

NANTES UNIVERSITE

FACULTE DE MEDECINE

Année 2024

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Chloé MASCRIER

Présentée et soutenue publiquement le 12 avril 2024

Impact de l'appel téléphonique systématique au médecin traitant à la sortie d'hospitalisation des patients de médecine aiguë gériatrique sur la pérennité de la déprescription médicamenteuse en comparaison à une communication épistolaire (lettre de liaison standard et/ou compte-rendu d'hospitalisation) : étude monocentrique de type avant/après.

Présidente du jury : Pr VIGNEAU-VICTORRI Caroline
Directeur de thèse : Dr DEFEBVRE Renaud
Membres du jury : Dr NOURRY Marianne
Dr KEUFER Fleur

REMERCIEMENTS

Au Professeur VIGNEAU-VICTORRI

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider mon jury alors que nous n'avons jamais travaillé ensemble, ni même ne nous sommes jamais rencontrées. Le fait que vous ayez porté un intérêt à mon travail m'a grandement touchée, et m'a poussée à être exigeante avec moi-même, pour essayer de rendre un travail de qualité.

Merci de faire partie de ce moment si important, car au final, sans président de jury, il n'y a pas de jury, sans jury il n'y a pas de soutenance, et donc, pas de titre de docteur....

Au Docteur DEFEBVRE

Merci Renaud d'avoir immédiatement été emballé par l'idée que je t'ai proposée et d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Je t'ai rencontré lors de mon 1^{er} semestre, tu n'étais pas encore le grand chef de service que tu es aujourd'hui, mais tu étais, et tu es, pour moi, un Grand Médecin. Apprendre à tes côtés a été une chance inestimable, tu as bouleversé ma vision de la médecine, et ayant commencé ma petite vie de médecin sur ces superbes bases que tu m'as inculquées, je pense que je ne peux qu'exceller dans mon art. Ta sagesse, ta justesse, ta gentillesse, ton empathie, ta rigueur, ton excellence sont pour moi les objectifs vers lesquels je tends, tant niveau professionnel que personnel. Je suis presque triste de terminer cette thèse, car cela signifie que nous ne serons plus autant en contact qu'actuellement. Mais finalement, une petite voix au fond de moi ne cesse de me dire qu'un jour on se retrouvera pour travailler ensemble en SSR (si une place se libère à Savenay, qui sait !) Et franchement, c'est avec une immense joie que je retravaillerai avec toi. Merci mille fois pour tout !!

Au Docteur NOURRY

Marianne, malgré le peu de temps que nous avons passé ensemble, je ne t'ai pas oubliée, au contraire, tu étais l'une des gériatres qui se démarquaient à mes yeux. En fait, je t'avoue que tu me fais penser à Renaud mais au féminin. Déjà parce que tu fais de la course à pieds (et que Renaud fait du triathlon et s'entraîne en piscine gonflable lors des confinements) ! Blague à part, je parle surtout de ta bienveillance et de ton professionnalisme qui m'ont fait me sentir (en garde de weekend qui n'était pas de la rigolade) à l'aise et rassurée. Sur ce court laps de temps et dans des conditions difficiles que représentaient ces gardes, je me souviens avoir appris plein de choses à tes côtés. Tu fais partie de mes exemples, et c'est pour cela que j'ai tout de suite pensé à toi pour faire partie de mon jury. Merci d'avoir accepté sans hésiter, et merci d'avoir même participé aux prémices de ma thèse lors de l'inclusion des patients.

Au Docteur KEUFER

Et enfin à toi Fleur, last but not least comme on dit, toi qui m'as fait découvrir la médecine générale libérale, et bien la seule à me l'avoir faite aimer. J'ai toujours dit que la seule fois où j'ai aimé pratiquer en cabinet c'était lorsque l'on était toutes les deux, côtes-côtes. J'ai adoré tous ces jeudis en ta compagnie, j'étais heureuse d'arriver en stage le matin surtout pour te voir. Tu étais une bouffée d'air frais. Tu es un médecin généraliste empathique et rigoureux comme rarement j'en ai vu, et tu es, toi aussi, un exemple pour moi.

Je t'ai rencontrée tu étais un mentor, et je suis partie tu étais une amie. Même si aujourd'hui je me détourne de la MG libérale, j'ai grand espoir de pouvoir te rejoindre et apprendre à tes côtés en médecine esthétique.

Merci de m'avoir permis de faire mon premier remplacement libéral, merci de m'avoir permis de faire du circuit court grâce à Cyril, merci de m'avoir fait connaître la médecine esthétique, merci de m'avoir fait voir la beauté des possibilités que représente la médecine générale lorsque j'en étais découragée. Merci pour toute cette générosité dont tu as toujours fait preuve.

Tout d'abord, commençons par le commencement.

Merci aux amis de ma jeunesse (les 30 ans me guettent) : Alice et Justine surtout, mes deux BFF, « meilleures amies d'enfance » comme je vous présente toujours. Malgré la distance, malgré nos métiers si différents, malgré toutes les épreuves que chacune de nous a surmontées, nous sommes restées les 3 doigts de la main. On a commencé ensemble à LH City, puis à Rouen, et nous avons fini aux 3 coins de la France (ou du Maghreb). Et honnêtement j'ai aucun doute que l'on finira nos vies amies comme de vieilles croustes ! Je vous aime fort.

Pensée aussi à mon Antoine, bob l'éponge, qui m'a emmenée à l'école en me tenant la main et m'a offert mon premier stéthoscope lorsque j'ai validé ma P1.

Et enfin pensée à Nolwen, la 1ère bretonne de mon cœur.

Merci à mes amis de Rouen : Didine, Tang et Soso auprès de qui tout a commencé ou presque (P2 FOREVER). Vous avez été mes piliers, surtout pour le beer contest et les soirées déguisées.... Trêve de plaisanteries, 5 ans passés de manière intensive à vos côtés, le début très difficile de l'externat, et ne parlons pas de la fin avec l'ECN.... Mais finalement je me souviens surtout des fous rires à la BU quand Tanguy ramenait des banquets alimentaires, des pique-niques et des footings sur les quais, des films à l'Omnia, des happy hours au Saxo, des Solidays et du road trip aux USA ! Vous me manquez, et j'espère que l'on continuera de se retrouver même si c'est une fois tous les 36 !

Merci à mes amis de l'internat, « les seins nazes » où notre plus belle vie a commencé en post ECN : Eulise, Kiki, Nenesse, Nath, Remy, Tanguy, Basile, EP, MS, Manon, Lolo, Nico, Ilyes, Isma, Jimmy, Claudon, QB et surtout mon Franfran d'amour. On n'aura jamais vécu un si beau confinement.

Pensée à ma Manue qui était à St Naz sans l'être et avec qui une amitié incroyable est née, ta folie et ta gentillesse m'enivrent chaque jour. Pensée à QQ !

Pensée à Melanight, rencontrée aussi à St Naz, et qui, sous ses airs de sheitan cache en fait une amie toujours disponible et à l'écoute.

Pensée à Raph qui m'a donné le p'tit coup de pouce en stat' dont j'avais besoin.

Pensée à Clem qui est là depuis peu mais qui sait m'aimer si simplement.

Merci à mon Franfran la Tulipe, mon hibou préféré, mon partner in crime. On a fait les 400 coups ensemble, et on en fera encore des milliers. Je t'admire et je t'aime comme un frère. Ta bienveillance et ta simplicité m'égayaient au long cours, et même si toi tu ne m'as pas citée dans tes remerciements de thèse (vieux bougre), moi je voulais que ton nom soit marqué ici comme il l'est dans mon cœur !

D'ailleurs, un grand merci à toi aussi pour m'avoir incluse dans ta grande bande de maboules, mes Lillois préférés : Hélo, Justinio, Paq, Alaix, Arianouz, Slim, Alice, Khali, Lulu, Max, Pogo, Louise, Alex et ceux que je connais un peu moins Bastien, Loïc, Marie, Martin, Mathilde, Goffin. Avec vous je me sens comme dans ma 2^e famille. Merci pour tous ces moments de FULL LOVE. Nos retrouvailles sont des moments que j'attends avec impatience, et j'espère que cette tradition perdurera toujours.

Pensée à Flo !

Un merci spécial à mon Justin, ma coqueluche préférée, le personnage le plus atypique que je connaisse, ta plus grande qualité. Tu n'es pas comme les autres, et c'est pour cela que je t'aime.

A mon Héloïse, mon soleil, ma meilleure amie. Merci à toi mon pilier sur ces dernières années. Malgré les 80 km qui nous séparent je ne me suis jamais sentie aussi proche de quelqu'un. Notre amitié est si simple, si précieuse, chaque jour je me rends compte de la chance que j'ai de t'avoir.

Toi (et tes vocaux) illuminez mon quotidien. Tel un tournesol qui n'a d'yeux que pour son soleil.

Love you my Dancing Queen.

Pensée à Hono !

Pensée aussi à la bande de fous furieux qu'Ugo m'a faite rencontrer : Adéloush, Momo, Beno, Margot, Ju, Babou, Toto, Léa, Guibert, Mathilde, Lad, Clash, Guigui, Morgan. Franchement je vous kiffe !

Pensée spéciale à mon Adélie, un feu d'artifice dans un ciel sombre, tu fais pétiller mon petit cœur, tu m'emplis de chaleur, je t'adore comme une sœur !

A ma famille Sotto qui m'a toujours admirée pour le parcours que j'ai eu, et qui a su me déclarer sa fierté à chaque occasion. Merci de me valoriser comme vous le faites, merci pour vos petits mots et vos pensées régulières qui ont su ponctuer ma vie par ci par là. Je vous aime énormément.

Un merci très spécial pour ma Sotto – Brument – Rosar préférée, ma 2^e maman, la meilleure des grands-mères au monde, ma Crecre tout simplement. Tes appels quotidiens quand tu es loin, tes prières régulières, tes petits mots sur les réseaux. Tu es là, tu as toujours été là, même à 1000 km. Tu as été, et tu es, un pilier majeur de ma vie. Je ne serai pas qui je suis sans toi, alors s'il te plaît, continue de me masser mes petons encore longtemps car je ne peux me passer de toi !
Je t'aime et je te fais de tendres bisous, ta petite-fille.
Pensée à mon Jojo !

