

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2021

N°

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Julie, MORIN

Présentée et soutenue publiquement le *22 avril 2021*

**MODIFICATIONS THÉRAPEUTIQUES EN MÉDECINE POLYVALENTE DU CHU DE
NANTES : PERCEPTION DES MÉDECINS TRAITANTS**

Président du Jury :
Directeur de Thèse :
Membres du Jury :

Pr MONTASSIER Emmanuel
Dr BAZILE Marion
Dr VIGNEAU-VICTORRI Caroline
Dr FOURNIER Jean-Pascal

REMERCIEMENTS

A ma famille qui s'efforçait de comprendre quand je ne pouvais pas venir les voir et qui ont été là quand je le pouvais enfin. Merci à toi pour tes bons petits plats et tes paroles réconfortantes lors des weekend vendéens. Toi, tu m'avais promis que tu te raseras la moustache si j'y arrivais, je n'oublie pas... Vous, je suis contente d'être parvenue à votre niveau, je suis tellement fière de vous, de ce que vous avez accompli, de ce que vous êtes devenus, merci chers frères et sœur de m'avoir montré le chemin.

A vous les Normands qui m'avez accueillie sans sourciller alors que je venais de créer un raz-de-marée dans votre quotidien. Merci de m'avoir babysittée lors de la création de cet ouvrage, d'avoir ouvert mes papilles et rempli mon registre de bonnes blagues.

A toi dont j'ai été la muse durant les meilleurs mois de mon internat. C'est fou, on aurait pu se marier tellement on s'entend bien. Hâte d'être docteur à mon tour, je sens bien que tu me regardes de haut depuis que tu es thésé... Merci pour les conseils, le soutien, les soirées, les dîners, l'hébergement d'urgence, les moments précieux ensemble à l'hôpital. Merci pour ton amitié. J'en prendrais soin. Mais continue de me répondre quand je t'envoie des messages.

Merci à ton amoureux d'être ton amoureux et de te rendre si heureux. Tu es un modèle de positivité et de dynamisme. Merci de m'avoir accueillie dans ton univers ! Je compte bien y rester.

Toi, t'es là depuis le début de l'aventure Médecine. Je t'ai dit que je détestais ton prénom. Que je l'aime désormais ! Je t'ai vu grandir et évoluer, devenir toi, et regarde toi ! Une future médecin généraliste comme j'aime en voir, une femme accomplie, une amie en or. J'ai l'impression que tu es mon amie depuis toujours. Je serais toujours là pour les moments de joie ou de tristesse, comme tu as toujours été là. Merci. Et reviens vite à Nantes.

Au petit prétentieux qui croit que la vie est plus belle en Amérique du sud. Grâce à toi le lycée était une partie de plaisir. Tu te souviens quand on se disait qu'on allait réussir, on l'a fait. Merci pour nos premiers restos, pour avoir écouté mes plaintes amoureuses et professionnelles, merci de toujours passer me voir quand tu reviens au pays. Merci au coronavirus de t'avoir empêché de repartir trop vite...

Il existe deux êtres merveilleux, répondants à l'appel du Ratel, voguant tels des héros sur les rives de l'Erdre, une bière à la main et les cheveux aux vents, que je souhaite remercier. Les unlock, le ski, le chill, le boat, le chill... Longue vie aux Bonnalivettes !

Merci aux amis d'Ancenis pour cette expérience mémorable.

Merci aux bébés internes de MPU. Arrêtez de m'appeler mamie.

Merci à la meilleure Directrice de thèse qu'un interne peut espérer avoir. On pourra enfin laisser tout ça derrière nous et se concentrer sur des soirées plus festives...

Merci aux Dr RABAUD-PELLETIER et au Dr FERNAND-GENTY de m'avoir fait toucher du doigt l'essence même de la médecine générale.

Merci au Dr HILD pour ces dernières GEP et pour m'avoir fait découvrir la communication.

Merci au Dr DAGUZAN-BOENEC de me faire confiance pour la prise en charge de ses patients. Je prendrais soin d'eux.

Merci au Dr LACROIX, mon ami, pour le bruit blanc, le partage et la sincérité.

Merci aux membres du Jury d'avoir bien voulu participer à cette soutenance.

A Toi.

J'ai bouleversé ta vie et tu enchantes la mienne, tu crées un paradis dont je suis l'heureuse reine. Rien n'est plus beau au monde que ton âme et ton cœur, comme si chaque seconde n'était que du bonheur. C'est une si belle histoire, une vaillante épopée, et j'ai très bon espoir qu'elle ne termine jamais. Et si l'on m'avait dit que j'allais me marier à la fusion d'Adjani et de Beyoncé, un petit cœur tout doux d'amour de chat tout doux, j'aurais simplement demandé : Bien, je signe où?

Cet écrit marque la fin de mon internat qui nous aura tellement mis dans l'embarras. Ton soutien fut précieux quand j'étais au plus bas, je te remercie tant d'avoir su être là.

Mais ici c'est aussi le début du nouveau. Ce temps que j'ai désormais, je t'en fais cadeau ! Car il n'y a rien que je n'souhaite plus au fond de moi, que de chérir ces si beaux moments avec toi.

Je t'aime.

En hommage à Tosca et Billy

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
LISTE DES ABRÉVIATIONS	7
INTRODUCTION	8
1. Modifications thérapeutiques en hospitalisation	8
2. Communication des modifications thérapeutiques : conciliation médicamenteuse et lettre de liaison.	8
2.1. Conciliation médicamenteuse	8
2.2. Lettre de liaison	9
3. Devenir des modifications thérapeutiques en médecine de ville	9
4. Le service de médecine polyvalente du CHU de Nantes.	10
4.1. Caractéristiques du service	10
4.2. Communication ville-hôpital	10
4.3. Conciliation médicamenteuse en MPU du CHU de Nantes	10
5. Objectifs de thèse	11
MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	12
1. Choix du service de Médecine Polyvalente du CHU de Nantes	12
2. Choix de l'étude qualitative	12
2. Recherche documentaire	12
3. Constitution de l'échantillon	12
4. Elaboration du guide d'entretien	13
5. Recueil et analyse des données	14
6. Ethique	14
RÉSULTATS	15
1. Recrutement des médecins généralistes	15
2. Caractéristiques des médecins inclus dans l'étude	16
3. Justification des modifications thérapeutiques dans la lettre de liaison	17
3.1. Etude des modifications thérapeutiques	17
3.2. Justification des modifications thérapeutiques	18

4. Partie 1 de l'entretien : Ressenti concernant les modifications thérapeutiques réalisées en hospitalisation	20
4.1. Sur les modifications thérapeutiques en elles-mêmes	20
4.1.1. Autonomie du médecin traitant	20
4.1.2. Bénéfices perçus des modifications thérapeutiques en hospitalisation	21
4.1.3. Perception négative des modifications thérapeutiques	24
4.2. Sur la communication des modifications thérapeutiques (relation ville-hôpital)	27
4.2.1. Justification des modifications thérapeutiques	27
4.2.2. Organisation du courrier	31
4.2.3. Attentes des médecins traitants	33
5. Partie 2 de l'entretien : application des modifications thérapeutiques lors du premier renouvellement	35
5.1. Critères de maintien des thérapeutiques	35
5.2. Critères de modification lors du premier renouvellement	38
5.2.1. Modifications liées à un critère médical	38
5.2.2. Modifications liées à une exigence organisationnelle	41
5.2.3. Modifications en lien avec la lettre de liaison	41
DISCUSSION	43
1. Synthèse des résultats et commentaires	43
1.1. Précision des informations sur les modifications thérapeutiques	43
1.1.1 Caractéristiques des modifications thérapeutiques	43
1.1.2 Justification des modifications thérapeutiques	44
1.2. Perception des médecins traitants concernant les modifications thérapeutiques	45
1.3. Perception des médecins traitants sur la communication des modifications thérapeutiques	46
1.4. Devenir des prescriptions thérapeutiques lors du premier renouvellement	48
1.4.1. Maintien des thérapeutiques	48
1.4.2. Modification de l'ordonnance de sortie	49
1.5. Attentes des médecins généralistes	51
2. Points forts et limites de l'étude	52
3. Discussion générale	53
3.1. Une volonté d'améliorer la communication ville-hôpital en France.	53
3.2. Un sentiment de satisfaction globale de la part des médecins généralistes	53
3.3. Les défauts de justifications : des conséquences pour tous	53
3.4. L'importance du téléphone en communication : et si les étudiants y prenait part ?	54
3.5. La nécessité du retour de la conciliation médicamenteuse en MPU	54

CONCLUSION	55
BIBLIOGRAPHIE	56
ANNEXE n°1 : GUIDE D'ENTRETIEN TELEPHONIQUE	59
ANNEXE N°2 : ENTRETIENS	60
Entretien n°1	60
Entretien n°2	61
Entretien n°3	63
Entretien n°4	65
Entretien n°5	67
Entretien n°6	69
Entretien n°7	71
Entretien n°8	74
Entretien n°9	75
Entretien n° 10	77
Entretien n°11	78
Entretien n°12	80
Entretien n°13	82
Entretien n°14	84
SERMENT MEDICAL	87

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CHU	Centre Hospitalier Universitaire
MPU	Médecine Post-Urgence / Médecine Polyvalente d'Urgence
HAS	Haute Autorité de Santé
BMO	Bilan Médicamenteux Optimisé
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
MG	Médecin Généraliste
MT	Médecin Traitant
IPP	Inhibiteur de la Pompe à Protons
AEG	Altération de l'Etat Général
DMS	Durée moyenne de séjour
TSH	Thyréostimuline
HbA1c	Hémoglobine glyquée
MAPA	Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle
OH	Alcool

INTRODUCTION

1. MODIFICATIONS THÉRAPEUTIQUES EN HOSPITALISATION

En 2018, 12,8 millions de personnes ont été hospitalisées dans les hôpitaux Français (1). Ces hospitalisations peuvent conduire à une modification de l'ordonnance habituelle du patient, notamment son traitement de fond : entre 4 et 5 modifications thérapeutiques par patient lors d'un séjour hospitalier (2,3).

