité qui est fait ..

A condition que ça ne fasse pas 10 pages, oui oui ça pourrait ça permettrait de progresser sans doutes mais je ne sais pas ce que c'est un rapport d'activité.

Le PAERPA c'est un coup financier à hauteur de 400 million d'euros

Oui je me doute les budgets ça m'avait paru.

Le PAERPA c'est 8 territoires pour un budget global de 400 million d'euros donc oui ils sont obligés de justifier de leur activité et donc ils font un rapport d'activité annuel qu'ils présentent à l'ARS, C'est de résultats en fait

Ca a commencé quand PAERPA en fait ?

Il y a deux ans

Oui donc j'ai jamais eu en fait, ce rapport d'activité je ne l'ai jamais eu et le je suis pratiquement certains que ce n'est pas parce que je l'ai parce que tous mes courriers je les ouvre et si ça m'intéresse pas je les jette d'emblée mais j'aurai vu le titre j'aurai.. non non je n'ai pas eu de rapport d'activité

Actuellement évoquez pour moi les aspects positifs et négatifs de la mise en place du projet dans votre pratique quotidienne ?

Dans ma pratique à moi rien et ce n'est pas le but je pense. Dans ma pratique à moi c'est plus et ça pourrait être positif c'est plus ce que je te disais une possibilité d'agacement ou ils m'interpellent à un moment ou c'est le matin le tour ou il y a plein de choses à voir par contre on est tous faillible et moi le premier qu'il y est des associations thérapeutiques qui soit euh mauvais et qu'ils nous le disent oui moi je suis d'accord mais si tu veux pour te prendre un exemple cardiologique si tu mets flecaine Bbloquant que la même ordonnance à la pharmacie ça va faire BIP euh ils vont faire BIP et c'est



absolument impératif alors les vieux ils en ont quasiment pas au-delà de 80 ans on en met plus c'est pas un bon exemple mais c'est impératif de mettre des Bbloquant avec la Flecaine pour des gens qui ont des voix de conduction spécifique ou la ils peuvent si on met que de la flecaine seule il peut entrainer des troubles du rythme grave par contre il y a des logiciels qui existe flecaine Bbloquant contre indication absolu ce qui est faux.

Et ça c'est le genre de choses qui peut m'énerver si tu veux, pour quoi il a de la truc avec ça c'est compliqué la cardio même nous a priori qui sommes censés maitriser les traitements on a des surprises alors bon euhhh sur le principe d'être alerter euhh ça me semble bien sur le principe des résultats aussi pour que ça progresse.

La question que tu m'as posé c'est qu'est ce que ça vous apporte c'est ça ?  
Honnêtement rien.

Ce n'est pas bien ce que je te dis la mais ça m'apporte rien, plus une petite gêne dans la prise en charge mais ça m'apporte rien.

Observez-vous une amélioration quant au suivi de vos patients ?

Je peux pas te répondre, moi je consulte pas à l'Hôpital sauf je suis temps partiel donc je ne fais que les gros encore la décadence de la société avec la dépendance donc je fais les consultations de chirurgie bariatrique cardio les lundi euhh mais je ne fais pas de consultations de suivi peut être mon collègue qui en fait un peu, nous actuellement on essaye de plus cibler les insuffisants cardiaques graves qui reviennent tous les deux trois mois et nous on a un vrai problème au niveau cardiologique en France je sors du PAERPA tu m'excuses, l'insuffisant cardiaque c'est le cancer de on a pas de carcinologie en cardio les insuffisants cardiaque ne sont pas bien pris en charge parce qu'on a pas le temps de les revoir en ville parce que les médecins traitants n'osent surtout pas changer le traitement parce que ça leur fait peur donc en fait on essaye de les revoir ceux la même ici entre deux si tu veux il y a ZIHN qui consulte un peu ici mais les patients des

cardiologues de ville on les renvoie vers leurs cardiologues de ville.