A mon Valentoune, ma personne préférée sur terre. L'adolescence aura joué avec nos sentiments, mais au fond, on s'est toujours aimés d'un amour sincère. Grâce à toi mon aîné, j'ai recherché l'excellence à vouloir te dépasser, car tu étais pour moi un génie. Mon rêve était de t'atteindre et faire partie du même monde que toi, alors j'ai essayé de trouver des subterfuges.... Au final ma réussite est grandement due à toi ! Je suis devenue médecin, c'est bon. Mais au final quand je te retrouve, toi et ton sourire malicieux, tes bêtises, tes provocs, me revoilà enfant, et c'est ça que j'aime.
Toi et moi c'est simple. Toi et moi c'est pour la vie. Je t'aime et tu me manques chaque jour qui passe.
Merci mon frère

A toi mon Amour, mon âme-frère depuis la première minute que nos regards se sont croisés. Tu as bouleversé ma vie. Je me projetais à vivre ma vie seule et toi tu es arrivé et tu m'as couverte d'amour. Tu es d'ailleurs arrivé à un moment charnière de ma vie puisque c'était la fin de mes études, et ce n'était pas un moment facile... Malgré ça, tu ne m'as jamais laissée tomber, tu n'as pas eu peur et tu as su me soutenir sans faille. Avec toi je pourrai aller au bout du monde, je me sens si forte ! Tu m'as toujours faite sentir comme une reine. Ta bienveillance, ta gentillesse, ta générosité et ta folie m'emplissent de bonheur chaque jour. Et ne parlons pas de ta moustache... !
Merci mon Ugo de m'aimer comme tu le fais. Je t'aime tellement

Et enfin, terminons par la number one, ma maman. Si il y'en a bien une que je dois remercier, c'est bien toi. Non, pas parce que tu m'as faite (lol). Mais parce que tu m'as aimée comme personne au monde ne m'a jamais aimée. Notre vie grâce à toi n'a été que chaleur, rires, bonheur, même si on a tendance à te charrier en te rappelant qu'on est mal foutus à cause de toi. Tu as tellement été aimante qu'on s'est senti la force de partir loin de toi pour réaliser nos rêves. Tu as toujours fait passer notre bonheur avant tout, et grâce à toi nous sommes les enfants les plus heureux du monde, et c'est de ça dont tu peux être fière. La réussite professionnelle fait partie du bonheur, mais on sait bien que ce n'est qu'un détail et que ce n'est pas de ça dont il faut être fier.
Ces 10 ans d'études ont été tumultueuses, et c'était toi qui étais au front avec moi. Tu as été mon épée et mon bouclier. Ma mère, ma meilleure amie, ma gérante, ma confidente, ma psychologue. Depuis la P1 où je t'appelais en pleurant en te disant que je sauterai du 8^e, à ma dernière année d'internat où j'ai questionné ma vocation jusqu'à la fin. Les angoisses, les pleurs, les appels pluriquotidiens, les sautes d'humeur. Je t'ai tout fait subir ! Et tu n'as jamais cessé de m'aimer malgré tout, et de continuer à garder ta force et ta joie qui me motivaient chaque jour. Sans toi, il n'y a pas de moi. J'ai réussi ces études grâce à toi maman. Alors merci pour tout ce que tu m'as apporté, pour tout ce que tu as fait. Je suis fière de te ressembler. Je t'aime plus que tout.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
LISTE DES ABRÉVIATIONS	7
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	8
I. INTRODUCTION	9
A. Epidémiologie et définitions	9
B. La déprescription médicamenteuse	10
C. Communication hospitalo-ambulatoire	10
D. Objectifs de thèse	11
II. MATÉRIELS ET MÉTHODES	12
A. Description de l'étude	12
B. Population étudiée	12
C. Déroulement de l'étude	13
D. Constitution de l'échantillon	13
E. Recueil des données et analyses statistiques	14
1. Recueil des données durant l'hospitalisation	14
2. Recueil des données après la consultation de renouvellement avec le MT	15
3. Analyses statistiques	15
F. Ethique	15
III. RÉSULTATS.....	16
A. Description de l'échantillon	16
1. Caractéristiques des patients inclus dans l'étude	16
2. Motifs d'hospitalisations	17

B. Caractéristiques des médecins traitants répondeurs	18
1. Caractéristiques globales des MT	18
2. Caractéristiques intra-groupes des MT	19
C. Déprescription	19
1. A l'échelle du patient	19
2. A l'échelle globale	20
3. Motifs de déprescription selon la classe médicamenteuse	21
3.1. Statines	21
3.2. Médicaments à visée cardiovasculaire	21
3.3. Antithrombotiques	21
3.4. Psychotropes	21
3.5. Analgésiques	21
3.6. Médicaments endocriniens	21
D. Represcription	22
1. Médicaments represcrits	22
2. Caractéristiques des MT represcripteurs	23
E. Faisabilité de l'appel téléphonique	23
1. Du point de vue des MG	23
2. Du point de vue des gériatres	23
IV. DISCUSSION.....	24
A. Discussion générale	24
B. Forces et limites de l'étude	27
1. Forces	27
2. Limites	27
V. CONCLUSION.....	29
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	30
ANNEXES	32
SERMENT D'HIPPOCRATE	36

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CERNI	Comité d'éthique de recherche non interventionnelle
CRH	Compte-rendu d'hospitalisation
CH et CHSN	Centre hospitalier et Centre hospitalier de St Nazaire
DCI	Dénomination commune internationale
DMS	Durée moyenne de séjour
ED / EU	Entrée directe / entrée par les urgences
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
G1 G2 G3	Secteurs gériatriques 1, 2, 3
HAS	Haute autorité de santé
HAD	Hospitalisation à domicile
HbA1c	Hémoglobine glyquée
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
MeSH	Medical subject headings
MG	Médecin généraliste
MT	Médecin traitant
OMS	Organisation mondiale de la santé
SRAA	Système rénine-angiotensine-aldostérone
TSH	Thyroid Stimulating Hormon (thyroestimuline)
VAD	Visite à domicile

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1. Projection de population par grand groupe d'âges. INSEE	9
Tableau 2. Résumé des caractéristiques de population	17
Tableau 3. Caractéristiques globale des MT répondeurs	18
Tableau 4. Caractéristiques intra-groupes des MT répondeurs	19
Tableau 5. Médicaments déprescrits en chiffres	20
Tableau 6. Caractéristiques des MT represcripteurs	23
Figure 1. Diagramme de flux	16
Figure 2. Principaux motifs d'hospitalisation	17
Figure 3. Sexes des MT répondeurs	18
Figure 4. Ages des MT répondeurs	18
Figure 5. Activités des MT répondeurs	18
Figure 6. Médicaments déprescrits par catégorie	20
Figure 7. Médicaments represcrits par catégorie	22

I. INTRODUCTION

A. Epidémiologie et définitions

En 2018, les sujets âgés de 75 ans et plus représentaient 9.3% de la population et selon les projections démographiques de l'INSEE, en 2040, un habitant sur 4 aura 65 ans ou plus (dont 14.6% de 75 ans ou plus). (1)

Projection de population par grand groupe d'âges						
	Population au 1 ^{er} janvier en millions	Moins de 20 ans	20 ans à 59 ans	60 ans à 64 ans	65 ans à 74 ans	75 ans ou plus en %
2025	69,1	23,7	48,3	6,2	11,0	10,8
2030	70,3	23,0	47,4	6,2	11,2	12,2
2035	71,4	22,4	46,5	6,2	11,4	13,5
2040	72,5	22,2	46,1	5,6	11,5	14,6
2050	74,0	22,3	44,9	5,7	10,8	16,3
2060	75,2	21,7	44,9	5,5	10,7	17,2
2070	76,4	21,3	44,2	5,8	10,8	17,9

Source : Insee, scénario central des projections de population 2013-2070.

Tableau 1. Projection de population par grand groupe d'âges. INSEE

Devant une population vieillissante comorbide, se pose un réel problème de santé publique : la polymédication, à l'origine de prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées, commune chez les patients âgés. (2)

La polymédication, définie par l'OMS comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou par l'administration d'un nombre excessif de médicaments » est source de synergies, d'antagonismes et par conséquent d'interactions médicamenteuses dont les risques iatrogéniques se cumulent à chaque spécialité prescrite. Il n'y a cependant actuellement aucun consensus quant au seuil de médicaments à retenir comme « polymédication », mais il est fait mention récurrente dans la littérature que 5 et plus soit le seuil le plus adéquat pour en définir ce terme. (3)

Les spécialités à visée cardio-vasculaire (dont les bêtabloquants, ceux affectant le système rénine-angiotensine-aldostérone, les diurétiques, les antithrombotiques et les hypolipémiants), les psychotropes, les spécialités à visée endocriniennes (dont les anti-diabétiques et ceux à visée thyroïdienne) ainsi que les analgésiques sont identifiées comme étant les classes thérapeutiques les plus consommées et prescrites chez le sujet âgé. (2,14,15)

De ces interactions médicamenteuses, en résultent des effets indésirables parfois fréquents et/ou graves en population gériatrique notamment des chutes avec conséquences traumatiques (fractures fémorales, traumatismes crâniens, ...), des troubles ioniques, des altérations de la fonction cognitive, et nombreuses autres affections à l'origine d'hospitalisations voire de décès. (4)

En outre, il importe de réaliser une revue attentive de l'ordonnance du patient âgé amenant alors à envisager la déprescription de certaines spécialités jugées inadaptées selon le contexte.

La déprescription est définie comme le processus de retrait ou de réduction des doses d'un médicament inapproprié supervisé par un professionnel de santé dans le but de gérer la polymédication et d'améliorer la prise en charge du patient. (5)

B. La déprescription médicamenteuse

D'une manière générale, ces réévaluations thérapeutiques sont effectuées par les médecins généralistes, qui sont les plus à même d'apprécier l'individu dans sa globalité. Ces moments précieux que constituent les consultations de renouvellement sont propices à la déprescription, néanmoins, beaucoup restent hésitants quant aux modifications éventuelles de traitements parfois instaurés de longues dates et devant un manque de temps manifeste qu'impose une traditionnelle consultation de quinze minutes. Certains ignorent simplement comment procéder, d'autres craignent le conflit avec les confrères de spécialité fréquemment à l'origine d'instaurations pharmaceutiques. (6,7)

Force est de constater que l'hospitalisation en gériatrie peut parfois constituer le moment opportun pour le spécialiste du sujet âgé d'endosser un rôle alternatif et complémentaire au généraliste : celui de déprescripteur. Les décisions thérapeutiques du MG sont fortement influencées par les opinions du spécialiste ; le gériatre bénéficie alors d'une position prépondérante dans l'initiation d'une telle démarche. (8, 9) Ce premier temps hospitalier consacré à la déprescription constitue la phase initiale de cette dernière, d'importance considérable, mais un enjeu majeur se dégage alors : sa pérennité. Pour se faire, il est capital d'intégrer le généraliste dans le continuum thérapeutique par transmission desdites révisions médicamenteuses. (7)

C. Communication hospitalo-ambulatoire

Actuellement, la méthode principale de communication hospitalo-ambulatoire est représentée par le compte-rendu d'hospitalisation mais surtout par la lettre de liaison standard. Cette dernière doit comprendre certains éléments permettant d'en apprécier sa qualité en fonction de la présence de critères devant y figurer notamment la date (correspondant à celle de la sortie), le résumé d'hospitalisation et ses conclusions, les traitements de sortie et préconisations de prise en charge. (12) Kripalani *et al* (10) établissent dans leur étude que la communication directe ville-hôpital se produit peu fréquemment (de 3 à 20%), que la disponibilité du résumé hospitalier à destination du MG est faible à la sortie d'hospitalisation (12% à 34%), et reste pauvre à 4 semaines (51% à 77%) avec des données parfois manquantes (en particulier celles comprenant les traitements de sortie et leur justification).