Ces modifications relèvent principalement de l'ajout ou la suppression de traitements, mais également d'un ajustement de posologie ou d'un changement de classe thérapeutique pour une même indication (4,5). Les principales thérapeutiques bénéficiant d'une modification sont les traitements anti-hypertenseurs (6).

Ces adaptations thérapeutiques trouvent leurs indications dans la pathologie médicale nécessitant l'hospitalisation, mais aussi dans une volonté de révision d'ordonnance.

En effet, l'hospitalisation s'avère bénéfique concernant la réduction des prescriptions inappropriées (7) et de la polymédication (8). Il en résulte alors une diminution du coût journalier des traitements (8).

L'impact n'est donc pas négligeable, même en ne ciblant que la polymédication, responsable à elle seule d'interactions médicamenteuses, d'effets indésirables évitables, de chutes voire de fractures chez le sujet âgé (9).

2. COMMUNICATION DES MODIFICATIONS THÉRAPEUTIQUES : CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE ET LETTRE DE LIAISON.

L'information au médecin généraliste se fait principalement au travers du courrier de sortie (ou lettre de liaison), par le biais d'une "conciliation médicamenteuse". Cette dernière doit inclure les traitements d'entrée et de sortie ainsi que la justification des modifications réalisées. Elle fait partie des rubriques obligatoires devant figurer dans la lettre de liaison, selon les recommandations de la HAS depuis 2014, mises à jour en 2018 (10).

2.1. Conciliation médicamenteuse

La conciliation médicamenteuse est définie par la HAS comme « un processus formalisé qui prend en compte lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri-professionnelle » (11). Cette démarche est réalisée conjointement entre le médecin du service et le pharmacien de l'hôpital et suit quatre étapes clés (11) :

- La recherche active d'informations concernant les médicaments du patient
- La formalisation et validation pharmaceutique du Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO)
- La comparaison du BMO avec l'ordonnance d'admission et l'identification des divergences
- La prévention et la correction des divergences non documentées au cours de l'entretien collaboratif médico-pharmaceutique

L'objectif de la conciliation médicamenteuse est de prévenir ou intercepter les erreurs médicamenteuses aux points de transition dans le parcours de soin du patient, d'assurer une continuité médicamenteuse et de diminuer le risque de ré-hospitalisation.

Selon une étude multicentrique réalisée en France, en moyenne 0,8 erreurs par patient peuvent être évitées grâce à la conciliation, dont près de 17% d'erreurs de gravité majeure corrigées (11).

Le travail de conciliation médicamenteuse reste néanmoins peu connu des médecins généralistes. Un travail de thèse réalisé en 2019 montrait que seuls 57% des médecins interrogés connaissaient le terme de conciliation médicamenteuse, bien que celle-ci avait déjà été réalisée pour au moins l'un de leurs patients (12).

2.2. Lettre de liaison

En dehors de la conciliation médicamenteuse, le corps de la lettre de liaison peut lui aussi fournir des informations au médecin traitant.

Les attentes des médecins généralistes concernant ce courrier sont nombreuses et ont été documentées à plusieurs reprises, avec notamment (2,13,14,15) :

- Délai d'acheminement du courrier plus rapide (sous huit jours)
- Courrier concis et standardisé
- Présence des traitements de sortie et des modifications thérapeutiques réalisées
- Justification des modifications thérapeutiques réalisées
- Explications des suites à donner à la prise en charge

Dans les études réalisées à ce sujet, le document ne semblait donc pas être reçu dans des délais convenables pour la majorité des médecins interrogés (13,14). La transmission rapide du courrier d'hospitalisation aurait un impact positif sur la bonne continuité des soins (14, 16) mais aussi sur le nombre de ré-hospitalisation (16).

Les études évoquent également la nécessité d'une information de qualité concernant les modifications thérapeutiques réalisées dans les services hospitaliers.

C'est en ce sens que les directives de la HAS instaurent des critères standardisés dans la rédaction et l'acheminement de la lettre de liaison.

3. DEVENIR DES MODIFICATIONS THÉRAPEUTIQUES EN MÉDECINE DE VILLE

Après l'hospitalisation du patient, le médecin traitant assure la continuité des soins. Les modifications thérapeutiques hospitalières sont très souvent maintenues à deux mois de la sortie (4,6). Il semble exister une corrélation entre le maintien des thérapeutiques et la qualité de l'information sur les modifications qui ont été effectuées en service hospitalier (17).

Une étude réalisée en 2012 identifie que la majeure partie des modifications thérapeutiques est injustifiée dans le courrier. Cependant, le taux de maintien en ambulatoire est significativement supérieur lorsque les modifications thérapeutiques y sont clairement explicitées (6). Cette notion reste à interpréter en fonction de sa date de publication, qui est antérieure aux nouvelles directives de la HAS de 2018.

Depuis cette date, il n'existe malheureusement pas de nouvelles données permettant de constater l'impact de cette lettre de liaison, en dehors d'études sur une lettre de conciliation médicamenteuse indépendante, jointe au compte rendu d'hospitalisation (11,12). Nous ne connaissons donc pas, à l'heure actuelle, l'évolution de la qualité de justification des modifications thérapeutiques hospitalières, ni les conséquences que cela peut avoir en terme de maintien des thérapeutiques en ambulatoire, voire même de morbi-mortalité.

4. LE SERVICE DE MÉDECINE POLYVALENTE DU CHU DE NANTES.

4.1. Caractéristiques du service

Dans le service de Médecine Polyvalente du CHU de Nantes, 88 % des admissions proviennent des urgences. Les 12 % restants correspondent principalement à des hospitalisations directes, c'est à dire une hospitalisation du patient sans transfert depuis les urgences, suite à une communication téléphonique entre le médecin traitant et un médecin du service d'accueil (18).

Les deux principales pathologies représentées en MPU à Nantes sont l'accident vasculaire cérébral et l'insuffisance cardiaque (18). Ces pathologies sont souvent pourvoyeuses de modifications thérapeutiques. L'âge moyen des patients hospitalisés en Médecine Polyvalente en France est de 65 ans (19,20) et l'âge médian de 66 ans (21). Les services de MPU accueillent donc de nombreux patients relevant d'une prise en charge gériatrique. Ils nécessitent une attention particulière concernant la polymédication et les effets indésirables médicamenteux.

La durée de séjour est en moyenne de 6 à 7 jours (18,21).

4.2. Communication ville-hôpital

Les ordonnances de sortie sont réalisées pour une durée d'un mois et le patient quitte l'hôpital muni d'un exemplaire de sa lettre de liaison. Les lettres de liaison sont majoritairement rédigées par les médecins internes, à partir d'un modèle pré-rempli. Elles sont finalement relues et validées par le médecin sénior.

La communication avec le médecin traitant se fait essentiellement par cette voie épistolaire. Un entretien téléphonique est occasionnellement pratiqué.

Sur la lettre de liaison figure le numéro de téléphone direct d'un médecin sénior du service. Destiné au médecin traitant, il permet de discuter des hospitalisations directes principalement.

4.3. Conciliation médicamenteuse en MPU du CHU de Nantes

Une étude réalisée en 2015 dans le service de MPU de Nantes par une interne de pharmacie faisait un état des lieux d'une conciliation médicamenteuse instaurée dans le service quelques mois auparavant (22). Cette démarche incluait le pharmacien hospitalier, l'externe et l'interne de pharmacie, l'interne en médecine et le médecin sénior du service. Elle reprenait l'ensemble des étapes de conciliation médicamenteuse citées dans les paragraphes précédents, avec à terme la production d'un document à destination du médecin traitant et du patient (22). Cette étude, réalisée sur trois mois et incluant 18

patients, identifie que la conciliation a permis d'éviter au moins une erreur médicamenteuse chez un tiers des patients.

Lors du stage en MPU de la thésarde, cette démarche ne semblait pas avoir été poursuivie. Il semble néanmoins important de noter que ce dernier a eu lieu lors de la pandémie à COVID-19, et qu'il existait donc certainement une modulation des objectifs et des effectifs du service n'ayant pas permis de poursuivre cette conciliation.

La lettre de liaison a été repensée suite aux directives de la HAS de 2018. Elle comprend notamment le nom des médicaments suspendus, modifiés et introduits.

La justification de ces modifications ne relève pas d'un encart spécifique prédéfini et peut être réalisée au même emplacement que l'énumération des modifications, dans la synthèse de séjour ou dans un paragraphe décrivant l'évolution dans le service.

Il n'existe, pour l'heure, pas de document spécifique destiné au résumé du travail de conciliation médicamenteuse qui a pu être effectué.

5. OBJECTIFS DE THÈSE

Ce travail de thèse a pour objectif principal d'étudier la perception des médecins traitants concernant la communication des modifications thérapeutiques réalisées au cours d'une hospitalisation dans le service de Médecine Polyvalente du CHU de Nantes. Il semble en effet nécessaire de réaliser cet état des lieux, deux années après l'instauration de nouveaux standards de communication entre l'hôpital et la ville.