Donc je n'ai pas de consultations ici.

Si vous deviez apporter des améliorations au projet, lesquelles proposeriez-vous ?

Au bah des informations surtout des informations pour savoir ce qui pourrait faire progresser le projet. Encore une fois je souscris pleinement au fait de garder les gens à domicile si c'est l'objectif de PAERPA je suis 300% pour, la ce qui me paraît évident c'est que je ne savais pas à quoi ça servait.

La place de la population gériatrique étant en constante progression au sein des services hospitaliers, comment gérez-vous ce type de patient au sein de votre service ?

Comme les autres, il y a quelques éléments, c'est-à-dire je suis plus orienté vers les déshydratations, vers les posologies qui sont souvent moins faible en fonction de leur insuffisance rénale et insuffisance hépatique donc c'est vrai que je fais plus attention à certaines choses mais je les prends comme les autres.

Pour moi je vais te dire et c'était le projet de l'ancien directeur de faire de la cardiologie gériatrique moi je m'étais permis de dire en CME c'est du pléonasme, ils sont vieux nos patients et on fait toujours de la cardiologie gériatrique, je pense que le gériatrie euhhh c'est une spécialité je te dis dans la nutrition que je maîtrise pas bien, dans la déshydratation ces choses là d'ailleurs AKADACH il a son DU de nutrition et il nous aide dans ce cadre là mais euhhh mais non je les prends comme les autres je fais pas de différence.

Quand la personne âgée arrive comment gérez-vous le risque iatrogène sur son ordonnance d'entrée ?

Alors la grande difficulté qu'on a c'est qu'on a rarement le traitement de domicile et ça c'est l'une des craintes qui fait que c'est un axe que PAERPA améliorera la plupart des

gens ne viennent pas avec leur traitement.

Je ne pose même plus la question des médicaments parce que de toute façon ils ne savent pas c'est des cachets verts et avec les génériques je te raconte pas bon bref donc ils ne savent pas ce qui fait qu'on part pratiquement d'une page blanche.

Ce que j'ai, je prends ce qui m'intéresse par rapport à la pathologie pour laquelle il rentre, évidemment que les diabétiques, les hypothyroïdiens je vais pas toucher au traitement si tu veux parce que je connais pas le contexte mais euhh je pense que il y aurait la crainte que j'ai et qui est quasi certaine avant PAERPA c'est qu'il y a plein de gens qui sortent avec mon ordonnance et qui ont encore des médicaments chez eux et qui croisent, ça je pense que c'est un vrai problème.

La on est hors cadre PAERPA et c'est le problème de la pharmacie qui délivre des stocks

Ça je pense que une des réformes c'est de donner les médicaments à l'unité

Parlez-moi de vos relations avec les médecins libéraux en général

Bonne, très bonne je les vois rarement. Je faisais quelques EPU à certains moments mais j'en fais plus, euhh en tout cas avec les cardio de ville très bonne et avec les médecins généraliste aussi.

C'est rare, quelque fois ils appellent on se prend au téléphone non c'est une très bonne communication.

Quel est le type de relation que vous avez avec eux ?

Au maximum c'es téléphonique ouais ça peut être dans des EPU parfois mais j'en fais plus avec les généralistes quasiment euhh et quelque fois au téléphone on a quelqu'un qui appelle pour un truc spécifique et moi j'essai toujours de répondre parce que je me dis si le généraliste il téléphone il prend le temps avec le boulot qu'il a de téléphoner c'est qu'il est emmerder mais c'est rare.

Ce projet a-t-il modifié vos relations avec la médecine de ville ?

Avec la médecine de ville euhhh non pour l'instant non sauf sous réserve de résultats marquants ou on serait amené à changer nos habitudes pour l'instant je te dis ce qui m'inquiète c'est de savoir qu'il y a peut être deux ordonnances qui sortent différents de chaque patient quoi en fonction des patients éligible.