Dans l'article de Patrice *et al* (13), il est exposé que 82.9% des MG ne sont pas satisfaits des délais de transmissions des informations et 95.4% considèrent que les médecins hospitaliers ne les font pas participer aux décisions concernant leurs patients. Par ailleurs, ils expriment leur préférence quant à une correspondance rapide, transparente, succincte et accessible. (7)

En somme, une communication médiocre affecte la continuité des soins et contribue aux effets indésirables en plus d'être une barrière notable à la déprescription. (6)
Selon O'Leary *et al*, 41 % des MG déclaraient qu'au moins un de leurs patients, sur les six derniers mois, avait subi un effet indésirable induit par un défaut de transfert d'information de la part de l'hôpital. (16)

Il en ressort alors la nécessité d'améliorer la communication qui est actuellement représentée majoritairement par la voie épistolaire (c'est-à-dire, la lettre de liaison standard et le CRH). (10,11)

Les résultats de l'étude qualitative de Nguyen *et al* (7) publiés en septembre 2021 relatent les opinions de MG qui rapportaient « qu'un coup de téléphone serait idéal » et qu'ils aimeraient être contactés directement en ce qui concerne les changements thérapeutiques intra-hospitaliers, même si cela « est logistiquement difficile des deux côtés car les médecins sont évidemment très occupés ».

De nombreuses études ont été menées pour évaluer les préférences communicationnelles des MG avec l'hôpital, et d'autres portaient principalement sur les recommandations concernant le contenu, plutôt que sur les processus, de communication. Peu de données sont retrouvées concernant l'impact de la communication téléphonique ville-hôpital sur la pérennité de la déprescription médicamenteuse, constituant le but de cette étude.

D. Objectifs de thèse

Ce travail de thèse avait pour objectif d'étudier l'efficacité d'une communication orale directe par téléphone, avec le médecin traitant (ou à défaut son remplaçant thésé ou non), à la sortie d'hospitalisation de gériatrie, en comparaison à la voie épistolaire (autrement dit à la lettre de liaison standard et/ou au compte-rendu d'hospitalisation), sur le maintien de la déprescription médicamenteuse effectuée lors du séjour hospitalier.

L'objectif secondaire de cette étude était de s'intéresser à la faisabilité de l'instauration de l'appel téléphonique systématique à la sortie de l'hôpital du point de vue des gériatres et des médecins généralistes.

II. MATÉRIELS ET MÉTHODES

A. Description de l'étude

Il s'agit d'une étude quantitative monocentrique observationnelle de type avant-après, réalisée au Centre Hospitalier de St Nazaire (Loire-Atlantique) dans le service de gériatrie (composé de 2 unités de 30 lits (secteurs G1 et G2), et 1 unité de 10 lits (secteur G3) soit 70 lits au total).

B. Population étudiée

1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- tout patient âgé de 75 ans et plus, hospitalisé dans l'un des 3 secteurs du service de gériatrie du CH de St Nazaire
- dont l'ordonnance d'entrée comportait au moins 5 médicaments
- et si au moins l'une des classes thérapeutiques, parmi les 4 classes principales suivantes, était déprescrite :
 - psychotrope
 - spécialité à visée cardio-vasculaire (dont les bêtabloquants, les médicaments visant le système rénine-angiotensine-aldostérone (SRAA), les diurétiques, les antithrombotiques, les hypolipémiants)
 - spécialité à visée endocrinienne (dont les anti-diabétiques et les thyroïdiques)
 - analgésique

2. Critères de non-inclusion :

Les critères de non inclusion étaient les suivants :

- absence de modification thérapeutique (déprescription) par rapport à l'ordonnance d'entrée ou si les déprescriptions ne concernaient pas l'une des 4 classes thérapeutiques principales énumérées ci-dessus
- tout patient n'ayant pas de médecin traitant
- tout patient transféré d'un autre service et/ou d'un autre hôpital
- tout patient transféré de l'EHPAD hospitalière du CHSN
- les patients dont les coordonnées du MT étaient erronées (pour les patients du groupe « après »)
- absence de réponse du MT (ou son remplaçant) pour les patients du groupe « après »

3. Critères d'exclusion

On été exclus de cette étude, les patients :

- transférés dans un autre service et/ou un autre hôpital
- transférés en EHPAD hospitalière du CHSN
- hospitalisés à domicile (HAD)
- décédés au cours de l'étude (durant l'hospitalisation et/ou avant la consultation de renouvellement)
- réhospitalisés avant la consultation de renouvellement
- n'ayant pas bénéficié de consultation de renouvellement
- pour lesquels l'ordonnance de renouvellement n'a pu être récupérée, notamment si : absence de réponse du MT après 3 appels itératifs ou refus de réponse ou boîte vocale ; coordonnées du MT erronées ; MT ayant déménagé / changé de cabinet ; MT décédé ; MT n'ayant pas accès aux ordonnances (VAD avec feuilles papiers non gardées) ; MT n'ayant jamais revu le patient après sa sortie

C. Déroulement de l'étude

La recherche documentaire a eu lieu durant toute l'étude (de janvier 2021 à février 2024) principalement sur la base de données PubMed à l'aide des mots clefs en terme anglais MeSH : *polypharmacy, older patient, geriatrics, morbidity, mortality, inappropriate medication, deprescribing, barriers, enablers, communication, discharge letter, telephone, general practice, primary care, hospital* ; ainsi que sur des articles en ligne d'instances françaises gouvernementales (HAS, INSEE) ou encore des travaux de thèse.

L'inclusion des patients s'est déroulée sur 8 mois : du 9 mai 2022 au 7 septembre 2022 pour les patients du groupe « avant » et du 7 septembre 2022 au 20 décembre 2022 pour les patients du groupe « après ».

Les ordonnances de renouvellement ont été récupérées par appel téléphonique au cabinet du médecin traitant de chaque patient inclus de février à mai 2023.

Le recueil des données et les analyses statistiques ont été réalisés entre mai et octobre 2023.

D. Constitution de l'échantillon

Après réunion avec les 7 gériatres et les 7 internes des 3 secteurs du service pour présentation de l'étude, l'inclusion des patients s'est déroulée, par leur soin, en 2 parties pour les répartir en 2 bras distincts :

- d'abord, 4 mois d'inclusion pour les patients du **groupe « avant »**, autrement dit, les patients pour lesquels la communication choisie avec le MT était par voie épistolaire (méthode majoritaire habituelle du service, constituant le groupe contrôle)

- puis, 3 mois et demi d'inclusion pour les patients du **groupe « après »**, pour lesquels la communication avec le MT était par voie téléphonique (nouvelle méthode à l'étude)

A noter que, si pour un patient du groupe « avant », un changement de traitement impliquait un effet notable sur sa santé (curatif ou au contraire avait un risque d'effet indésirable), et dont la communication orale par appel téléphonique au MT était jugée inévitable, le patient passait alors dans le groupe « après ».

Ainsi, sur les 47 patients inclus initialement dans le groupe « avant », 14 sont passés dans le bras du groupe « après ».

Le groupe « avant » était alors constitué de 33 patients (11 patients provenant du G1, 12 patients du G2 et 10 patients du G3), et 37 patients ont finalement été inclus dans le groupe « après » (2 patients provenant du G1, 20 patients du G2 et 15 patients du G3), soit un total de 70 patients inclus.

E. Recueil des données et analyses statistiques

1. Recueil des données durant l'hospitalisation

Concernant les patients du groupe « avant », des feuilles types nommées « fiche patient inclus » (cf. Annexe n°1) avaient été laissées à disposition dans chaque secteur du service, dans les bureaux médicaux.

Ces fiches, toutes identiques, comportaient les éléments suivants : un numéro d'inclusion, l'identité du patient (nom, prénom, date de naissance), les coordonnées de son MT, le motif d'hospitalisation, le mode et la date d'entrée, la liste des médicaments déprescrits (avec la DCI, la posologie, et le motif de déprescription) et enfin si ce patient avait nécessité que l'on joigne son MT par téléphone.

Pour les patient du groupe « après », des feuilles types basées plutôt sur un modèle de *checklist*, étaient à disposition de la même manière que pour le groupe précédent (cf. Annexe n°2).

Cette *checklist* permettait à l'appelant (interne ou gériatre) de suivre une trame systématique pour chaque appel.

Ces « fiches patients inclus » comportaient les mêmes éléments que celles des patients du groupe « avant », à la différence du dernier item, qui, cette fois, interrogeait le MT quant à la faisabilité d'un appel téléphonique systématique tel que celui qui était réalisé, ainsi qu'un ultime item posant la même question à l'interne ou au gériatre qui réalisait l'appel.

L'appel au MT du patient pouvait avoir lieu jusqu'à 48h avant ou après sa sortie d'hospitalisation, pour permettre les relances, ou encore l'éventuelle attente du rappel par le MT selon ses disponibilités.

2. Recueil des données après la consultation de renouvellement avec le MT (≥ 30 jours après la sortie du patient)

Une fois les 70 patients inclus, les ordonnances de renouvellement réalisées par leur MT lors de la consultation post-hospitalisation, étaient récupérées par appel téléphonique au cabinet, par la thésarde.

A nouveau, une feuille type *checklist* avait été élaborée afin de récupérer les informations nécessaires suivantes : les médicaments figurant sur cette ordonnance, l'âge, le sexe et le type d'exercice du MT (cf. Annexe n°3).

Pour cette étape, il n'était pas indispensable de parler directement au MT (ou à défaut son remplaçant), si la secrétaire avait accès et était autorisée à transmettre ces informations.

Cette ordonnance de renouvellement pouvait être alors récupérée oralement par téléphone, par fax ou encore par e-mail.

Les thérapies considérées comme represcrites par le MT étaient :

- Soit la même molécule que celle déprescrite
- Soit une molécule de la même classe thérapeutique que celle déprescrite (ex : une benzodiazépine remplacée par une autre équivalente)

3. Analyses statistiques

Les résultats ont été analysés à l'aide du logiciel Microsoft EXCEL et du logiciel en ligne BiostaTGV.

Les statistiques descriptives sont exprimées par les moyennes plus ou moins l'écart-type pour les variables quantitatives et par les fréquences et les effectifs pour les variables qualitatives.

Pour comparer des variables entre elles, les tests statistiques de Mann-Whitney Wilcoxon et le test exact de Fisher étaient utilisés. Le seuil de significativité α était fixé à 0,05.

F. Ethique

Les données des patients inclus ont été recueillies sous forme initiale papier avec anonymisation par ordre chronologique d'inclusion, puis retranscrites informatiquement pour être exploitées sous forme de tableur Microsoft EXCEL.

Le livret d'accueil explicatif du CHSN était donné à l'entrée, au patient, mentionnant la possibilité d'utilisation des données anonymisées pour la recherche non interventionnelle.

Cette étude a été approuvée et validée par le Comité d'Ethique de Recherche Non Interventionnelle (CERNI) de l'Université de Nantes. (cf. Annexe n°4).

III. RÉSULTATS

A. Description de l'échantillon

1. Caractéristiques des patients inclus dans l'étude

Sur presque 8 mois, 70 patients ont été inclus chez les patients hospitalisés en gériatrie par entrée directe ou via les urgences.

L'analyse du critère de jugement principal a pu être réalisée sur 36 de ces 70 patients (51.4%) pour lesquels l'ordonnance de renouvellement a pu être récupérée auprès du MT. 34 patients ont donc été exclus pour les motifs énumérés dans la **Figure 1**.