Les objectifs secondaires de cette étude sont :

- Étudier la précision des informations concernant les modifications thérapeutiques
- Étudier les critères de modification de l'ordonnance de sortie par le médecin traitant lors du premier renouvellement.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. CHOIX DU SERVICE DE MÉDECINE POLYVALENTE DU CHU DE NANTES

Le service de Médecine Polyvalente d'Urgence du CHU de Nantes était le dernier stage du DES de Médecine Générale de la Thésarde.

Le sujet de thèse a été approfondi durant le stage précédent. Il s'agissait d'un stage ambulatoire en cabinet de Médecine Générale. L'affectation dans le service de MPU a fait évoquer la possibilité d'y réaliser cette étude, car cela facilitait le recueil des données.

Les praticiens de MPU sont des urgentistes ou des médecins généralistes (18). La proximité de la pratique avec la Médecine Générale et la présence de la Thésarde dans le service ont été les éléments de choix de la MPU comme terrain d'étude.

2. CHOIX DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Nous avons réalisé une étude qualitative basée sur des entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes des Pays de la Loire. L'approche qualitative apparaissait comme le moyen le plus adapté pour recueillir les impressions, le ressenti, le vécu des médecins traitants concernant les modifications thérapeutiques et leur justification (23,24).

Le nombre minimal de médecins généralistes à interroger a été fixé à 10, correspondant au chiffre moyen d'obtention de saturation que nous avons pu observer dans les différentes études qualitatives consultées pour ce travail de thèse.

2. RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Un travail de recherche bibliographique a été réalisé de février à juin 2020. Le thesaurus Medical Subject Headings (MeSH) a été utilisé en utilisant les mots-clés : general practice physicians, therapeutics, prescriptions, hospitalization, drug prescription, substitution, patient discharge, patient discharge summaries, aftercare, continuity of patient care, interdisciplinary communication, Adverse drug reactions.

Les références ont été classées à l'aide du logiciel Zotero.

3. CONSTITUTION DE L'ÉCHANTILLON

Un seul critère d'inclusion est retenu : les médecins généralistes traitants assurant le suivi de patients sortis d'hospitalisation de MPU, présentant au moins une modification du traitement au long cours sur leur lettre de liaison.

Les critères d'exclusions sont les suivants :

- Les médecins dont le patient a été ré-hospitalisé entre sa sortie de MPU et le premier renouvellement
- Les médecins qui n'ont pas réalisé le renouvellement de traitement depuis la sortie d'hospitalisation
- Les médecins dont le patient est entré en hospitalisation par un autre biais que les urgences ou l'hospitalisation directe.

La présélection sur critères d'entrées permet d'éviter des modifications de l'ordonnance en amont de l'arrivée en MPU, ou d'éventuelles erreurs de retranscription de traitement entre deux services. Nous ne retenons que les modifications du traitement de fond, en écartant les traitements aigus pour la douleur (paracétamol, morphiniques), l'inflammation (AINS) et les antibiothérapies non prophylactiques.

Les courriers sélectionnés correspondaient à des hospitalisations de Juillet à Septembre 2020. Il s'agit d'une période où le service n'était pas une unité COVID. Présents dans leur stage depuis plusieurs semaines, les internes du service étaient habitués aux règles de rédaction des comptes-rendus de MPU. Les courriers rédigés par la thésarde n'ont pas été inclus dans l'étude.

Le nom des médecins généralistes a été recueilli sur ces courriers, et leur coordonnées retrouvées dans l'annuaire.

4. ELABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN

Le canevas d'entretien (Annexe 1) a été réalisé par la thésarde après lecture des courriers. L'analyse des types de thérapeutiques modifiées et de la qualité des justifications a permis l'élaboration de ce guide. Une relecture et des ajustements ont été réalisés par la Directrice de thèse.

La lecture des lettres de liaison a dégagé des données concernant la précision des justifications des modifications thérapeutiques réalisées (objectif secondaire de l'étude). Nous avons donc retracé dans un tableur Excel :

- Le nombre de modifications réalisées
- Le type de modification réalisée
- Le nombre de modification justifiées
- La localisation de la justification (synthèse ou corps du courrier)
- Le nombre de traitement à l'entrée et à la sortie de l'hospitalisation

Le guide comprenait principalement des questions ouvertes afin de laisser une plus grande place à l'expression du médecin interrogé. Les deux premières questions étant destinées à rechercher des critères d'exclusions, elles étaient volontairement fermées. Si le médecin traitant répondait par l'affirmative à la première question, ou la négative à la deuxième question, l'entretien prenait fin.

L'organisation du canevas était donc la suivante :

- Deux questions destinées à la recherche des critères d'exclusion
- Deux questions visant à répondre à l'objectif principal
- Une question relative à l'objectif secondaire sur le maintien des thérapeutiques
- Une question recherchant des pistes d'amélioration de la communication ville hôpital.

Des sous-questions ont été ajoutées afin de guider le médecin interrogé dans sa réflexion. Elles n'étaient pas systématiquement posées.

Des silences et des reformulations lors de l'entretien étaient possibles dans le but de laisser le médecin développer son propos ou le préciser.

5. RECUEIL ET ANALYSE DES DONNÉES

Les entretiens ont été réalisés par téléphone, afin de respecter les mesures sanitaires en vigueur dans ce contexte de pandémie, et garantir un taux de réponse supérieur (25,26).

La prise de contact a été réalisée au minimum un mois après la sortie d'hospitalisation du patient. La thésarde se présentait comme telle à la secrétaire du praticien inclus, et mentionnait le nom du patient sur lequel portait l'entretien. Il était souvent nécessaire de rappeler à une autre période de la journée ou se faire rappeler selon les disponibilités du médecin généraliste.

Un rappel a été effectué 7 jours plus tard si celui-ci n'avait pas donné suite à la première demande.

Le guide d'entretien a été soumis aux sujets jusqu'à saturation des données. En effet l'analyse était réalisée conjointement aux entretiens. Il a été convenu de performer deux entretiens supplémentaires une fois la saturation obtenue, afin de ne pas méconnaître de nouvelles données.

L'enregistrement téléphonique de la conversation a été effectué via le logiciel Audacity. La retranscription de l'entretien a été réalisée grâce au logiciel Word, et l'analyse grâce à Nvivo. Les données ont ensuite été catégorisées par thématiques. Enfin, nous avons pratiqué une triangulation des données entre la thésarde, la Directrice de thèse et un médecin généraliste.

6. ETHIQUE

L'ensemble des données recueillies a été directement anonymisé : chaque médecin et chaque courrier portait un numéro différent. La clé de lecture des tableaux de correspondance n'était connue que de la thésarde. Les éléments d'identification directe ont été directement supprimés. Le consentement à l'enregistrement a été demandé oralement en début d'entretien et obtenu pour l'ensemble des interrogés. Ces enregistrements ont été supprimés dès la retranscription écrite effectuée.

Nous avons interrogé la plateforme Lirego afin de connaître les démarches à effectuer concernant notre étude. Il s'agit d'une étude hors loi Jardé sur données anonymes, l'avis d'un comité d'éthique n'a donc pas été sollicité.

RÉSULTATS

1. RECRUTEMENT DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Nous avons sélectionné 218 courriers correspondant à des patients hospitalisés en MPU par le biais des urgences ou d'une hospitalisation directe. La première lecture des lettres de liaison a permis de retenir 130 courriers (59%) présentant au moins une modification d'un traitement de fond sur l'ordonnance de sortie.

Au total, 43 médecins généralistes ont été contactés : 23 ont accepté l'entretien, 19 ont refusé ou ne nous ont pas recontacté malgré le rappel à une semaine, et 1 médecin généraliste était décédé lors de notre prise de contact. Nous avons donc obtenu un taux de réponse de 51%.

9 médecins généralistes ont été exclus par au moins l'un des deux critères d'exclusion recherchés au début de l'entretien :

- 3 patients ont été ré-hospitalisés avant le premier renouvellement
- 4 patients sont décédés avant le premier renouvellement
- 2 patients n'ont pas été revu depuis la sortie d'hospitalisation

La saturation de données a été obtenue au terme de 12 entretiens et nous avons réalisé deux entretiens supplémentaires afin de s'assurer de son obtention.

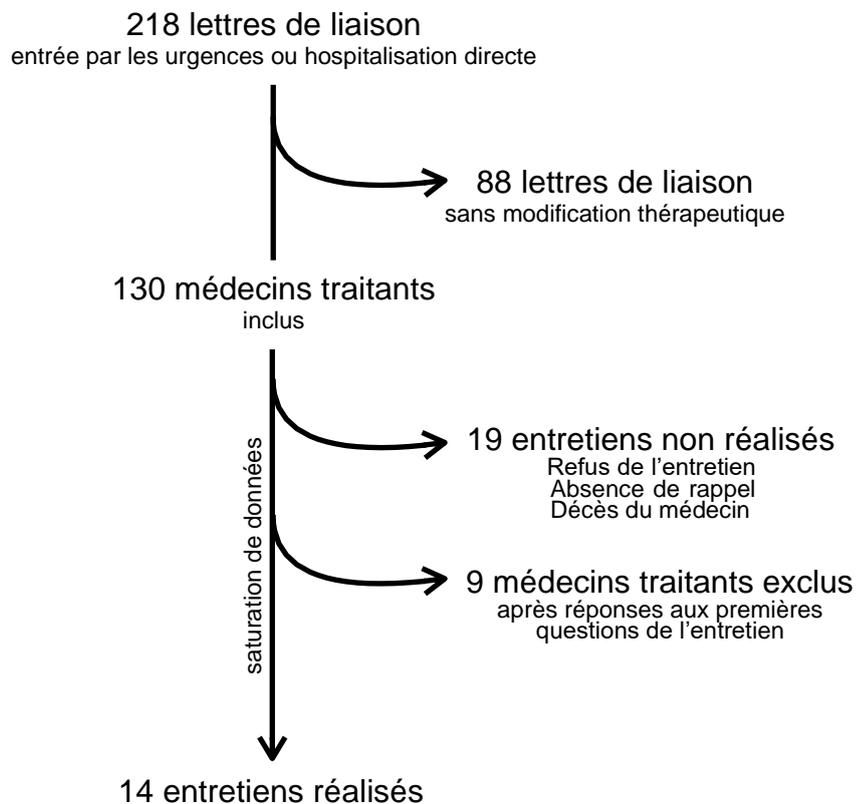


Figure 1. Organigramme des inclusions

2. CARACTÉRISTIQUES DES MÉDECINS INCLUS DANS L'ÉTUDE

La totalité des médecins interrogés exerce en Loire Atlantique : 4 en milieu semi-rural, 8 en milieu urbain et 2 en milieu rural.