Comment cela se passe en général pour la sortie des patients gériatrique au sein de votre service ? vous faites le courrier et l'ordonnance ?

Je fais que le courrier avec le traitement dessus, nous si tu veux il y en 3-4 qui sortent on fait la lettre à 10h à 14h30 ils sont sortis.

Je demanderai aux infirmières pour savoir si l'EMG passe.

Comment cela se passe à la sortie avec l'EMG ?

Peut être qu'il y a des traces écrites mais je ne sais pas ou je ne les vois pas, en

## **ENTRETIEN N°11**

La place de la population gériatrique étant en constante progression au sein des services hospitaliers, comment gérez-vous ce type de patient au sein de votre service ?

On essaie de faire du mieux qu'on peut donc effectivement en suivant les recommandations en incluant les personnes de plus en plus dans tout ce qui est dépistage, dépistage large voilà et puis en luttant contre la iatrogénie.

Je voulais justement aborder ce point là, quelle est la place de la révision médicamenteuse à l'entrée du patient dans le service ?

Alors la c'est vrai que sur ... la je parle du protocole expérimental donc c'est vrai que sur Denain nous sommes entrés depuis un an un an et demi 18mois sur l'expérimentation PAERPA sur la revue des ordonnances en particulier sur deux grandes classes de médicaments qui sont pourvoyeuses d'effets indésirables : anticoagulant et anti inflammatoire.

Chaque PH de l'hôpital participe donc à cette révision médicamenteuse ?

Chaque PH non, nous on y est sensible c'est normal après c'est propre à la sensibilité du médecin, voilà mais on est aidé par l'équipe mobile de conciliation médicamenteuse qui vient pour les patients de plus de 75 ans qui sont éligible au PAERPA donc un médecin gériatre est dédié à cette activité la qui donc diffuse la culture gériatrique dans l'établissement et à ses collègues.

Qu'entendez-vous par « diffuser la culture gériatrique » ?

C'est repérer les patients éligible aux critères PAERPA à la conciliation médicamenteuse donc les patients sont repérés on va dire dès leur entrée pouvant être retenu dans le cadre du PAERPA et c'est le médecin gériatre avec son infirmières qui montent dans les services de l'hôpital, plus les urgences parce que les patients ne restaient pas suffisamment longtemps donc les urgences ont été un peu abandonné et au niveau des services de médecine.

Pourriez-vous me parler de la mise en place de ce projet au sein du CH de DENAIN?

En fait euhhh on avait déjà travaillé avec l'ARS dans le cadre de l'équipe mobile interEHPAD donc on avait déjà travaillé avec Mme L chargé de mission ARS sur ce projet. Et puis on a participé à des réunions et on avait également travaillé sur un projet qui était le PSIP qui est également un projet en lien avec les pharmaciens sur la iatrogénie donc c'est vrai qu'on avait un travail la dessus qui était fait. A DENAIN on avait également un dossier informatique qui est assez complet ce qui permet de bien retrouver les patients qui sont ré hospitalisés, toutes les ordonnances les lettres de sortie sont informatisées donc on avait un gros potentiel de ce coté la et une sensibilisation donc on nous a demandé d'en faire un projet expérimental donc bien sur on a répondu positivement.

De quelle manière le projet a été présenté aux acteurs hospitaliers de l'hôpital de

### DENAIN ?

En réunion, au sein des services et puis euhh en faisant un peu de forcing quand les patients arrivent, il y a l'accord du chef de service qui est demandé globalement et puis de praticiens à praticiens.

### Quel type de support était employé ?

Un support power point, plaquettes papiers non et à la CME on l'a présenté pour expliquer le projet et il y avait eu également un recrutement à mi temps pharmacie pour travailler en lien avec la pharmacie et on avait construit ce projet entre nous avant de le diffuser. Au départ ce n'était pas évident puisqu'on a du revoir les critères d'inclusion à plusieurs reprises puisqu'on travaille avec la plate forme directoire et UGCS et on n'avait pas toujours les informations en temps réel.