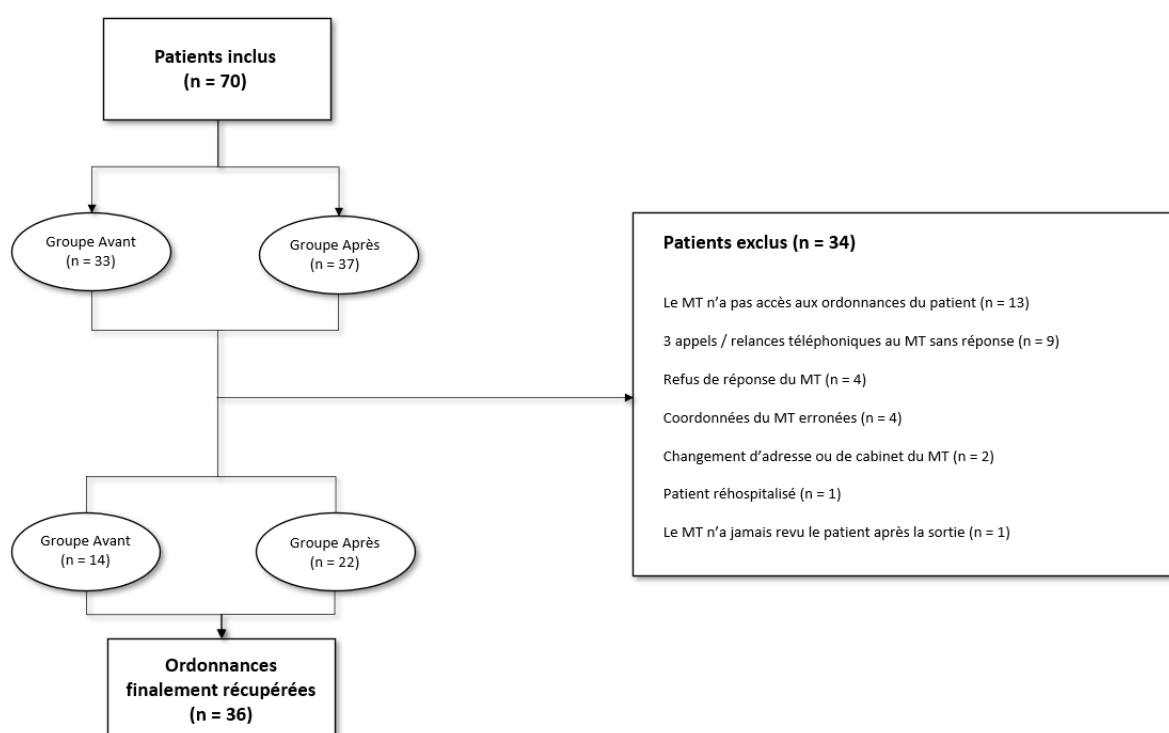


Figure 1. Diagramme de flux

L'âge moyen de la population étudiée était de $87,4 \pm 5$ ans avec $87,3 \pm 4,9$ ans pour le groupe « avant » et $87,5 \pm 5,3$ ans pour le groupe « après » ($p = 0,67$).

Sur les 70 patients, 42 étaient des femmes (60 %) soit un sex ratio (H/F) de 0.67 dont 0.65 pour le groupe « avant » et 0.68 pour le groupe « après » ($p = 1$).

Les entrées via les urgences constituaient la majorité des hospitalisations (82.9%) avec un ratio entrées directes / entrées par urgences de 0.3 pour le groupe « avant » et 0.2 pour le groupe « après » ($p = 0,53$).

La durée moyenne de séjour dans le service était de $16,8 \pm 9,9$ jours avec $16,6 \pm 9,5$ jours pour le groupe « avant », et $16,9 \pm 10,4$ jours pour le groupe « après » ($p = 0,96$).

Les caractéristiques de population sont résumées dans le **Tableau 2**.

Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes.

Caractéristiques	TOTAL	Groupe Avant	Groupe Après	p-value
Nombre de patients (n =)	70	33	37	-
(n) Hommes / (n) Femmes Sex ratio	28/42 0,67	13/20 0,65	15/22 0,68	p = 1
Age moyen (années)	87,4 ± 5	87,3 ± 4,9	87,5 ± 5,3	p = 0,67
(n) ED / (n) EU Ratio ED / EU	12/58 0,2	7/26 0,3	5/32 0,2	p = 0,53
DMS (jours)	16,8 ± 9,9	16,6 ± 9,5	16,9 ± 10,4	p = 0,96

Tableau 2. Résumé des caractéristiques de population

2. Motifs d'hospitalisation

Parmi les 3 principaux motifs d'hospitalisations, on retrouvait en tête les chutes avec un tiers des hospitalisations (23 patients).

Presque un patient sur cinq était hospitalisé pour un syndrome infectieux et/ou inflammatoire (13 patients).

Et enfin, 17.1 % des patients étaient hospitalisés pour une altération de l'état général ou encore « un maintien à domicile difficile » (12 patients).

On peut également mentionner que sur les 22 patients restants, 10 patients (14%) étaient entrés pour motif cardiaque et 5 patients (7%) pour motif neuropsychiatrique (Figure 2.).

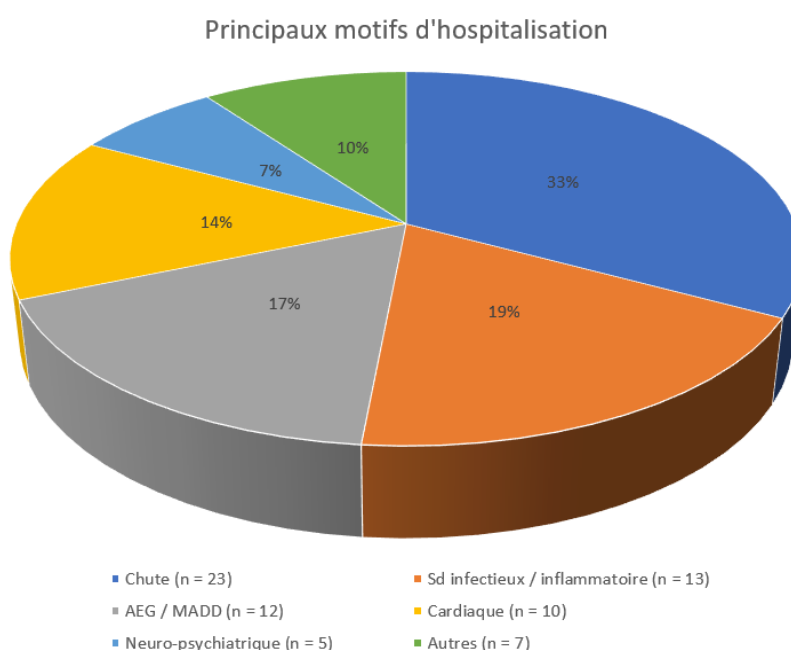


Figure 2. Principaux motifs d'hospitalisation

B. Caractéristiques des médecins traitants répondeurs

1. Caractéristiques globales des MT

La majorité des médecins traitants était représentée par des hommes (58.6%) qui avaient en général entre 40 et 60 ans (21.4%) et qui pratiquaient une activité professionnelle plutôt urbaine (22.9%).

A noter que ces pourcentages sont faibles devant une part non négligeable de statuts inconnus concernant l'âge et l'activité (respectivement 57.1% et 55.7%).

Le **Tableau 3.** résume les caractéristiques, illustrées par les diagrammes des **Figures 3, 4 et 5,** pour un visuel plus didactique.

Caractéristiques globales des MT	(N =)	(%)
Sexes :		
Femmes	29	41,4
Hommes	41	58,6
Âges :		
Non connu	40	57,1
< 40 ans	11	15,7
40-60 ans	15	21,4
> 60 ans	4	5,7
Activités :		
Non connue	39	55,7
Urbaine	16	22,9
Semi-rurale	10	14,3
Rurale	5	7,1

Tableau 3. Caractéristiques globale des MT répondeurs

Caractéristiques des médecins traitants (sexes)

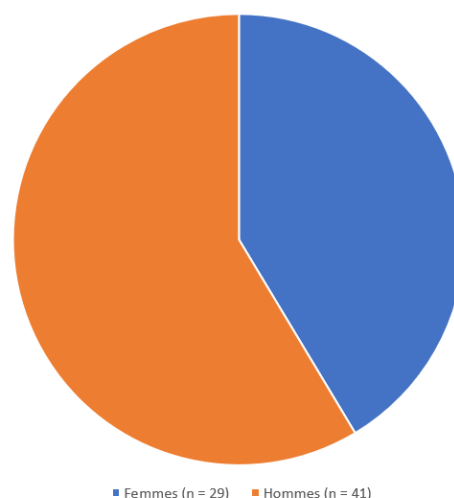


Figure 3. Sexes des MT répondeurs

Caractéristiques des médecins traitants (âges)

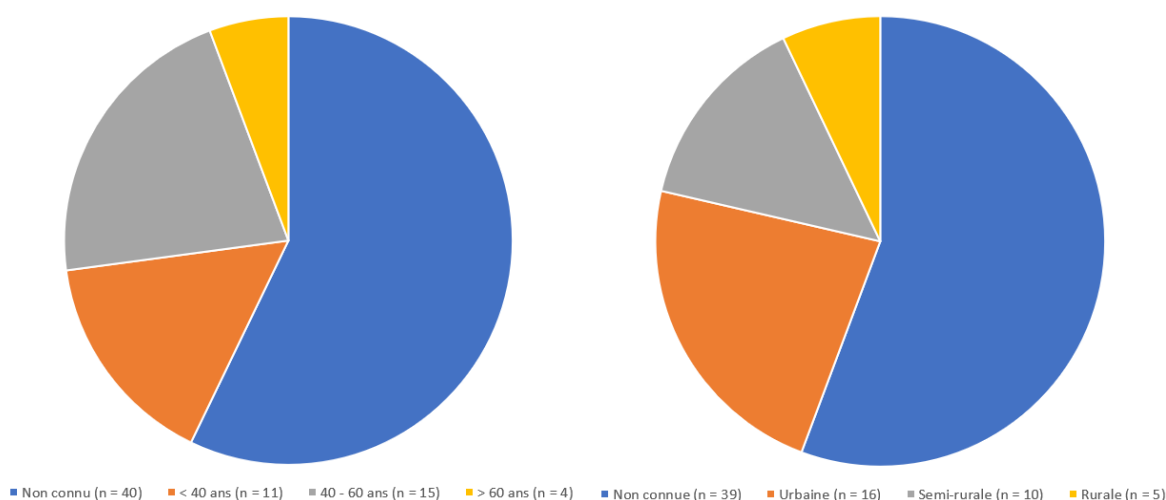


Figure 4. Âges des MT répondeurs

Caractéristiques des médecins traitants (activités)

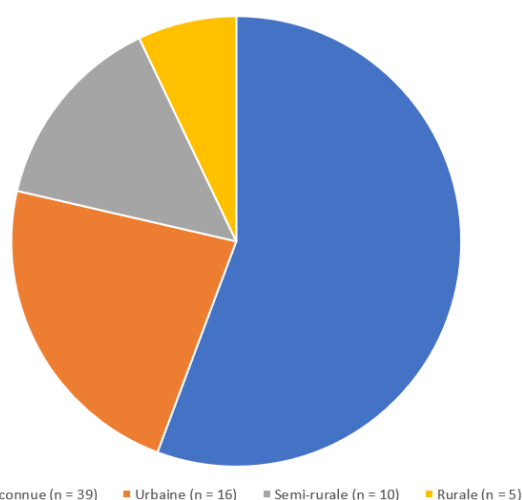


Figure 5. Activités des MT répondeurs

2. Caractéristiques intra-groupes des MT

Les médecins traitants des patients du groupe « avant » étaient majoritairement des femmes, âgées de 40 à 60 ans, exerçant en milieu urbain.