L'âge moyen des praticiens inclus est de 48,5 ans. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une volonté de la thèse, nous obtenons une parité parfaite avec 50% d'hommes et 50% de femmes répondeurs.

Médecin traitant	Sexe	Age	Type d'exercice
MG1	Masculin	44 ans	Semi-rural
MG2	Masculin	51 ans	Urbain
MG3	Masculin	59 ans	Semi-rural
MG4	Masculin	62 ans	Rural
MG5	Masculin	41 ans	Urbain
MG6	Féminin	60 ans	Urbain
MG7	Féminin	37 ans	Rural
MG8	Féminin	47 ans	Urbain
MG9	Féminin	58 ans	Urbain
MG10	Féminin	54 ans	Urbain
MG11	Masculin	47 ans	Semi-rural
MG12	Féminin	34 ans	Urbain
MG13	Féminin	34 ans	Semi-rural
MG14	Masculin	51 ans	Urbain

Tableau 1. Caractéristiques des médecins interrogés

3. JUSTIFICATION DES MODIFICATIONS THÉRAPEUTIQUES DANS LA LETTRE DE LIAISON

Nous retraçons dans cette partie les différentes données retrouvées lors de l'analyse des courriers pour la réalisation du guide d'entretien.

3.1. Etude des modifications thérapeutiques

- Nombre moyen de modifications thérapeutiques par patient

L'ensemble des 130 courriers présentait effectivement au moins une modification thérapeutique sur le traitement de fond. Il n'y a pas eu d'exclusion de courrier a posteriori. Nous avons constaté un nombre moyen de 2,3 modifications thérapeutiques par patient et un maximum à 8.

- Modification du nombre de traitements en hospitalisation

Le nombre moyen de traitements était de 6,8 thérapeutiques à l'entrée et 7,8 à la sortie, soit l'ajout d'une thérapeutique par patient. Le nombre de traitements à la sortie était plus important qu'à l'entrée dans 2/3 des cas. Dans 1 cas sur 5, le nombre de traitements était diminué à la sortie, et dans 1 cas sur 7 le nombre de thérapeutique est stable.

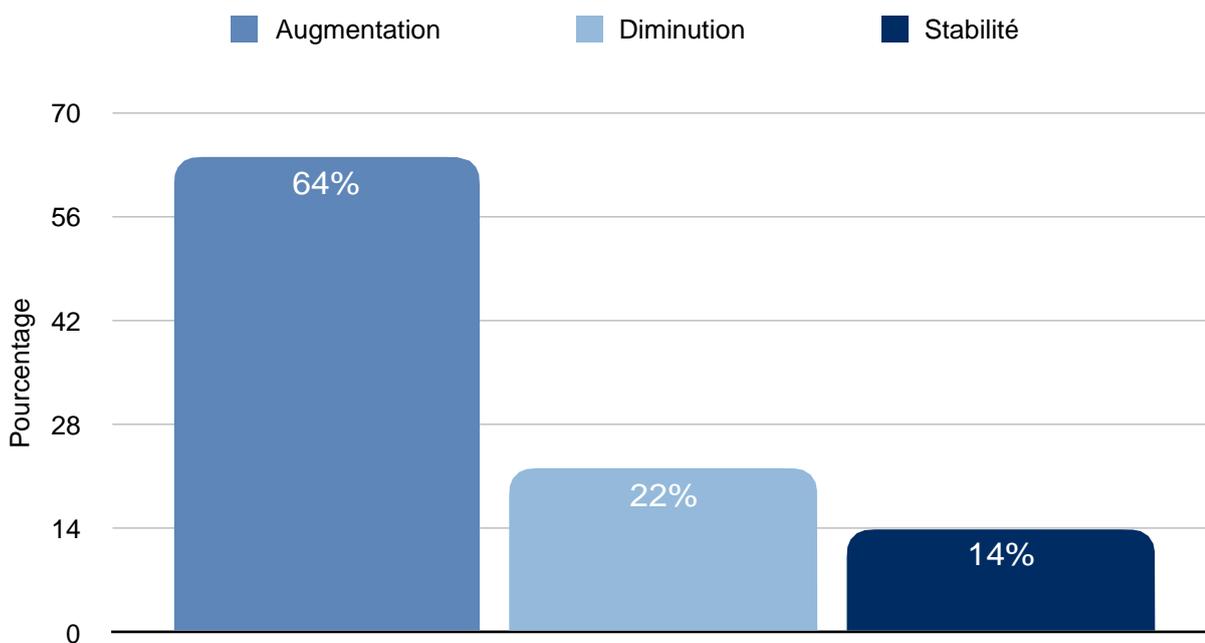


Figure 2. Comparaison du nombre de traitement à la sortie par rapport à l'entrée dans le service de MPU

- Polymédication

- 66% des patients avaient plus de cinq traitements prescrits à l'entrée du service,
- 81% des patients avaient plus de cinq traitements à la sortie du service (soit 19 patients supplémentaires).
- 100% des patients présentant une polymédication à l'entrée la conservait à la sortie.

- Types de modifications thérapeutiques

Les modifications thérapeutiques prennent différentes formes.

L'ajout d'au moins un traitement est le plus représenté, devant l'arrêt de thérapeutiques, la modification de posologie et le changement de molécule pour une même classe thérapeutique.

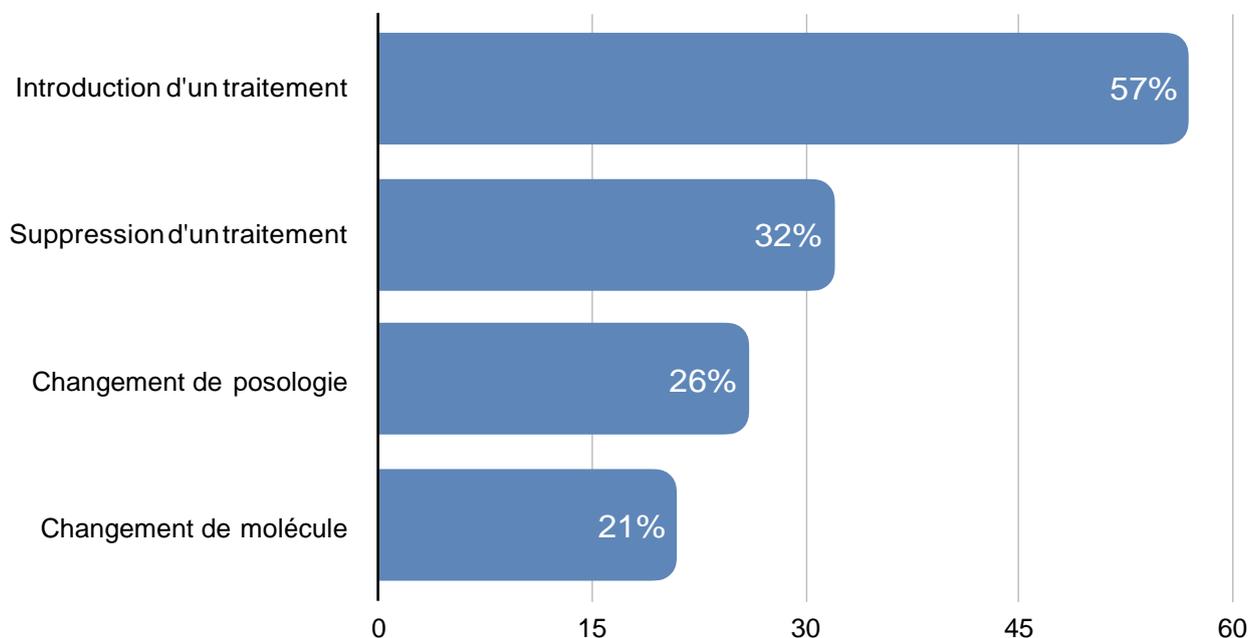


Figure 3. Types de modifications réalisées en MPU

3.2. Justification des modifications thérapeutiques

Les modifications thérapeutiques ont été justifiées dans 75% des lettres de liaison. La justification est retrouvée dans près de 2/3 des cas au niveau de la synthèse du courrier, ou directement dans l'encart des modifications. A défaut, on trouve la justification dans le corps du compte rendu.

Les 32 courriers restants présentent au moins un traitement qui a été modifié, ajouté ou suspendu sans justification écrite.

Les principales modifications non justifiées concernent les inhibiteurs de pompe à proton (IPP), les traitements anti-hypertenseurs et les benzodiazépines.