### Depuis la première présentation comment avez-vous re sensibilisés les PH ?

Bah globalement peut être pas mais l'équipe mobile passe systématiquement dans les services et expose son projet c'est lui qui le...

### Comment vous décrieriez votre coordination avec EMG ?

Régis étant gériatre c'est plus facile et la coordination elle se fait beaucoup avec l'infirmière, qui euhh travaille et repère les patients avec Régis et la pharmacienne donc euhh plus la coordination qui est faite avec le médecin de ville plus le travail de l'animatrice de territoire pour la plate forme qui fait le lien.

### Comment l'équipe mobile travaille donc avec les PH des services hospitaliers ?

Ils se rencontrent. Les propositions médicamenteuses dans la conciliation d'entrées est sur proposition et il y a une note qui est mise dans le dossier médicale et chaque passage de l'équipe est tracé dans le DPI, s'ils ne se rencontrent pas il y a une trace écrite.

### Actuellement évoquez pour moi les aspects positifs et négatifs de la mise en place du

### projet dans votre pratique quotidienne ?

Alors nous on était déjà convaincu à l'avance c'est pour ça qu'on a fait ce projet et après donc euhh les plus values de ce projet c'est effectivement pour ma part personnelle ça a été de travailler avec la pharmacienne donc c'est vrai que bah un pharmacien on ne connaît pas forcément son métier et finalement on le connaît pas. Et le fait de travailler avec une pharmacienne montre permet de bien voir son champ le périmètre de son travail et nous enrichir. C'est vrai qu'il y a avait certains points purement pharmacien qu'on ne connaît pas et sur le plan intellectuel ça a été un enrichissement personnel mais également pour les patients qui bénéficie de cet autre regard professionnel. Donc ça c'était un point fort très important.

Et par rapport aux autres collègues qui étaient moins ouvert à la conciliation médicamenteuses et à la iatrogénie je pense particulièrement à la pneumo ou à la cardiologie bah finalement ce qui peut être perçu comme une perte de temps ou un intervenant qui vient encore à qui il faut parler et on passe du temps voilà finalement eux même se sont rendus compte qu'ils passaient à coté de certaines choses qu'ils ne prenaient pas en compte non plus certaines choses et le fait qu'on fasse un peu une synthèse d'entrée avec eux sur le médicament et qu'on revoit avec eux la synthèse de sortie, j'ai été moi-même sollicité en remplacement de Dr H à aller voir un cardiologie parce que il y a une différence entre le traitement qui est écrit sur le courrier de sortie et le traitement qui était extrait du plan de soin de l'ordinateur. A chaque fois il y a quand même toujours quand on voit quelque chose de suspect un échange verbal qui dit pourquoi il l'a ou est ce que c'est volontaire que tu mettes en route autre chose pour la sortie ou ça c'est arrêté et si c'est pas dit clairement on sait et par rapport au lien avec la liste ce qui est très intéressant c'est que sur la conciliation de sortie, s'il y a des modifications thérapeutiques si il y a des arrêts thérapeutiques c'est toujours justifié,

c'est-à-dire que si on passe une posologie à 1 ou à 2 ou si on la diminue on dit pourquoi et le fait je pense aussi que pour le médecin traitant quand il a l'explication du pourquoi du comment il va l'accepter parce qu'il va adhérer au raisonnement intellectuel alors que si on lui met pouf comme ça quelque chose il lui manque des maillons il peut pas forcément comprendre le raisonnement qu'il y a derrière et je pense que ça c'est vraiment important pour le médecins de savoir pourquoi on l'a modifié comme ça et je pense que ça c'est un point important de notre réussite quelque part parce que en fait l'émulation intellectuelle le raisonnement intellectuel qui est derrière c'est aussi notre corps de métier et ça quelque part c'est ça qui nous fait prendre conscience qu'il y a effectivement un intérêt à modifier ou voilà ça et également aussi formation.