Contrairement à ceux du groupe « après » qui étaient pour trois quarts d'entre eux des hommes exerçant aussi en milieu urbain. On constate que la moitié avait moins de 60 ans, avec presque un quart de médecins âgés de moins de 40 ans. Un seul était âgé de plus de 60 ans.

On remarque également le fort taux d'inconnu quant aux âges et aux activités comme noté précédemment (**Tableau 4.**).

Caractéristiques intra-groupes des MT	Groupe avant		Groupe après	
	(n =)	%	(n =)	%
Sexes :				
Femmes	20	60,6	9	24,3
Hommes	13	39,4	28	75,7
Âges :				
Non connu	22	66,7	18	48,7
< 40 ans	2	6,1	9	24,3
40-60 ans	6	18,2	9	24,3
> 60 ans	3	9,1	1	2,7
Activités :				
Non connue	21	63,6	18	48,7
Urbaine	7	21,2	9	24,3
Semi-rurale	3	9,1	7	18,9
Rurale	2	6,1	3	8,1

Tableau 4. Caractéristiques intra-groupes des MT répondeurs

C. Déprescription

1. A l'échelle du patient

En moyenne par patient, 2.4 ± 1.2 médicaments ont été déprescrits, avec 2.6 ± 1.3 pour le groupe « avant » et 2.2 ± 1.1 pour le groupe « après » ($p = 0.25$).

C'est ce que nous montrent les résultats présentés dans le **Tableau 5.** où la majorité des patients a eu 2 médicaments déprescrits par rapport à leur ordonnance d'entrée (42.4 % des patients pour le groupe « avant » et 40.5 % pour le groupe « après » avec $p = 1$).

On peut voir une tendance à plus déprescrire dans le groupe « avant » que dans celui d'« après » : 39.4 % des patients du groupe « avant » ont eu 3 médicaments et plus déprescrits dont 4 patients (12.1 %) qui ont bénéficié d'une déprescription de 5 médicaments et plus, contre 29.7% des patients du groupe « après » dont 1 patient (2.7 %) qui a eu plus de 5 spécialités déprescrites ($p = 0.2$).

Toutefois, on constate qu'aucune différence significative n'est observée entre les deux groupes, peu importe le nombre de spécialités déprescrites ($p > 0.05$).

Médicament déprescrit (n =)	TOTAL patients n = 70		Groupe Avant n = 33		Groupe Après n = 37		p-value
	(n =)	%	(n =)	%	(n =)	%	
1	17	24,3	6	18,2	11	29,7	p = 0,43
2	29	41,4	14	42,4	15	40,5	p = 1
3	12	17,1	7	21,2	5	13,5	p = 0,54
4	7	10	2	6,1	5	13,5	p = 0,45
≥ 5	5	7,1	4	12,1	1	2,7	p = 0,2

Tableau 5. Médicaments déprescrits en chiffres.

2. A l'échelle globale

Au total, 165 médicaments ont été déprescrits durant cette étude (84 spécialités dans le groupe « avant » et 81 dans le groupe « après »).

Les statines étaient la première catégorie déprescrite (15.2 %), suivie par les spécialités visant le SRAA (12.7 %) et les diurétiques (10.9 %) qui constituent le podium de ce classement. (**Figure 6**).

Se suivent de très près les antidépresseurs (8.5 %), les inhibiteurs calciques (7.9 %), et enfin les benzodiazépines, antithrombotiques et bêtabloquants qui se partagent la 6^e place du classement (7.3 % chacun).

Toutes ces spécialités représentaient alors plus des 3 quarts des déprescriptions.

Le dernier quart se partageant entre les antalgiques (5.5 %), les antiarythmiques et médicaments endocriniens (4.2 %), les antipsychotiques (2.4 %) et enfin les anticholinergiques (1.8 %).

Ont été rassemblées dans la catégorie « autres », certaines spécialités anecdotiques déprescrites qu'une seule fois sur les 165 (4.9 %).

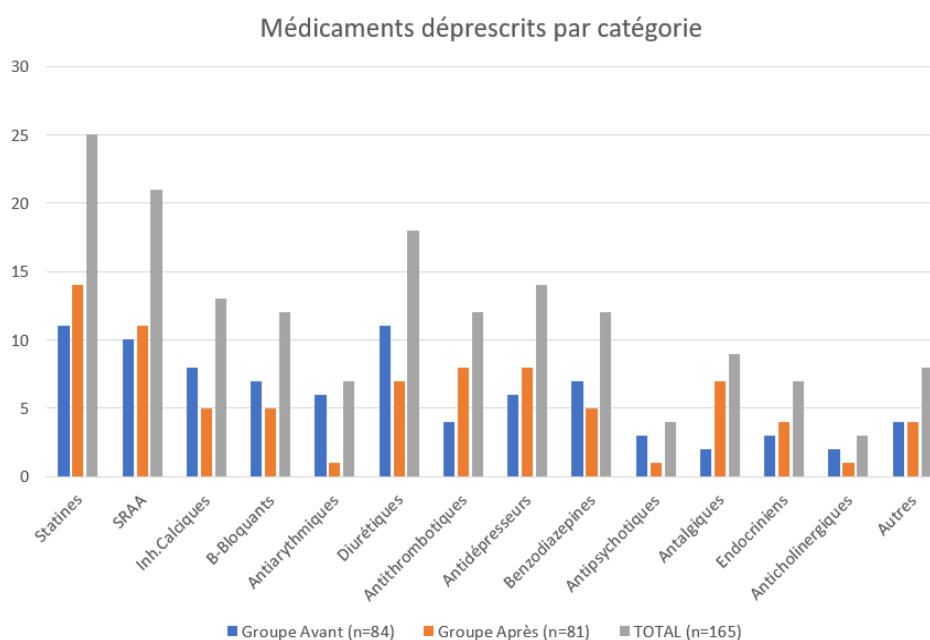


Figure 6. Médicaments déprescrits par catégorie.

3. Motifs de déprescription selon la classe médicamenteuse

Certaines spécialités ont été regroupées pour éviter les redondances.

3.1. Statines

Les 3 principaux motifs de déprescription concernant les statines sont : une balance bénéfice-risque défavorable (n=13), la non indication (prévention primaire ; âge > 80 ans) (n=3), une sarcopénie-dénutrition (n=2).

Aucun motif de déprescription n'a été retrouvé chez 2 des patients.

3.2. Médicaments à visée cardiovasculaire

Les 3 principaux motifs de déprescription concernant les médicaments à visée cardiovasculaire sont : une hypotension artérielle ou orthostatique (n=35), une insuffisance rénale aigüe (n=7), une déshydratation (n=5).

Aucun motif de déprescription n'a été retrouvé chez 4 des patients.

3.3. Antithrombotiques

Les 3 principaux motifs de déprescription concernant les antithrombotiques sont : une hémorragie avérée ou un sur-risque hémorragique (n=4), la non indication (n=3), le remplacement de l'antithrombotique par un autre (n=2).

3.4. Psychotropes

Les 3 principaux motifs de déprescription concernant les psychotropes sont : un remplacement du psychotrope par un autre ayant une meilleure tolérance chez le sujet âgé (n=11), une confusion et/ou une chute (n=4), d'autres effets indésirables que ces derniers (n=4) (pas d'indication retrouvée, balance bénéfice/risque défavorable, ordonnance d'entrée chargée, oubli de prescription).

Aucun motif de déprescription n'a été retrouvé chez 6 des patients.

3.5. Analgésiques

Les 3 principaux motifs de déprescription concernant les analgésiques sont : une confusion et/ou une chute (n=4), d'autres effets indésirables que ces derniers (n=2) (ordonnance d'entrée chargée, pas d'indication retrouvée), patient soulagé par un antalgique moins puissant (n=1).

Aucun motif de déprescription n'a été retrouvé chez un seul des patients.

3.6. Médicaments endocriniens

Les motifs de déprescription concernant les médicaments endocriniens sont en rapports avec des objectifs biologiques atteints ou dépassés (HbA1c et TSH) (n=4) ou le constat d'effets indésirables (ex : hypoglycémies) (n=3).

D. Represcription

1. Médicaments represcrits

Au total, sur les 36 patients dont les ordonnances de renouvellement ont pu être récupérées, 12 patients (33.3 %) ont eu un ou plusieurs médicament(s) represcrit(s) lors de la consultation post-hospitalisation avec leur MT (5 patients (13.9%) dans le groupe « avant », et 7 patients (19.4 %) dans le groupe après).

Pour ces 36 patients, 86 spécialités médicamenteuses avaient été déprescrites durant l'hospitalisation (36 spécialités (41.9 %) pour le groupe « avant », et 50 (58.1 %) pour le groupe « après »).

Finalement, 16 médicaments (18.6 %) ont été represcrits lors de ces consultations dont 7 pour le groupe « avant » (19.4 %) et 9 pour le groupe « après » (18 %) ($p = 1$).

Si l'on classe les médicaments represcrits en catégories par argument de fréquence, on retrouve à nouveau les statines en première place avec un tiers des represcriptions, les médicaments visant le SRAA en deuxième position (20 %) et les antidépresseurs en 3^e position (13 %). (**Figure 7.**)

Le reste étant réparti entre les diurétiques (12 %), les antalgiques palier 2 et anticholinergiques (6 % chacun).

CATÉGORIES DE MÉDICAMENTS REPRESCRITS PAR LES MÉDECINS TRAITANTS

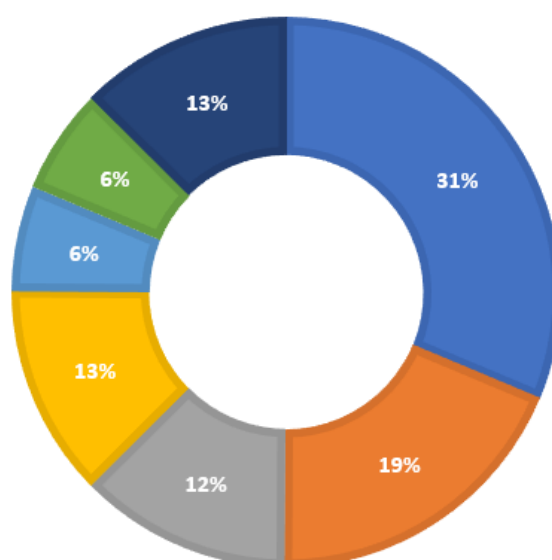
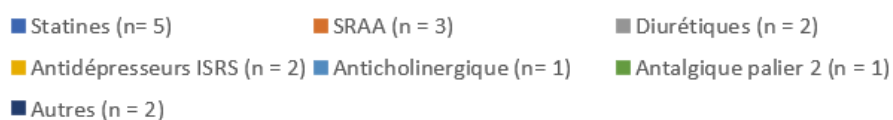


Figure 7. Médicaments represcrits par catégorie.