Le principal type de modification qui n'est pas justifiée est le changement d'une molécule pour une autre de la même classe thérapeutique (omeprazole pour lansoprazole par exemple).

Des contradictions ont été retrouvées dans 8 courriers :

- Mention de l'arrêt d'un traitement présent sur la liste des traitements de sortie
- Mention de la poursuite d'un traitement non présent sur la liste des traitements de sortie
- Mention d'une modification de posologie non reconduite sur la liste des traitements de sortie
- Apparition d'un même traitement plusieurs fois sur la liste des traitements de sortie
- Motif d'introduction d'une thérapeutique incohérent par rapport à la clinique décrite

4. PARTIE 1 DE L'ENTRETIEN : RESSENTI CONCERNANT LES MODIFICATIONS THÉRAPEUTIQUES RÉALISÉES EN HOSPITALISATION

4.1. Sur les modifications thérapeutiques en elles-mêmes

4.1.1. Autonomie du médecin traitant

Certains médecins évoquent l'**absence de ressenti** par rapport aux modifications thérapeutiques qui ont été réalisées par le service :

« J'ai pas à ressentir quoi que ce soit, c'est la médecine qui veut ça.
J'ai pas réagi
Je ne vois pas de problème à ce que l'hôpital ait modifié l'ordonnance
Je n'ai pas eu plus de ressenti que ça
Je n'y vois pas de soucis particulier
Pas de commentaire »

Ils intègrent d'ailleurs le bilan des modifications thérapeutiques réalisées et la continuité thérapeutique comme faisant partie du **rôle du médecin généraliste** :

« Je veux dire c'est notre job aussi
C'est le travail normal de devoir donner des explications sur un traitement
On est aussi là pour ça
C'est mon rôle de faire un peu le service après vente »

La moitié des répondants déclarent **ne pas ressentir de contrainte particulière à maintenir les thérapeutiques** proposées par le service de MPU :

« Non, non pas du tout.
C'est la médecine qui nous contraint, pas l'hôpital...
Non non on fait ce qu'on a à faire quand il y a besoin de le faire quoi.
A partir du moment où il y a des explications dans le courrier c'est assez détaillé et on comprend pourquoi telle ou telle modification a été faite ou tel ou tel switch de médicaments, à partir du moment où c'est expliqué, où c'est détaillé, non je ne me sens pas contrainte
Non, non, pas d'obligation, pas de contrainte.
S'il y avait une contrainte c'est que je ne suis pas d'accord avec quelque chose.
Non je ne ressens pas de contrainte »

4.1.2. Bénéfices perçus des modifications thérapeutiques en hospitalisation

Les médecins traitants attribuent aisément au service hospitalier un rôle de **soutien dans la prise en charge** du patient :

« Je suis plutôt contente d'avoir eu un regard extérieur
J'étais un peu dans l'impasse de prise en charge
J'étais quand même un peu soulagée qu'il passe dans les mains de quelqu'un d'autre parce que je m'en sortais pas trop avec ce patient »

Ce soutien peut prendre plusieurs formes :

- une **aide à l'arrêt** d'un traitement

« Ça aide quand c'est un autre médecin qui les déprescrit
Mais c'est souvent à l'occasion des hospitalisations qu'on diminue les dosages de ce genre de traitement
Quand ils reviennent de l'hôpital avec une dose plus faible ça nous facilite un peu les choses »

- un soutien à la **prescription d'une thérapeutique**

« S'il y a des molécules que je n'arrivais pas forcément à mettre, c'est vrai que parfois en hospitalisation c'est plus simple. On a parfois des soucis avec les statines où le patient n'est pas d'accord avec ce traitement »

- un appui à la **révision de l'ordonnance**

« Ça permet de faire le point sur les traitements et de revoir les indications.
On a quand même souvent l'attente de réduire le nombre de traitement ou d'ajuster les posologies
La plupart du temps les passages à l'hôpital sont des moyens importants à mes yeux pour justement réviser le traitement, la plupart du temps le réduire.
C'est bien d'avoir une vision extérieure pour éventuellement faire le ménage et réaménager le traitement »

Les modifications thérapeutiques sont vécues comme le fruit d'une **évaluation hospitalière sur plusieurs jours** :

« Je me dis que ça a été contrôlé pendant 3-4 jours
Effectivement le fait de les avoir en surveillance peut résoudre pas mal de questionnements qu'on a
Ils ont plus de recul
Même si des fois ils n'ont pas la big picture (<i>traduction : la vision globale</i>) ils ont quand même des jours de recul.
»

Par ailleurs, ils rapportent un sentiment de **confiance envers le service hospitalier** :

« Je suis plutôt confiante quand les patients sortent avec une modification thérapeutique
Je respecte leur expertise et le regard qu'ils ont sur la situation
C'est pas des nuls quand même à l'hôpital !
Ils savent aussi ce qu'ils font.
Surtout si ça vient de l'hôpital, non il n'y a pas d'explication supplémentaire à donner, c'est l'hôpital qui a fait donc c'est bon.
J'ai pour principe de me dire que si ça a été changé, ça a été changé avec justesse
On fait confiance on se dit qu'ils connaissent la médecine
Si c'est un traitement que je ne maîtrise pas bien bon je fais confiance
Nous on fait confiance, quand les gens sont hospitalisés, à la décision qu'ils prennent
»

Ce sentiment est d'autant présent qu'il s'accompagne de l'impression d'un **travail d'équipe** :

« On est une équipe vous savez
C'est la médecine qui veut ça on fait tous le même travail
»

Certains évoquent une **implication dans la prise de décision** de modifier l'ordonnance lors de l'hospitalisation :

«
Oui plutôt (...) C'est moi qui aies décidé et l'hôpital m'a aidé dans cette décision
On a convenu ensemble de mettre que les IPP sans faire autre chose de plus
»

Les modifications thérapeutiques étaient particulièrement bien perçues lorsque celles-ci étaient **attendues et indiquées** :

«
Les traitement introduits étaient indiqués
C'est la maladie du patient qui veut ça.
L'introduction du xarelto et des contentions qui s'expliquait
Ça ne m'a pas étonné qu'il y ait eu un renforcement thérapeutique
L'introduction de tavor était parfaitement justifiée et le switch d'antiagrégant aussi.
Forcément il devait y avoir une sanction thérapeutique
Sinon pour le reste non tout était bien indiqué je n'ai pas eu de problème
J'étais déjà au courant un peu de l'histoire parce que déjà c'est moi qui l'aies faite hospitalisée
Souvent on s'attend quand même à ce qu'ils modifient des trucs
On s'y attend on s'y attend.
Je m'attendais assez à la suspension du ramipril
On peut aisément comprendre la raison pour laquelle ils ont diminué la posologie
On s'y attend quand même à ce qu'il y ait des modifications
Enfin c'est quasiment systématique qu'ils bougent les traitements non (rires)?
»

4.1.3. Perception négative des modifications thérapeutiques

Deux médecins traitants ont mentionné un certain **attachement à leur ordonnance** :

« Ça nous fait toujours un truc, voilà... (rires) non mais c'est vrai que c'est notre ordonnance
Souvent quand je prescris quelque chose c'est pas pour rien. »

D'autres évoquent une **décision unilatérale de l'hôpital**, et ne se sont pas sentis impliqués dans la prise en charge :

« Les décisions unilatérales et arbitraires des hôpitaux sur mes patients
Je n'ai pas le souvenir d'avoir été appelé pour ce patient
J'ai pas été appelée pour introduire ce traitement anti-hypertenseur
J'ai été impliqué juste dans le renouvellement
Non, je n'ai pas été appelé. J'étais même pas au courant qu'il était hospitalisé
Un échange sur ces patients qui sont un peu particuliers pourrait faire avancer le raisonnement pour les deux partis quoi.
Parfois ils modifient tout c'est un peu brutal
J'aurais du m'impliquer moi même
C'est au service de décider
Ça a été le fruit d'une longue discussion en ville et que je trouve que l'hôpital n'avait pas son mot à dire là dessus, surtout quand le motif d'hospitalisation n'est pas en lien.
L'hôpital l'arrête parce qu'ils doivent penser que ce n'est pas pour lui »

Il se dégage parfois une impression **de décision hâtive de l'hôpital**, de modifier l'ordonnance lors de l'hospitalisation, qu'ils mettent en lien avec une réduction des durées d'évaluation du patient :

« En fait parfois quand vous lisez les courriers il y a des décisions un peu rapides qui sont prises mais ça aussi c'est la réduction des temps d'hospitalisation
Parfois le temps d'hospitalisation et de surveillance qui est trop court
Effectivement l'ordonnance de sortie a été vite faite »

Certains sujets interrogés ont exprimé une **déception quant à l'absence de revue d'ordonnance** notamment chez le sujet âgé :

« Non c'était plutôt les traitements qui n'ont pas été modifiés qui m'ont posé soucis (*rires*) ! Je veux dire elle a toujours du Xarelto à 96 ans, moi ça me fait mal au coeur... ça me pose vraiment un problème.

Surtout pour AEG chez les sujets âgés, c'est souvent le temps de faire une revue d'ordonnance et de ne pas être seule à le faire. Et là j'étais un peu déçue qu'ils ne se soient pas posés la question. »

Cette déception se retrouve concernant un **effet indésirable attendu d'un traitement déjà testé** en ambulatoire :

« Je me suis dit « mince, c'était prévisible »

C'est bien mignon c'est la même classe mais moi j'avais déjà essayé l'amlor avant et le patient l'avait pas supporté et donc j'ai du rechanger.