Ca permet d'accéder à une formation de tous donc sur des nouvelles pratiques par exemple en appliquant les nouvelles recommandations ou bah effectivement ou si c'est un nouveau médicament à le faire connaître et à savoir quels sont les effets indésirables effectivement. Donc ça je pense que ce côté partage de connaissances ce côté formation au niveau médical est intéressant et à été fortement apprécié de nos collègues puisque c'est ce qui a été mis en avant en disant on voit voilà.

Du côté pneumologie ça a été très fort et également du côté cardio donc ça a été deux spécialités fortes qui nous conforte dans notre démarche et eux même quand on voit bon si il y a des médicaments qui sont oubliés ou autres bon voilà ils n'ont pas forcément aussi toute l'information au moment d'une hospitalisation. Donc le travail qui est fait de recherche en amont par le pharmacien pour lui savoir par exemple en cardio depuis quand un BB est mis en route ou depuis quand un anti arythmique est mis en route si on le retrouve sur l'ordonnance ou s'il a été oublié parce que quelque fois ça permet de retrouver des médicaments qui ont été oublié sur l'ordonnance ça permet de vraiment faire un point correct mais également étayé de l'ordonnance parce que quelque fois les



gens nous disent on prend ça on prend ça mais si l'anti arythmique il peut être oublié.

Donc c'est quand même de le reprendre au cours d'une hospitalisation et que pendant ce temps d'hospitalisation effectivement euhh le vrai traitement soit concilié quoi.

Observez-vous une amélioration quant au suivi de vos patients ?

On est encore un peu jeune pour le savoir mais je pense qu'il y a effectivement une amélioration sur les conditions de prescription c'est-à-dire peut être qu'on s'interroge de la nécessité de mettre un AVK à 90 ans. Voilà on est peut être plus dans l'interrogation est ce nécessaire est ce utile de on revient peut être plus aux sources de réfléchir sur ce qu'on fait.

Si vous deviez apporter des améliorations au projet, lesquelles proposeriez-vous ?

Bah ce serait de l'étendre au delà des critères de 75 ans parce que la notre population est ciblée sur les critères de 75 ans, donc ce serait de l'ouvrir plus tôt même pour tout le monde.

Ce serait de ne plus cibler aux thématiques cardio qui sont quand même comme les diurétiques pourvoyeuses en effets indésirables également les psychotropes même s'il y a déjà eu un travail effectuer antérieurement et de l'ouvrir à toutes les classes thérapeutiques pas forcément se limiter et comme nous ici on limite euhhh ce serait ce qu'on voudrait faire c'est de l'ouvrir également dès les consultations à toutes les consultations quoi à l'hôpital de jour gériatrique mais la aussi il y a un temps de conciliation et ça prend du temps. Faire la recherche de médicaments on a deux éléments de preuves : appeler le pharmacien appeler le médecin donc il y a un temps à passer.

Mais c'est vrai que normalement faudrait l'ouvrir à tout le monde. On voit des personnes qui ont anticoagulants plus Aspégic est ce que c'est nécessaire ou des anticoagulant à 90 ans est ce que c'est nécessaire.

### Parlez-moi de vos relations avec les médecins libéraux en général

Alors euhh la chance qu'on a à Denain c'est qu'on est un hôpital en centre ville ou par rapport à l'histoire de l'hôpital beaucoup de médecins étaient temps partiel à l'hôpital et temps partiel en ville et euhh au niveau bon la ça se perd un peu mais au niveau des liens villes médecine je veux dire il y avait une équipe bon ça restera pour la postérité il y avait donc une équipe de foot de médecins qui étaient hospitaliers et libéraux donc tous les jeudis soirs il y avait des rencontres de foot donc ça permet d'échanger, il y a les EPU le mardi soir une fois par mois qui tombe un peu ces derniers temps ou il y avait beaucoup de monde qui se rencontraient. En ville on a eu beaucoup de départ en retraite, beaucoup de choses ce qui fait que la fréquentation baisse mais il reste des liens on va dire voilà on se connaît.