2. Caractéristiques des MT prescripteurs

Force est de constater qu'il y avait, au total, autant de femmes que d'hommes prescripteurs avec une majorité de femmes pour le groupe « avant » (80 %) s'inversant en faveur des hommes (71.4 %) pour les groupe « après ».

(Tableau 6.) Les médecins entre 40 et 60 ans exerçant une activité urbaine constituaient la majorité des prescripteurs.

On peut noter que les MT de plus de 60 ans ne sont pas représentés dans les prescripteurs (n=0 dans les 2 groupes).

Caractéristiques des MT Prescripteurs	Groupe Avant (n = 5)		Groupe Après (n = 7)		TOTAL (n = 12)	
		(%)		(%)		(%)
Sexes :						
Femmes	4	80	2	28,6	6	50
Hommes	1	20	5	71,4	6	50
Âges :						
Non connu	2	40	0	0	2	16,7
< 40 ans	1	20	3	42,9	4	33,3
40-60 ans	2	40	4	57,1	6	50
> 60 ans	0	0	0	0	0	0
Activités :						
Non connue	1	20	0	0	1	8,3
Urbaine	3	60	4	57,1	7	58,3
Semi-rurale	0	0	3	42,9	3	25
Rurale	1	20	0	0	1	8,3

Tableau 6. Caractéristiques des MT prescripteurs.

E. Faisabilité de l'appel téléphonique

1. Du point de vue des MG

Sur les 23 médecins généralistes interrogés, 23 pensaient que l'appel téléphonique serait faisable chaque fois qu'un de leurs patients sortirait d'hospitalisation, soit 100 % de réponses favorables.

2. Du point de vue des gériatres

Sur les 14 médecins du service interrogés 23 fois, il était estimé 18 fois que l'appel téléphonique serait faisable chaque fois qu'un des patients sortirait d'hospitalisation, soit plus de 3 quarts (78.4%) de réponses favorables.

Un seul gériatre trouvait cela non faisable devant un temps d'attente téléphonique long.

Et enfin 4 gériatres (17.3 %) n'ont pas répondu à la question, sans motif évoqué.

IV. DISCUSSION

A. Discussion générale

Au total, 70 patients du service de gériatrie du CH de St Nazaire ont été inclus dans cette étude : 33 ont été répartis dans le groupe contrôle « avant » et 37 dans le groupe « après ».

Un total de 165 médicaments a été déprescrit durant l'étude dont 84 dans le groupe « avant » et 81 dans le groupe « après », avec une moyenne de 2.4 spécialités déprescrites par patient (sans différence significative entre les 2 groupes).

Finalement, les ordonnances de renouvellement post-hospitalisation ont pu être récupérées pour 36 patients.

Sur les 86 spécialités déprescrites chez ces patients, 19.4% des médicaments ont été represcrits dans le groupe « avant » contre 18% pour le groupe « après », sans différence significative. A noter que les statines étaient la première classe represcrite, suivie par les médicaments visant le SRAA puis les antidépresseurs.

100% des MG estimaient qu'il était faisable de réaliser un appel téléphonique systématique lorsque leur patient sortait de gériatrie contre 78.4% des gériatres.

Les résultats de cette étude nous montrent donc bien une tendance à une déprescription plus pérenne lorsqu'un appel téléphonique est fait, par le gériatre, au médecin traitant du patient sortant. Cependant la différence entre les deux groupes reste faible (1.4%) et est d'ailleurs non significative statistiquement.

Cela peut s'expliquer par le fait que lors de la récupération des ordonnances de renouvellement, qui se faisait par appel téléphonique au cabinet du MT, il était très difficile de joindre ce dernier, et plus particulièrement pour les MT des patients du groupe « avant ». Ce fut une étape complexe de ce travail qui a nécessité souvent plusieurs appels itératifs sur des jours et horaires différents, amenant même à l'exclusion des patients concernés dans le cas où 3 appels ont été sans suite.

On note dans ce contexte que la moitié des patients a été exclue de l'étude, devant la non récupération de l'ordonnance de renouvellement du MT, expliquant l'absence de différence notable (et significative) entre les deux groupes. 57.6% des patients du groupe « avant » ont été exclus, contre 40.5% dans le groupe « après », ce qui semble cohérent avec le fait que les MT des patients du groupe « avant », n'ayant pas été inclus initialement sur l'appel téléphonique contrairement à ceux du groupe « après », soient moins joignables.

On constate d'ailleurs que dans le groupe « après », les MT ont facilement communiqué leur type d'activité et leur âge contrairement à ceux du groupe « avant », ce qui appuie le fait qu'ils étaient a fortiori plus facilement accessibles (inhérent, donc, au type d'inclusion des patients du groupe « après ») avec plus de temps pour aborder différents sujets tels que ceux susmentionnés.

Même s'ils reconnaissent la difficulté de les joindre par téléphone, les médecins généralistes accueillent particulièrement favorablement les appels. (19)

Différentes données sont retrouvées dans la littérature concernant l'accessibilité téléphonique des médecins entre eux.

Une première étude évoque qu'en général, les médecins généralistes et les spécialistes sont enclins à se contacter ; cependant, une minorité de spécialistes (7,7%) contacte les médecins généralistes moins d'une fois tous les 3 mois par téléphone. Plus des trois quarts des médecins généralistes sont satisfaits de l'accessibilité téléphonique des spécialistes, tandis que 94,1 % des spécialistes déclarent disposer d'une bonne accessibilité téléphonique. (17)

Une autre étude évaluant les perceptions des deux disciplines, a révélé des points de vue différents sur ces principaux problèmes : le retard d'information étant déploré par les médecins généralistes et la mauvaise accessibilité téléphonique des médecins généralistes étant la principale plainte des spécialistes.

Environ les trois quarts des médecins généralistes et spécialistes confondus, étaient satisfaits de l'accessibilité par téléphone des spécialistes. Quant à celle des MG, ceux-ci considéraient être accessibles pour 85.3% d'entre eux, contre un tiers (32.8%) des spécialistes qui les considéraient donc peu joignables par téléphone.(20)

Cela renvoie au résultat secondaire de notre étude qui rapportait 100% d'avis favorables de la part des MG quant à l'appel systématique à la sortie d'hospitalisation de leur patient par le gériatre, ce qui suggère qu'ils se considèrent disponibles et accessibles pour échanger par téléphone régulièrement. On note également que les gériatres, ici considérés comme « spécialistes », semblaient en désaccord, comme rapporté dans la littérature, avec seulement trois quarts des gériatres estimant cela faisable.

Les MG des patients du groupe « après » étaient majoritairement des hommes de moins de 40 ans exerçant en milieu urbain : c'est cette catégorie de médecins qui semble alors la plus disponible pour échanger par téléphone, ce que confirme Vermeir *et al* dans leur étude, qui montrait que les médecins généralistes exerçant en zone rurale ont moins de contacts téléphoniques que les médecins généralistes exerçant en zone urbaine. Ils évoquaient également qu'une expérience pratique plus longue et un âge plus avancé sont positivement associés à davantage de contacts téléphoniques, ce qui est en opposition avec nos résultats, car un seul MG avait plus de 60 ans dans le groupe « après », ce qui peut nous orienter vers le fait que cette catégorie de médecins, sous représentée ici car moins incluse, exerce souvent seule et sans secrétaire, la rendant moins accessible pour une communication orale directe. Ils justifient cela par le fait qu'un réseau professionnel plus vaste et plus «familier» composé de médecins plus âgés et plus expérimentés pourrait augmenter les échanges communicationnels. (17)

Parmi les represcripteurs, les MG plus âgés (> 60 ans) n'étaient pas représentés dans notre étude. Se pose alors la question de savoir si les médecins les plus âgés sont finalement ceux qui suivent le plus les recommandations post hospitalisation. Mais devant une faible part que représentait cette catégorie de médecins (5% dans cet échantillon), ce résultat n'est alors pas interprétable car non extrapolable en population générale.

Farquhar *et al* ont évalué le point de vue des médecins généralistes concernant les problèmes communicationnels avec les spécialistes et ont mis en exergue que les plaintes récurrentes concernaient le contenu, le style et le format de communication avec pour problématique principale la vitesse à laquelle les informations étaient reçues, c'est-à-dire leur réception trop tardive. (19)

Cela est soutenu par l'étude de Tandjung *et al*, qui retrouve un consensus clair sur le fait que les informations doivent parvenir au médecin généraliste au plus tard dans la journée après la sortie. (21)

Dans ce contexte, l'appel téléphonique s'avère être la solution idéale pour la transmission d'informations claires et rapides.

Il est d'autant plus plébiscité que les médecins généralistes se considèrent, via son biais, non plus comme de simples récepteurs d'informations mais également membres de l'équipe médicale en contribuant notamment à la prise de décisions. (21)

L'appel téléphonique n'est alors plus qu'un simple transfert d'informations mais une réelle interaction entre les deux parties médicales.

Même si le résultat principal de cette thèse est statistiquement non significatif, il peut être appuyé par l'étude de Hess *et al*, qui indiquait qu'un rapport verbal par téléphone associé à un rapport écrit pourrait réduire le taux de réadmission en cas d'insuffisance respiratoire. (18)

Cette conclusion soutient le fait qu'en communiquant oralement directement entre médecins, les informations concernant les patients sont mieux appréhendées permettant alors de diminuer les erreurs de prise en charge, et donc la morbi-mortalité.

En théorie, l'appel téléphonique paraît être une alternative idéale, mais est finalement difficile à mettre en place du côté des généralistes qui s'inquiètent d'un manque de temps et d'indemnisation adéquate que pourraient leur prendre des appels itératifs dans ce contexte. De plus, une appréhension est rapportée sur le fait qu'il ne peuvent pas toujours se rappeler facilement et rapidement du dossier d'un patient comme le nécessiterait un appel téléphonique impromptu. (22)

B. Forces et limites de l'étude

1. Forces

Il s'agit d'une étude pragmatique en conditions réelles avec évaluation des pratiques du service de gériatrie de St Nazaire (où elle sera d'ailleurs présentée pour un retour synthétique et analyse des résultats en groupe).

Beaucoup d'études qualitatives sont retrouvées dans la littérature concernant l'avis des médecins sur la communication hospitalo-ambulatoire mais peu sont retrouvées sur l'impact quantitatif que peut avoir une communication telle que celle par téléphone.

Les critères d'inclusion et de non inclusion étaient bien définis et peu restrictifs.

Les deux groupes étaient comparables avec une absence de différence significative concernant leurs caractéristiques.

Les procédures d'inclusion étaient standardisées pour chaque patient à l'aide des *checklists* réalisées en amont.

Enfin, il a été choisi de travailler sur le nombre de médicaments prescrits, plus que le nombre de patient qui ont eu des prescriptions, pour augmenter la puissance statistique.

1. Limites

Cette étude est monocentrique et ne concernait que le service de gériatrie de St Nazaire.

Elle est contrôlée mais non randomisée, ce qui présente un biais de sélection mais est inhérent à l'objectif et au format de l'étude. La randomisation était difficile à mettre en place ici et n'aurait probablement pas apporté de plus au vu du critère de jugement principal choisi.

Concernant le critère de jugement principal, on note une tendance à la baisse de la prescription lorsque l'appel téléphonique est fait, mais ce résultat est statistiquement non significatif, révélant une faible puissance statistique en lien avec un faible échantillon.