Ça m'a fait sourire car c'est une dame ça fait trois ans que je lui mets un traitement anti hypertenseur et que j'arrête »

Les modifications réalisées peuvent interpeller le médecin traitant qui reçoit l'ordonnance :

- Ils ont été **surpris par une modification thérapeutique** :

« Il y a quand même un truc qui m'a interpellée c'est qu'ils avaient pas poursuivi le seresta

J'ai été étonnée de l'amlor 5 deux fois.

On se dit « tiens, ils ont changé! »

On se dit « pourquoi ils ont arrêté ça? »

Concernant l'inexium... voilà je me suis vraiment interrogée »

- Il existe une **contradiction entre le spécialiste ambulatoire et le spécialiste hospitalier** :

« Ils prennent avis auprès d'un de leurs cardiologues alors que nous le cardiologue en ville nous avait dit autre chose et du coup des fois on est un peu entre les deux et on se dit « pff, on fait quoi, quoi » »

- Il existe une contrariété lorsque la **molécule a été changée pour un traitement de la même classe thérapeutique** :

« Ils ne doivent pas avoir tous les comprimés je comprends mais qu'ils remettent les mêmes à la sortie au moins. »

Au décours la découverte de cette nouvelle ordonnance, deux sentiments sont mis en avant par les médecins généralistes :

- Certains ressentent une **culpabilité de ne pas avoir donné de directives au service** lors de l'hospitalisation :

« En fait si vous voulez je ne leur ai pas demandé non plus. C'est peut être un peu de ma faute.
Oui, en fait c'est un peu de ma faute, j'aurais du m'impliquer moi même »

- De nombreux autres **craignent une erreur de prise en charge** dans la continuité des soins :

« Heureusement qu'il en avait chez lui et qu'il a eu la présence d'esprit d'en prendre sinon on courrait à la catastrophe
Le problème c'est qu'arrivés à domicile eh bien ils se trompent (...) Ça ça peut être source d'erreur, voilà.
Que ce soit bien clair, qu'on puisse faire les choses bien après quoi.
Nous faut qu'on fasse le suivi. Et il faut qu'on le fasse bien
On peut faire des conneries
On peut faire des erreurs et reprendre ou bien ne pas poursuivre un traitement après un mois alors qu'il fallait
C'est pas les mêmes couleurs de comprimés et ça les perturbe les petits vieux. En plus c'est source d'erreur
Je vais pas prendre la responsabilité d'exposer mes patients à des effets indésirables sans connaître l'effet bénéfique
J'ai pas envie de mettre le patient en danger à cause d'une erreur de communication. »

4.2. Sur la communication des modifications thérapeutiques (relation ville-hôpital)

4.2.1. Justification des modifications thérapeutiques

Une grande majorité des répondants s'accordent à dire que la plupart des modifications thérapeutiques présentent une **justification claire**, permettant une bonne compréhension des décisions prises par le service hospitalier :

«	Tout était très clair et bien expliqué
	C'était clair, c'était clair, les informations dans le courrier étaient claires pour moi
	J'ai compris pourquoi
	Grosso modo c'est bien justifié
	C'était plutôt clair donc je n'ai pas eu à lire le courrier en profondeur où à chercher d'autres trucs.
	J'ai lu le résumé et c'était écrit pourquoi donc c'était plutôt clair finalement.
	C'était clair
	Je trouve que le courrier justifie bien les thérapeutiques mises en place
	J'ai rien à dire dessus c'était bien.
	Les modifications de traitements étaient bien détaillées
	Les justifications sont bien étayées dans le courrier je trouve.
»	

Une justification semble d'autant plus comprise qu'elle est **attendue (liée au motif d'hospitalisation)** :

«	Les justifications de traitement on les connaissait de toutes façons
	Oui bon ils ont arrêté le loxen parce qu'elle était hypotendue ce qui n'est pas très étonnant
	Quand une personne est malade on la traite, on ajuste son traitement, on s'attend à ce que son ordonnance soit modifiée
	Ça ne m'a pas interpellé parce que finalement avant qu'il soit hospitalisé on est juste quelques jours après qu'il soit diagnostiqué de son diabète.
	Il venait pour un problème aigu donc forcément il devait y avoir une sanction thérapeutique
»	

Plusieurs éléments ont néanmoins été évoqués par les médecins généralistes comme des problématiques concernant la justification des modifications thérapeutiques :

- Des questionnements peuvent apparaître concernant **la durée des thérapeutiques** modifiées :

« C'est toujours pareil « ok double anticoagulation ? Combien de temps ? »
Je m'étais posée la question de la durée du traitement par lansoprazole
« sera à réévaluer à tant de temps », c'est tout bêtement ça qui manque.
La question de la durée n'avait pas été évoquée

- Parfois, la **justification n'est pas retrouvée dans le courrier de sortie** :

« Ça peut arriver de ne pas trouver de justifications, quand il y a un changement, c'est vrai que des fois même on arrive à se demander parfois s'il n'y a pas eu une erreur.
La prégabaline j'ai mis un peu de temps à comprendre car je ne la voyais pas dans les traitements de sortie mais elle n'apparaissait pas dans le petit encart sur les modifications thérapeutiques.
Après quand c'est pas expliqué, qu'on a juste « traitement d'entrée » et « traitement de sortie » sans explication, là on se pose un peu plus de questions !
Et bien il aurait du le noter dans le courrier enfin !
Mais oui j'ai du regarder pourquoi. Et j'ai pas trouvé
Ils avaient diminué l'aprazolam je m'en suis rendu compte à la toute fin car il n'y en avait aucune notion dans le courrier
Je sais même pas pourquoi ils avaient changé d'ailleurs

- Malgré sa présence, la justification peut être **incomprise par le médecin traitant** :

« Ça aussi je n'ai pas trop compris heu... j'avoue que je comprenais pas
Pour les anti hypertenseurs il y avait une raison mais je ne l'ai pas comprise
C'est vrai que des fois on arrive et on se dit « pourquoi ils ont fait ça »
Je ne savais pas trop ce que ça voulait dire

C'est un peu emmerdant parce que ce n'était pas trop clair du coup j'ai pas su d'emblée ce que je devais faire
J'ai regardé l'encart avec les modifications thérapeutiques mais c'était pas très clair
« mince, qu'est ce qu'ils ont fait je comprends rien »
Qu'est ce qu'ils ont fait je comprends pas, c'est quoi ce traitement
C'était pas très clair il y avait les médicaments du séjour et les médicaments chroniques et le traitement à la fin,
Des fois où on a tendance à se tirer les cheveux quand on comprend pas ou qu'ils suppriment un traitement qu'on vient juste d'introduire
Vu que j'ai mis plein de points d'interrogation sur mon observation, oui je n'avais pas forcément compris
Des fois on ne comprend pas trop pourquoi les traitements ont été modifiés



Les médecins interrogés mentionnent quelquefois la présence **d'erreur dans le courrier** qui peuvent prendre la forme d'oubli de prescription, de contradiction dans les posologies ou dans la poursuite ou non d'un traitement :

« Je me suis dit que c'était une erreur
Mais qu'ils ne changent pas d'avis entre deux lignes sur le courrier sinon nous on ne sait plus quoi faire
Je ne veux pas mettre en danger ma patiente à cause d'une erreur dans le courrier
en fait ils ont arrêté l'anticoagulation préventive mais ils ont noté qu'ils l'avaient modifiée
le courrier c'était marqué diminution à 15 du fait de l'insuffisance rénale et après dans le courrier enfin dans l'ordonnance de sortie c'était marqué 20.
Le problème c'est que dans le corps du courrier c'est marqué 15 mg en fait
Un traitement qui avait été oublié à la sortie de l'hospitalisation
Il y avait une information contradictoire
Ce serait bien (...) de ne pas se contredire



L'explication des modifications thérapeutiques semble être systématiquement recherchée par le médecin généraliste. Il décrit le **caractère chronophage de la recherche de ces justifications** dans le courrier :

« Il faut qu'on prenne du temps pour tout relire, bien comprendre
Je lis vraiment tout du courrier
Quand j'ai une interrogation sur un traitement de sortie je cherche systématiquement dans le courrier de sortie pour voir la raison qui m'échappe
J'ai pris le temps
j'ai pris le temps de lire le courrier
»

Lorsque la lettre de liaison ne répond pas aux questions des médecins interrogés, nombreux sont ceux qui se sentent obligés de **contacter le service afin d'avoir des justifications supplémentaires** :

« Ça nous arrive dans ces cas là (...) de devoir appeler
Si je ne trouve pas de justification, ça m'est déjà arrivé de rappeler
Alors j'ai du rappeler le service
J'ai du appeler le service
Généralement pour les gros trucs on appelle
Si c'est pas justifié ça va me pousser à appeler le service
On les appelle
Je les ai appelé je les ai appelé
Le mieux est d'appeler pour savoir pourquoi ça a été fait et voila
Souvent on appelle, j'ai pas envie de mettre le patient en danger
»

Là aussi, le **caractère chronophage voire contraignant de l'appel au médecin hospitalier** a été mentionné par certains généralistes :

« De devoir appeler, de devoir chercher l'information, se renseigner et dans ce sens c'est vraiment contraignant
Embêté c'est quand j'ai du appelé le service et que ça a mis un peu de temps avant d'avoir ma réponse (<i>rires</i>).
C'est compliqué de les appeler
« Ah bah non c'était l'interne du semestre d'avant » Oui je sais, mais c'est pas de ma faute si on est le 5 mai !
»

4.2.2. Organisation du courrier

La très grande majorité des médecins décrivent un **courrier clair**. Il y a un sentiment de **satisfaction globale** :