Moi ça fait 20 ans que je suis ici si je veux appeler un médecin je l'appelle je peux lui demander donc voilà, donc c'est vrai que c'est pas forcément le cas de tout le monde mais je pense que si un médecin de ville veut appeler quelqu'un il sait qui appeler quand même pour avoir son renseignement donc il y a quand même une comme on est situé en ville et qu'on a des relations fortes avec la ville ça a permis de que les médecins de ville après le temps hospitalier qu'il y est un relais qui soit pris, le lien était fait avec l'animatrice de territoire qui est informée de la sortie du patient de notre côté et qui en informe le médecin et qu'il a une semaine pour le voir.

### C'est donc l'AT qui fait le lien avec le médecin traitant et non l'EMG ?

C'est l'AT qui a fait signer au départ les chartes et qui après revoit le médecin pour faire le fameux PPS.

### Ce projet a-t-il modifié vos relations avec la médecine de ville ?

Euh alors dans le mot médecine il y a le versant médecin donc je pense qu'il y a des médecins qui étaient sensibilisés ont répondu et c'est pour ça qu'au niveau PPS

conciliation médicamenteuse on a beaucoup de réponse favorable voila donc ça explique et pourtant les médecins n'aiment pas qu'on aille regarder leurs prescriptions n'aiment qu'ils se sentent jugés on peut parfaitement comprendre néanmoins pour la conciliation médicamenteuses je pense que par cette démarche de conciliation qui est faite et cette démarche intellectuelle de raisonnement et je pense que ça c'était quelque chose qui a permis d'adhérer pourtant si je regarde à Valenciennes en télémédecine ils font exactement la même chose et par contre ça ne marche pas, soit disant que les médecins généralistes qui vont en EHPAD qui ont des personnes âgées la conciliation ne marche pas hors nous ici c'est bizarre la conciliation médicamenteuses elle marche très bien je pense qu'il ya l'effet personne qui joue.

Après c'est vrai que il y a eu un gros travail qui a été fait avec les pharmaciens qui ont été invité à venir ici au début du projet parce qu'on leur demandait de travailler avec des liens forts avec nous puisqu'on a mis en place une procédure pour que l'ordonnance quand le patient sort le pharmacien reçoit l'ordonnance déjà à l'avance pour pouvoir la préparer et il est averti à l'avance que le patient va passer, la délivrance des 7 jours et donc il a ce temps d'entretien pharmaceutique avec lui à faire aussi donc il y a eu un travail plus lourd avec les pharmaciens qu'avec les médecins justement mais les pharmaciens ont très bien joué le jeu et ont très bien adhérer à la démarche puisque que quelque part la qualité chez eux c'est déjà dans leur formation donc euhhhh les pharmaciens ont très bien adhéré au fait qu'on faxe l'ordonnance à l'avance qu'ils aient l'entretien et surtout de leur dire si le médecin vient avec l'ordonnance qui n'est pas celle faxée je délivre laquelle donc la il a fallut discuter et c'est l'ordonnance conciliation qui prime.

Quels types d'échanges entretenez-vous avec les médecins libéraux

Alors c'est beaucoup papier voilà après euhh physique bah quand on se rencontre moi personnellement j'ai la chance d'être en EHPAD donc c'est vrai que donc voilà je les vois quand ils viennent je les vois et c'est l'occasion aussi parfois de faire un point et je pense que voilà quand on se rencontre comme ça aussi inopinément c'est pas mal ce n'est pas formalisé.

C'est vrai que comme on se connaît ça ne pose pas de problème de s'apostropher comme ça.

Comment cela se passe en général pour la sortie des patients gériatrique au sein de votre service ?