Cette étude présente également un biais d'attrition, altérant davantage la puissance, devant une part importante de patients exclus, pour lesquels les ordonnances de renouvellement post-hospitalisation n'ont pas pu être récupérées et donc ceux-ci n'ont pu être intégrés dans l'analyse pour le résultat final.

Un biais de recrutement est retrouvé concernant les patients du groupe «après» qui ont été inclus uniquement si leur MT répondait au téléphone, impactant le critère de jugement secondaire : 100% des MG estimaient l'appel téléphonique faisable à chaque sortie, mais cela représente un biais d'évaluation majeur car finalement la question n'était posée uniquement qu'aux MG des patient du groupe « après » (donc aux MG considérés comme disponibles par téléphone, inhérent à leur critère d'inclusion).

Quand les MT étaient appelés pour récupérer les ordonnances de renouvellement, la thésarde était confrontée à un manque de temps manifeste devant des médecins qui semblaient pressés et se faisaient ressentir comme non disponibles pour échanger. Elle n'a pu alors demander les motifs de prescriptions, qu'elle jugeait comme secondaires (item qui figurait sur la *checklist* n°2).

Il n'était abordé dans ce travail, que les médicaments déprescrits, sans considérer l'ensemble de l'ordonnance finale de sortie, alors que cela est probablement important au regard de l'impact que pouvait avoir l'introduction de nouvelles thérapeutiques en cours d'hospitalisation, sur la déprescription ou la represcription en ville.

On peut noter qu'il aurait été intéressant de savoir quelles étaient les molécules déprescrites de manière plus pérenne. Cette recherche n'a pas été réalisée ici puisqu'il est abordé uniquement les spécialités les plus represcrites par catégorie, et qu'il aurait été difficile de trouver un résultat fiable au vu du faible nombre de represcriptions par rapport à celui des déprescriptions (s'expliquant par le nombre de patient exclus). Cela pourrait alors s'intégrer dans un futur travail de recherche.

Enfin, certains traitements étaient déprescrits dans un contexte bien particulier, tel que les médicaments endocriniens qui s'adaptaient à leurs objectifs biologiques, ou encore les antihypertenseurs et les diurétiques qui s'adaptaient à la tension et la volémie, et nécessitaient souvent une suspension transitoire durant l'hospitalisation avec une réintroduction en ville parfois nécessaire au décours, ce qui biaise alors les résultats des represcriptions, car celles-ci sont alors adaptées à une évolution clinico-biologique et ne sont donc pas jugées inappropriées.

V. CONCLUSION

L'appel téléphonique systématique au médecin traitant à la sortie d'hospitalisation des patients de gériatrie semble permettre une meilleure pérennité de la déprescription médicamenteuse, en comparaison à une communication épistolaire (lettre de liaison standard et/ou CRH).

La généralisabilité des résultats en population « réelle » semble difficile devant cette étude à faible effectif manquant de puissance. Même si en théorie, communiquer directement oralement de médecin à médecin semble être l'option la plus efficace pour maintenir les modifications thérapeutiques, il est nécessaire de réaliser d'autres études en ce sens sur de plus grands effectifs pour pouvoir conclure.

Il serait intéressant d'intégrer le MT avant même de réaliser toute déprescription et l'appeler en amont dans le but de réaliser un choix mutualisé qui sera alors probablement le plus adapté pour le patient.

Il apparaît que cette communication téléphonique semble être difficile à intégrer dans le quotidien des médecins et explique donc pourquoi elle n'est actuellement pas la méthode communicationnelle de référence. Dans ce contexte plusieurs axes se dégagent : une solution pourrait être d'instaurer une communication orale des ordonnances entre secrétaires directement (avec possibilité de télésecrétariat), cependant, le risque semble alors être celui de l'erreur ou de l'incompréhension devant la mise en place d'un intermédiaire qui n'est pas à l'origine des changements et manquant potentiellement de connaissances médicales sur le sujet.

Un autre axe serait de prévoir des modalités pratiques concernant la manière et le moment où les médecins sont disponibles, et à cet égard, imaginer utiliser des lignes téléphoniques séparées pour les collègues et les patients avec des plages horaires fixes prévues spécifiquement pour les appels téléphoniques entre praticiens.(17) Ainsi, une rémunération adéquate pourrait être instaurée et pourrait alors encourager les médecins à pratiquer plus régulièrement ce type de communication.

On constate que les échanges par emails prennent de plus en plus d'essor devant l'ère du numérique et que le téléphone semble être en comparaison une méthode désuète, mais la rapidité communicationnelle reste toujours problématique ici devant des médecins prenant connaissance parfois tardivement de ces informations, car submergés par la quantité de documents qu'ils reçoivent quotidiennement.

Ainsi, peut-être pourrions-nous envisager de mettre à disposition l'intelligence artificielle pour effectuer un tri des informations en fonction du contexte avec une base de données médicales commune aux médecins, et permettre, en fonction des informations reçues, alerter plus ou moins rapidement l'interlocuteur concerné.

Enfin, nous finirons sur cette phrase de Freidson E. qui a défini la profession médicale comme une *« juxtaposition de petits cercles de médecins intérieurement homogènes et déconnectés les uns des autres »*. (23)

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. « Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee ». [en ligne, consulté le 11 septembre 2021]. Disponible sur internet : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488>
2. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*. déc 2007;5(4):345-51.
3. Halli-Tierney AD, Scarbrough C, Carroll D. Polypharmacy: Evaluating Risks and Deprescribing. *Am Fam Physician*. 1 juill 2019;100(1):32-8.
4. Hamilton HJ, Gallagher PF, O'Mahony D. Inappropriate prescribing and adverse drug events in older people. *BMC Geriatr*. déc 2009;9(1):5.
5. Reeve E, Gnjdic D, Long J, Hilmer S. A systematic review of the emerging definition of 'deprescribing' with network analysis: implications for future research and clinical practice.: The emerging definition of 'deprescribing'. *Br J Clin Pharmacol*. déc 2015;80(6):1254-68.
6. Alrasheed M, Alhawassi T, Alanazi A, Aloudah N, Khurshid F, Alsultan M. Knowledge and willingness of physicians about deprescribing among older patients: a qualitative study. *CIA*. août 2018;Volume 13:1401-8.
7. Nguyen AD, Baysari MT, Duong M, Zheng WY, Ng B, Lo S, et al. Communicating deprescribing decisions made in hospital with general practitioners in the community. *Intern Med J*. sept 2021;51(9):1473-8.
8. Ailabouni NJ, Nishtala PS, Mangin D, Tordoff JM. Challenges and Enablers of Deprescribing: A General Practitioner Perspective. Cox D, éditeur. *PLoS ONE*. 19 avr 2016;11(4):e0151066.
9. Luymes CH, van der Kleij RMJJ, Poortvliet RKE, de Ruijter W, Reis R, Numans ME. Deprescribing Potentially Inappropriate Preventive Cardiovascular Medication: Barriers and Enablers for Patients and General Practitioners. *Ann Pharmacother*. juin 2016;50(6):446-54.
10. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care. *JAMA*. 28 févr 2007;297(8):831.
11. Schwarz CM, Hoffmann M, Schwarz P, Kamolz LP, Brunner G, Sendlhofer G. A systematic literature review and narrative synthesis on the risks of medical discharge letters for patients' safety. *BMC Health Serv Res*. déc 2019;19(1):158.
12. Haute Autorité de Santé. IQSS 2018 - MCO : fiche descriptive - Qualité de la lettre de liaison à la sortie (QLS). 22 Juin 2018. [en ligne, consulté le 04/10/2021] Disponible sur internet : https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201512/fiche_descriptive_gds_mco_9.1_2.2015.pdf

13. François P, Boussat B, Fourny M, Seigneurin A. Qualité des services rendus par un Centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes. *Santé Publique*. 2014;26(2):189.
14. Professeur Legrain Sylvie. Haute Autorité de Santé. « Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé ». 2005. [en ligne, consulté le 20/02/2022] Disponible sur internet : http://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28_16_44_51_580.pdf
15. Farbos Frederic. Optimisation thérapeutique dans un service de post-urgence gériatrique : suivi des recommandations hospitalières par le médecin généraliste. [Thèse de Diplôme d'Etat de Docteur en pharmacie]. Université de Bordeaux : U.F.R des sciences pharmaceutiques ; 2004.
16. O'Leary KJ, Liebovitz DM, Feinglass J, Liss DT, Baker DW. Outpatient physicians' satisfaction with discharge summaries and perceived need for an electronic discharge summary. *Journal of Hospital Medicine*. sept 2006;1(5):317-20.
17. Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, Ommeslag D, Van De Putte M, Heytens S, et al. Mutual perception of communication between general practitioners and hospital-based specialists. *Acta Clinica Belgica*. 3 sept 2015;70(5):350-6.
18. Hess DR, Tokarczyk A, O'Malley M, Gavaghan S, Sullivan J, Schmidt U. The Value of Adding a Verbal Report to Written Handoffs on Early Readmission Following Prolonged Respiratory Failure. *Chest*. déc 2010;138(6):1475-9.
19. Farquhar MC, Barclay SIG, Earl H, Grande GE, Emery J, Crawford RAF. Barriers to effective communication across the primary/secondary interface: examples from the ovarian cancer patient journey (a qualitative study). *Eur J Cancer Care*. sept 2005;14(4):359-66.
20. Berendsen AJ, Kuiken A, Benneker WH, Meyboom-de Jong B, Voorn TB, Schuling J. How do general practitioners and specialists value their mutual communication? A survey. *BMC Health Serv Res*. déc 2009;9(1):143.
21. Tandjung R, Rosemann T, Badertscher N. Gaps in continuity of care at the interface between primary care and specialized care: general practitioners' experiences and expectations. *IJGM*. nov 2011;773.
22. Wong RKM, Tan JSM, Drossman DA. Here's My Phone Number, Don't Call Me: Physician Accessibility in the Cell Phone and E-mail Era. *Dig Dis Sci*. mars 2010;55(3):662-7.
23. Clanet R, Bansard M, Humbert X, Marie V, Raginel T. Revue systématique sur les documents de sortie d'hospitalisation et les attentes des médecins généralistes. *Santé Publique*. 2015;27(5):701-11.