« On est déjà très chanceux en médecine générale d'avoir ce genre de courrier
Je trouve que les choses sont très bien comme elles sont.
Je trouve souvent la réponse dans le courrier
Ce que j'ai eu à lire du CHU, de la MPU c'était quand même plutôt détaillé, franchement on trouve ce qu'on cherche hein.
Le courrier est bien
Leur courrier c'est suffisant
C'est bien la MPU à Nantes je n'ai jamais eu de problèmes avec eux
Je trouve que c'est bien leur courrier avec les modifications thérapeutiques écrites comme ça,
Moi je trouve que le courrier est clair.
Je pense que là tel que c'est, c'est bien
Le courrier est généralement bien fait.
Ça reste très correct ce qu'ils proposent »

Quelques répondants ont spontanément évoqué une **amélioration de la lettre de liaison**

« C'est beaucoup mieux qu'avant
C'est quand même mieux qu'avant hein
Avant on avait trois lignes »

Ils énoncent à ce sujet une **efficacité de l'encart sur les modifications thérapeutiques** :

« Je trouve que la nouvelle formulation des courriers qui fait vraiment le parallèle entre l'ordonnance d'entrée et l'ordonnance de sortie elle est beaucoup plus lisible
Je trouve que c'est bien leur courrier avec les modifications thérapeutiques écrites comme ça, »

Concernant les **délais de réception**, les courriers semblent être disponibles à temps pour le médecin traitant :

«	J'avais le courrier donc on est ravie d'avoir un courrier même quand l'hospitalisation est partielle	
	Sincèrement on est déjà très chanceux en médecine générale d'avoir ce genre de courrier, dans des délais courts de la part de votre service de médecine polyvalente	
	Le patient a un exemplaire si on n'a pas encore reçu et ça c'est bien quand même hein.	
	Alors c'est vrai que maintenant avec MMSanté on a les courriers assez rapidement	
	Non je trouve que déjà le courrier que vous donnez au patient c'est déjà beaucoup.	
	Il avait emmené son courrier mais je l'avais déjà reçu	»

Plusieurs praticiens décrivent une **information diluée dans la lettre de liaison**, par la longueur du courrier ou son organisation visuelle :

«	C'est long et fastidieux	
	J'ai un petit reproche à faire quand même, mais après je pense que c'est plus le logiciel de courrier (...) toute la partie qui décrit le séjour, c'est vraiment une accumulation d'observation, d'examens complémentaires sans qu'il y ait vraiment les problèmes pathologiques qui ressortent	
	On a un peu l'impression que l'information est noyée.	
	C'est très indigeste et un peu fastidieux à lire	
	Si c'est trop long ce sera pas lu du début jusqu'à la fin.	
	Je comprends pas trop ce que ça vient faire là ça alourdit le truc	
	Il faut commencer par changer de logiciel ! Il est immonde ! C'est quatre fois les choses qui sont marquées, en terme de lisibilité c'est immonde	»

4.2.3. Attentes des médecins traitants

Lorsque l'on évoque des améliorations de la communication entre le service et eux, les médecins traitants ont tendance à rappeler en premier lieu leur **satisfaction de la voie épistolaire** :

« Le courrier c'est suffisant
Mais non mais il est bien leur courrier
Je trouve que c'est bien leur courrier
Je pense que tel que c'est, c'est bien.
Non je trouve que déjà le courrier (...) c'est déjà beaucoup
Franchement je vois pas trop. En vrai je râle mais ça reste très correct ce qu'ils proposent.
»

Ils mentionnent la possibilité d'**appeler le médecin traitant lors de la réalisation de modifications thérapeutiques** afin d'augmenter son **implication dans la prise de décision** :

« Le coup de fil permet au moins un échange
(...) qui sont pas reconduits sans aucune raison ou alors parce que « absence d'indication retrouvée » bah tu m'appelles et je te la donne l'indication en fait !
On pourrait être un peu plus intégrés quand ils modifient les traitements, heu... un petit coup de fil dans certaines situations je pense quand il y a eu beaucoup de modifications ce ne serait pas du luxe.
Non mais oui ce serait bien d'avoir un coup de fil, comme ça on est au courant déjà.
Je veux bien réévaluer des modifications de traitement qui sont faites en hospitalisation mais il faut me prévenir,
Ce serait effectivement de se joindre au téléphone
Bon si on en parle de vive voix c'est toujours préférable et plus intéressant
Je pense qu'ils pourraient mettre les internes ou les externes sur le coup pour nous passer un coup de fil
Nous prévenir des traitements qui ont été modifiés
On pourrait donner notre avis dessus aussi... par exemple « vous êtes sûrs de vouloir lui mettre ce traitement? La dernière fois que j'ai essayé il n'avait pas supporté ».

Peut être qu'on apprécierait d'être appelé s'il ya des modifications à faire pour avoir notre avis.
Je me souviens quand j'étais externe ou interne on appelait régulièrement les médecins traitants pour leur demander leur avis ou des choses et caetera,
Souvent la transmission à l'oral est quand même plus fluide et comme ça si on a des interrogations c'est quand même plus simple



Certains médecins décrivent une volonté **de véritable conciliation médicamenteuse** dans la lettre de liaison ou sur un document spécifique, sans forcément en mentionner le nom :

« C'était un tableau, à part du courrier, avec les traitements d'entrée et de sortie, un peu comme ce que vous faites, avec la durée du traitement.. les raisons de l'introduction ou de l'arrêt du traitement... heu...C'était vachement bien ça, et ils faisaient une copie pour le patient pour qu'il sache pourquoi il prenait ces traitements... heu « concertation thérapeutique » ça vous parle ?
Un truc fiable à un endroit et on risque moins de faire des erreurs je pense.
Une petite synthèse à la fin sur le changement de traitement en expliquant clairement pourquoi ça a été changé
il faudrait à gauche les traitements à l'entrée, à droite les traitements à la sortie et au milieu les traitements modifiés avec directement la justification à côté comme ça on est clair et on en parle plus.
En fait souvent c'est ça mettre « sera à réévaluer à tant de temps » c'est tout bêtement ça qui manque.
Ce serait bien d'être précis sur les durées de traitement



L'**utilisation du DMP** a été mentionnée par un médecin, bien qu'il dise lui-même ne pas vraiment en être adepte :

« Je suis pas une grande adepte du DMP, mais si on avait sur le DMP une fiche récapitulative des traitements et des raisons de leur prescription, ça pourrait nous aider et aussi les aider eux.
--



5. PARTIE 2 DE L'ENTRETIEN : APPLICATION DES MODIFICATIONS THÉRAPEUTIQUES LORS DU PREMIER RENOUVELLEMENT

5.1. Critères de maintien des thérapeutiques

Tous les médecins généralistes interrogés sont formels, en général ils **maintiennent l'ordonnance de sortie lors du premier renouvellement** :

«	En général ? Hum... je maintiens
	J'applique souvent quand même
	généralement sur les traitements introduits pendant une hospitalisation je ne les modifie pas
	Eh bien d'habitude je suis pas très critique
	C'est rare que je la remette en cause
	J'applique souvent hein
	J'applique la plupart du temps
	Moi je renouvelle tel quel souvent quand même
	C'est quand même plutôt rare je dois dire de modifier l'ordonnance moi je suis quand même plus à reprendre ce qui a été fait en hospitalisation.
	Généralement je maintiens
	Je les respecte en fait
	En général je ne modifie pas le traitement qui a été mis
	Je ne change pas habituellement les traitements qui ont été introduits par l'hôpital. C'est très rare qu'on ait un désaccord la dessus et qu'on revienne dessus.
	Je reste sur ce qui a été fait en hospitalisation
»	

Ils justifient cela par une **confiance envers le service hospitalier** :

«	on fait confiance on se dit qu'ils connaissent la médecine et on renouvelle et on voit après
	J'ai pour principe de me dire que si ça a été changé, ça a été changé avec justesse
	nous on fait confiance, quand les gens sont hospitalisés, à la décision qu'ils prennent
»	

On remarque l'importance d'une **justification claire dans le courrier** pour maintenir les thérapeutiques :

«
En général je trouve qu'elles sont bien justifiées, donc je les applique
Tant que ça me paraît cohérent évidemment, oui, j'applique.
Je maintiens après une lecture détaillée et je dis bien détaillée parce que je lis vraiment tout du courrier
Pour toutes celles qui sont particulièrement justifiées comme c'était le cas ici, il n'y a aucun soucis.
En général je ne modifie pas le traitement qui a été mis. Après faut que ce soit justifié hein.
Moi tant que je sais pourquoi c'est prescrit ça me va après il faut que ce soit justifié
»

La **persistance de la pathologie motivant la prescription initiale** est un critère cité par nos confrères :

«
Une cause médicale, un traitement, on ne tergiverse pas.
C'est la maladie du patient qui veut ça.
Si la condition du patient l'impose, ce serait criminel de râler et de tout remettre comme avant
Si il y a bien l'indication (...) je refais l'ordonnance
La condition médicale du patient qui exige ce nouveau traitement.
C'est aussi la situation du patient qui veut ça vous comprenez
»

Un médecin a mis en avant la nécessité d'une **réévaluation à plus long terme**, le premier renouvellement étant à un mois de la sortie d'hospitalisation :

«
Parfois il y a des choses à modifier, mais ça ne se fait pas forcément lors du premier renouvellement... non ... ce sont des choses qu'on peut ajuster dans le temps vous voyez.
»

Il existe des facteurs plus inhérents à la Médecine Générale et au positionnement du médecin généraliste interrogé par rapport à l'hôpital :

- Certains évoquent une **contrainte à maintenir les thérapeutiques** :