Le patient est averti, sa famille est avertie donc il y a l'entretien de sortie et c'est appel à EMG qui vient expliquer le plan de sortie des médicaments, quels sont les médicaments à suivre et pourquoi. Il y a la remise de l'ordonnance des 7 jours qui est faite et le plan de prise qui expliqué parce que la aussi on s'est rendu compte que les personnes prenaient les médicaments n'importe quand. Donc on sait que tel médicament est pris tel jour à telle heure le matin midi ou soir donc il y a le plan de prise qui est expliqué et puis les personnes voient leur médecins généralistes dans les 7 jours pour faire le PPS et pour suivre l'ordonnance, il y a en a une qui est délivrée pour 7 jours pour qu'il n'y est pas d'interruption.

Par contre ce qui n'est pas fait quand un patient ne relève pas d'un PPS ce qui est en soit anormal pourquoi un patient peut bénéficier des informations de la pharmacienne et que la voisine d'à côté qui n'a pas de diurétique ou AVK n'a pas ça ? Et n'a pas de feuille avec un beau plan de prise avec tel ou tel médicament, il y a une discrimination qui est faite.

Les gens aiment savoir et nous dans notre pratique on le fait pas hors le pharmacien le fait.

**AUTEUR : Nom : NAESSENS**

**Prénom : ROMAIN**

**Date de Soutenance : 01/12/2017**

**Titre de la Thèse : Les leviers et les freins relevés par les acteurs hospitaliers participant au projet PAERPA – conciliation médicamenteuse**

**Thèse - Médecine - Lille 2017**

**Cadre de classement : *DES Médecine générale***

**DES + spécialité : *Médecine générale***

**Mots-clés : PAERPA, SOINS INTEGRES, IATROGENIE, CONCILIATION  
MEDICAMENTEUSE**

**Résumé : Introduction : Les principales causes de rupture dans la continuité des soins des personnes âgées résultent d'une insuffisance de coordination médico-sociale, associées à un recours abusif à l'hospitalisation. Le projet PAERPA s'inscrit dans une démarche de soins intégrés. L'objectif est d'atteindre une qualité de soins, par une participation active des personnes soignées et une pratique plus coopérative entre professionnels. Dans le cadre de ce projet, une spécificité innovante a été mise en place au sein du centre hospitalier de Denain : la conciliation médicamenteuse. Elle a pour but de repérer le risque iatrogène au cours de l'hospitalisation. Nous nous sommes donc intéressés aux leviers et freins relevés par les acteurs hospitaliers dans le cadre du projet PAERPA. Méthode : Étude observationnelle par méthode qualitative avec approche par théorisation ancrée. Elle est réalisée à partir de 11 entretiens semi-dirigés auprès de praticiens hospitaliers. Résultats : La conciliation médicamenteuse réalisée par l'équipe mobile gériatrique est un travail apprécié par les acteurs hospitaliers. Les leviers relevés concernent la sécurisation de l'ordonnance, la prise en charge pluridisciplinaire, la coordination de travail permettant des décisions collégiales et l'amélioration des connaissances. Néanmoins, elle est limitée par le défaut de communication initial sur le bénéfice d'un tel projet, l'absence de retour sur les patients une fois au domicile, et par une culture gériatrique qui reste limitée dans le monde hospitalier. Certains souhaits ont été formulés par les acteurs hospitaliers: prendre connaissance des erreurs thérapeutiques et potentiellement iatrogène, mutualiser les informations médicales du patient avec la médecine ambulatoire dans un souci de continuité des soins. Conclusion : cette étude a permis de constater l'impact positif du PAERPA au sein des pratiques hospitalières et la volonté de renforcer la collaboration entre professionnels de santé.**

**Composition du Jury :**

**Président : Pr ERIC BOULANGER**

**Asseseurs : Pr MICHEL LUYCKS, Dr JEAN-BAPTISTE BEUSCART, Dr MATTHIEU CALAFIORE, Dr AGNES FABIANEK**