ANNEXE n°1

1^{ère} partie – Patients du groupe « avant » - Communication épistolaire

Critères d'inclusion des patients :

- Tout patient ≥ 75 ans hospitalisé dans l'un des 3 secteurs de gériatrie du CHSN
- Dont l'ordonnance d'entrée comporte ≥ 5 médicaments
- Pour lequel, au moins une, parmi les 4 classes thérapeutiques suivantes, a été déprescrite :

Psychotrope, Cardiotrope (dont bêtabloquant, SRAA, diurétiques, antithrombotique, hypolipémiant), **Endocrinien** (dont antidiabétique, thyroïdien), **Analésique**

Est considéré comme « déprescrit », tout traitement arrêté ou dont la posologie a été diminuée

Critères de non-inclusion :

- Absence de médecin traitant
- Transfert d'un autre service/hôpital
- Transfert de l'EHPAD hospitalière du CHSN

FICHE PATIENT INCLUS – N°

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE / AGE : _____

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT : _____

NOM ET COORDONNEES DE LA PHARMACIE (si possible) : _____

DATE D'ENTREE (+ si possible date SORTIE), par les URGENCES ☐ ou entrée DIRECTE ☐ _____

MOTIF D'HOSPITALISATION / CONCLUSION : _____

TRAITEMENT(S) DEPRESCRIT(S) (DCI, posologies, motif(s) de déprescription) : _____

Si un appel téléphonique au médecin traitant a été réalisé durant l'hospitalisation pour faire part d'un changement important de traitement, merci de le notifier ici : OUI ☐ / NON ☐

Dans ce cas, merci de récupérer ces informations :

- Réponse du médecin traitant lui-même ☐ ? son remplaçant ☐ ? son interne ☐ ? (cocher la bonne réponse)
- Absence de réponse ☐ ? boîte vocale ☐ ? secrétaire / personnel non médecin ☐ ? (cocher la bonne réponse)

ANNEXE n°2

2^e partie - Patients du groupe « après » - Communication téléphonique

CHECK LIST – Appel téléphonique au médecin traitant (possible 48h avant ou après la sortie)

FICHE PATIENT INCLUS – N°

1) Nom et statut de l'appelant (interne, Docteur)

2) Vérification de l'identité de l'appelé

➤ **Si MT / remplaçant thésé ou non / interne** : poursuivre l'appel

Confirmer l'identité / coordonnées du MT et le noter : _____

➤ **Si boîte vocale / secrétaire / personnel non médecin** : mettre fin à l'appel, réitérer plusieurs fois (dans la mesure du possible) jusqu'à obtention du médecin. Rappel par le MT autorisé.

Indiquer si possible les coordonnées de la pharmacie : _____

3) Motif de l'appel : identité du patient = nom, prénom, date de naissance :

Rappel bref du motif d'hospitalisation / synthèse de l'hospitalisation :

Noter date entrée et sortie, et si entrée par : URGENCES ☐ ou DIRECTE ☐ (cocher la bonne) : _____

Possibilité de répondre brièvement aux questions du MT si besoin

4) Communication des traitements de sortie au MT

Enoncer des traitements modifiés = insister surtout sur ceux déprescrits (DCI, posologies) et les noter :

Explication brève pour justification des changements (à noter à côté de chaque spécialité)

5) Demander au médecin s'il considère faisable d'intégrer un appel téléphonique similaire à celui-ci à chaque sortie d'hospitalisation de sa patientèle gériatrique

Cocher la bonne réponse : OUI ☐ / NON ☐

Si non : demander pourquoi, et le noter _____

6) Fin de l'appel

7) Noter si vous considérez faisable d'intégrer un appel téléphonique similaire à celui-ci à chaque sortie d'hospitalisation des patients

Cocher la bonne réponse : OUI ☐ / NON ☐

Si non : justifiez et le noter _____

ANNEXE n°3

Pour tous les patients : 30 jours (et plus) après la sortie d'hospitalisation
CHECK LIST – Appel téléphonique au médecin traitant

- 1) Nom et statut de l'appelant (Chloé, interne)
- 2) Vérification de l'identité de l'appelé
 - **Si MT / remplaçant thésé ou non / interne** : poursuivre l'appel
Confirmer le nom / le statut : le noter
 - **Si secrétaire / personnel non médecin / toute autres personne ayant accès** aux ordonnances du patient : poursuivre l'appel
Confirmer le nom / le statut : le noter
 - **Si boîte vocale** : mettre fin à l'appel, et le noter
Dans ce cas, si possible, appeler pharmacie du patient pour récupérer ordonnance
- 3) Motif de l'appel : identité du patient = nom, prénom, date de naissance
Explication brève quant à la nécessité de récupérer l'ordonnance de renouvellement dans le cadre d'un travail de thèse
- 4) Demande : âge, sexe, type d'exercice du médecin traitant concerné
- 5) Note de tous les traitements renouvelés
- 6) Demande d'une brève justification quant aux médicaments represcrits et si évènements intercurrents ayant poussé à represcrire certaines spécialités

ANNEXE n°4



Nantes, le 5 avril 2022

Dossier suivi par : Catherine BONTE
Direction de la recherche, des partenariats et de
l'innovation
catherine.bonte@univ-nantes.fr
07 87 20 45 26

Madame Chloé MASCRER,
Interne en médecine générale
Centre hospitalier de St Nazaire
11 bd Georges Charpak
44600 SAINT NAZAIRE

N/Réf: SY/GD/CB 2022 DRPI n°150

S/c de Monsieur Renaud DEFEVRE,
Responsable scientifique

Objet : Avis du CERNI sur le projet « Impact de l'appel téléphonique systématique au médecin traitant à la sortie d'hospitalisation des patients de médecine aiguë gériatrique sur la pérennité de la déprescription médicamenteuse en comparaison à une communication épistolaire (lettre de liaison standard et/ou compte-rendu d'hospitalisation) : étude monocentrique de type avant/après ».

Madame, Chère collègue,

Vous avez soumis à l'examen du comité d'éthique de la recherche non interventionnelle (CERNI) de Nantes Université (n°IRB : IORG0011023), un projet intitulé « Impact de l'appel téléphonique systématique au médecin traitant à la sortie d'hospitalisation des patients de médecine aiguë gériatrique sur la pérennité de la déprescription médicamenteuse en comparaison à une communication épistolaire (lettre de liaison standard et/ou compte-rendu d'hospitalisation) : étude monocentrique de type avant/après », dont Monsieur Renaud DEFEVRE assure la responsabilité scientifique et nous vous en remercions.

L'objectif de votre travail de thèse est d'étudier l'efficacité d'une communication orale directe par téléphone avec le médecin traitant à la sortie d'hospitalisation de gériatrie, en comparaison à la voie épistolaire (lettre de liaison standard et/ou au compte-rendu d'hospitalisation), sur le maintien de la déprescription médicamenteuse effectuée lors du séjour hospitalier.

Après un examen attentif, j'ai le plaisir de vous informer que la qualification réglementaire en recherche non interventionnelle a été soumise et validée par le comité éthique de la recherche non-interventionnelle de Nantes Université avec le numéro de référence n°05042022.

Restant à votre disposition, je vous prie de croire, Madame, Chère collègue, en l'assurance de mes sentiments dévoués.

Guillaume DURAND
Président du CERNI

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

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

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

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

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

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

NOM : MASCRIER

PRENOM : Chloé

Titre de Thèse :

Impact de l'appel téléphonique systématique au médecin traitant à la sortie d'hospitalisation des patients de médecine aiguë gériatrique sur la pérennité de la déprescription médicamenteuse en comparaison à une communication épistolaire (lettre de liaison standard et/ou compte-rendu d'hospitalisation) : étude monocentrique de type avant/après.

RESUME

Introduction :

La polymédication chez le sujet âgé est un réel enjeu de santé public en étant à l'origine d'interactions médicamenteuses génératrices de morbi-mortalité. Il importe de réaliser une revue attentive de l'ordonnance et envisager régulièrement la déprescription de spécialités jugées inappropriées. L'hospitalisation en gériatrie constitue le moment opportun pour se faire et la communication des modifications représente une démarche importante pour en maintenir la pérennité.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'efficacité d'un appel téléphonique systématique au MT du patient sortant de gériatrie, sur le maintien de la déprescription médicamenteuse en comparaison aux méthodes habituelles (lettres de liaison et/ou CRH). L'objectif secondaire était d'évaluer la faisabilité de l'instauration de cet appel téléphonique.

Matériel et méthode :

Il s'agit d'une étude monocentrique de type avant-après, réalisée dans le service de gériatrie du CH de St Nazaire. Était inclus, tout patient âgé de 75 ans et plus, hospitalisé dans le service de gériatrie dont l'ordonnance d'entrée comportait au moins 5 médicaments et dont au moins un, parmi les 4 classes principales, était déprescrit durant le séjour. L'inclusion s'était déroulée sur 8 mois, permettant d'abord l'inclusion de 33 patients pour le groupe contrôle « avant » (communication épistolaire) et 37 patients pour le groupe à l'étude « après » (communication téléphonique).

Résultat :

Au total, 70 patients ont été inclus dans cette étude. 165 médicaments ont été déprescrits dont 84 dans le groupe « avant » et 81 dans le groupe « après », avec une moyenne de 2.4 spécialités déprescrites par patient (sans différence significative entre les 2 groupes).

Les ordonnances de renouvellement ont pu être récupérées pour 36 patients. Sur les 86 spécialités déprescrites chez ces patients, 19.4% des médicaments ont été represcrits dans le groupe « avant » contre 18% pour le groupe « après », sans différence significative.

100% des MG estimaient qu'il était faisable de réaliser un appel téléphonique systématique lorsque leur patient sortait de gériatrie contre 78.4% des gériatres.

Conclusion :

L'appel téléphonique systématique au médecin traitant à la sortie d'hospitalisation des patients de gériatrie semble permettre une meilleure pérennité de la déprescription médicamenteuse, en comparaison à une communication épistolaire (lettre de liaison standard et/ou CRH).

MOTS-CLES

polymédication, patient âgé, gériatrie, morbidité, mortalité, médicament inapproprié, déprescription, barrières, facilitateurs, communication, lettre de sortie, téléphone, médecine générale, soins primaires, hôpital

Title of the study :

Impact of systematic phone call to the primary care physician upon discharge of acute geriatric medicine patients on the sustainability of medication deprescription compared to written communication (standard discharge letter and/or hospitalization report): a single-center before/after study.

ABSTRACT

Introduction :

Polypharmacy in the elderly is a real public health issue, as it leads to drug interactions that generate morbidity and mortality. It is important to conduct a careful review of the prescription and regularly consider discontinuing inappropriate medications. Hospitalization in geriatrics provides an opportune moment for this, and communicating changes is crucial for maintaining sustainability.

The main objective of this study was to evaluate the effectiveness of systematic phone call to the referring physician for elderly patients upon discharge, in maintaining medication discontinuation compared to usual methods (standard discharge letter and/or hospitalization report). The secondary objective was to assess the feasibility of implementing this phone call.

Materials and methods :

This is a single-center, before-after study conducted in the geriatrics department of the St Nazaire Hospital. The patients included were all patients aged 75 and older hospitalized in the geriatrics department whose admission prescription included at least 5 medications, and at least one medication from the four main classes was discontinued during the stay. The inclusion period spanned 8 months, initially allowing for the inclusion of 33 patients for the control group « before » (letter communication) and 37 patients for the study group « after » (telephone communication).

Results :

In total, 70 patients were included in this study. 165 medications were discontinued, with 84 in the « before » group and 81 in the « after » group, with an average of 2.4 medications discontinued per patient (no significant difference between the two groups). Prescription renewals were obtained for 36 patients. Out of the 86 discontinued medications in these patients, 19.4% were restarted in the « before » group compared to 18% in the « after » group, with no significant difference.

100% of general practitioners believed it was feasible to conduct a systematic phone call when their patient was discharged from geriatrics, compared to 78.4% of geriatricians.

Conclusion :

Systematic phone call with the general practitioner upon discharge of geriatric patients from the hospital appears to result in better sustainability of medication discontinuation compared to written communication (standard discharge letter and/or hospitalization report).

KEYWORDS

polypharmacy, older patient, geriatrics, morbidity, mortality, inappropriate medication, deprescribing, barriers, enablers, communication, discharge letter, telephone, general practice, primary care, hospital