« Un peu, c'est vrai... c'est difficile d'aller à l'encontre d'un avis spécialisé.
Une contrainte ? (rires) bah oui quand même un peu
Ouais quand même une petite contrainte c'est un peu l'habitude de se voir dicter la conduite par les grands hôpitaux »

- D'autres ressentent une **absence de légitimité à modifier le traitement de sortie** :

« J'ai pas forcément mon mot à dire là dessus, je n'ai pas une spécialité en pharmacologie ou quoi.
Ils ont modifié les traitements c'est bien pour une raison, après c'est pas à moi de décider de s'ils ont fait de la merde ou pas.
On se dit qu'ils savent mieux que nous des fois »

- **La contrainte du temps de consultation** en médecine générale peut parfois conduire à un renouvellement sans modification selon les interrogés :

« Mais vous savez en quinze minutes des fois on peut pas trop se permettre de réfléchir longuement
Parce qu'il faut qu'on prenne du temps pour tout relire, bien comprendre, expliquer au patient et remettre tout dans le logiciel,
En 15 minutes de consultation on a pas forcément le temps »

5.2. Critères de modification lors du premier renouvellement

Bien que rare selon les médecins interrogés, il arrive que l'ordonnance de sortie soit modifiée dès le premier renouvellement. Les raisons de ces modifications peuvent être **d'ordre médical, organisationnelles ou liées au courrier de sortie.**

5.2.1. Modifications liées à un critère médical

La **réévaluation du patient, clinique ou biologique**, peut imposer une modification de posologie, l'arrêt ou la reprise d'un traitement.

« Je maintiens... sauf quand il y a une réévaluation à faire, clinique ... ou biologique.
Ça peut être une surveillance biologique qui est justifiée et qui montre qu'il y ait besoin d'adapter soit la dose soit la molécule
Je me doutais qu'à un moment donné il faudrait que je l'allège et ce qui est le cas en ce moment parce que son HbA1c est en train de bien diminuer en ce moment
Déjà la situation médicale du patient, hein, si il y a une évolution de la pathologie ou un bilan sanguin limite, on peut adapter les posologies.
J'ai du les reprendre d'emblée, il avait plus de 17 de tension
Vues les tensions au cabinet
Reprendre un traitement arrêté volontairement parce qu'il en avait finalement besoin.
Quand la situation médicale l'exige
C'est en fonction de l'état du patient
L'évolution de la maladie en elle même peut me faire remodifier l'ordonnance
Puis ils avaient baissé mais moi la tension est remontée donc je suis repassée à celui d'avant.
J'ai du arrêter... le patient avait 10 de tension en consultation
Après il y a les histoires d'antihypertenseur ça ça m'arrive souvent de devoir ajuster les posologies ou remettre des anti hypertenseurs quand ils les ont arrêtés parce qu'il avait plus de tension à l'hôpital.
S'il y a une évolution de la pathologie »»

Un traitement peut être arrêté à cause d'un **effet indésirable connu, la thérapeutique ayant déjà été testée** chez ce patient...

« J'avais déjà essayé l'amlor avant et le patient l'avait pas supporté et donc j'ai du rechanger.

Ça fait trois ans que je lui mets un traitement anti hypertenseur et que j'arrête (...) j'avais dit « stop on arrête tout (...) en fait que je l'ai vue elle était à 9/6 de tension et elle avait fait deux chutes (...) je reprends la même décision mais que j'ai déjà eu à prendre à plusieurs reprises »

»

... ou au contraire l'**apparition d'un effet indésirable non attendu.**

« Un effet indésirable, ça arrive oui

Ou ils ont des effets secondaires de traitements

Ça arrive d'avoir des effets secondaires et qu'on soit contraint de modifier

J'ai eu cette fois une patiente qui ne supportait pas le traitement qu'on lui avait mis

Il y avait cette histoire d'amlor qu'ils avaient mis et que le patient ne supportait pas alors j'ai du changé

S'il y a un effet indésirable »

»

Il arrive que la **décision soit prise avec le médecin hospitalier**, via une conduite à tenir énoncée en amont dans le courrier, ou en aval après contact téléphonique :

« Je ne vois pas comment le courrier peut me faire modifier l'ordonnance, non, à part s'il me dit de le faire

- (...) Mais si la justification ne vous convient pas vous rappelez dans le service afin de prendre une décision à plusieurs, c'est bien ça ?

- Oui

J'ai du rappeler le service. Bon après j'ai eu ma réponse et ça s'est bien passé hein (*rires*) la patiente est toujours là quoi

Je les ai appelés je les ai appelés heu... Je ne sais plus trop ce qu'on s'est dit mais finalement on avait convenu d'arrêter parce que personne ne savait pourquoi il avait eu ce traitement.

»»

L'ordonnance peut être modifiée **selon la volonté du patient**, en fonction de son acceptabilité de la modification hospitalière :

«	C'est des patients qui demandent de reprendre leur benzo
	Je les remets si le patient le réclame.
	Quand le patient le demande, des fois il aime pas les nouveaux traitements qui sont mis ou qui ont été arrêté.
	Si (...) le patient ne comprend pas il va jamais vouloir les reprendre ces traitements enfin je pense.
	En fonction de l'état du patient et ce qu'il veut aussi
	Quand ils veulent reprendre un traitement qui a été arrêté par exemple ou qu'ils aiment pas le nouveau traitement qui a été mis
	Souvent les patients qui me signalent par exemple « j'étais autant mieux quand je prenais tel produit », bon c'est souvent pour les tranquillisants par exemple, ils se sentaient mieux en prenant la dose un peu plus fort ou en prenant un autre type de tranquillisant.
	S'ils trouvaient qu'ils était mieux avant un traitement, qu'on regarde ensemble ce qui a été fait en hospitalisation et qu'on en discute
	Des fois c'est les patients qui me demandent de changer aussi parce qu'ils aiment pas tel ou tel traitement. C'est quand même eux qui les avalent ils ont un peu le droit de choisir
	Si le patient n'aime pas le traitement,
	Les patients ils ont l'habitude de leur traitement
»	

Certains évoquent une **volonté de retour à la molécule initiale**, notamment afin d'éviter les erreurs de prise par le patient :

«	Nous on l'avait pas en 100 mais en 50 donc les gens ont deux comprimés à la place d'un quoi, Le problème c'est qu'arrivés à domicile eh bien ils se trompent (<i>rires</i>). Parce qu'ils reprennent un quoi
	Quand il y a une modification du nom de médicament, même si c'est la même classe thérapeutique, j'ai tendance à remettre celui d'avant
	Pour les petits vieux quand ils changent les classes thérapeutiques genre l'omeprazole et qu'ils mettent de l'esomeprazole, ou que c'est pas les mêmes couleurs de comprimés et ça les perturbe les petits vieux. En plus c'est source d'erreur genre il y a du 10 et du 20 et ils veulent prendre deux comprimés enfin des trucs comme ça
	C'est que tel médicament n'était pas dans l'arsenal de l'hôpital et donc le patient ressort avec une autre molécule quoi.
»	

Un désaccord du médecin traitant peut l'amener à réaliser des modifications dès le premier renouvellement :

« Il y a parfois sur certains antidépresseurs où là on n'est pas trop d'accord donc on peut être amenés à changer
Si je n'étais pas partie prenante à cette décision thérapeutique.
Et bah si moi le traitement ne me convient pas bah je l'arrête et on voit
J'ai trouvé que c'était une énorme dose »

5.2.2. Modifications liées à une exigence organisationnelle

Une **habitude de prescription** du médecin généraliste peut justifier la modification de l'ordonnance hospitalière :

« Le lansoprazole par exemple je l'ai switch pour une question d'habitude »

Tout comme à l'hôpital, il peut exister des contraintes de **disponibilité du traitement en ambulatoire** :

« Si le traitement n'est pas disponible en pharmacie
La pharmacie elle aussi a un certain panel de médicaments ici »

5.2.3. Modifications en lien avec la lettre de liaison

Le médecin traitant peut être amené à prescrire de nouveau un **traitement oublié à l'entrée ou à la sortie d'hospitalisation** :

« Ça m'est arrivé de voir des oublis sur le traitement d'entrée, des traitements que les patients prenaient avant d'entrer en hospitalisation qui n'ont pas été réintroduits à l'entrée et donc pas reconduites sur le traitement de sortie
Des fois je rajoute des traitements qu'ils n'avaient pas pris en compte à l'entrée
Quand je dois reprendre un traitement qui avait été oublié à la sortie de l'hospitalisation »

La justification des modifications thérapeutiques peut aussi avoir son importance selon les médecins interrogés, soit dans le maintien des thérapeutiques (comme nous l'avons objectivé précédemment) soit dans leur changement :

- **L'absence de justification** dans la lettre de liaison

«	Quand c'est pas expliqué, qu'on a juste « traitement d'entrée » et « traitement de sortie » (...) Ouais, ça nous arrive dans ces cas là peut être de reprendre les traitements d'avant
	Mais des fois des petits traitements qui ont disparu de l'ordonnance et c'est pas écrit pourquoi je peux les remettre par exemple.
	Mais les traitements que le patient prenait avant et qui sont pas reconduits sans aucune raison
	Moi je reprends si c'est pas clairement dit pourquoi ils avaient arrêté
	Parce que si dans le courrier je ne retrouve rien pour expliquer je peux modifier le traitement.
	Si une chose me paraissait injustifiée je pourrais remettre en cause le changement de traitement
	S'ils ont mis un traitement et qu'ils n'ont pas pris la peine de le justifier c'est que pour eux c'était pas si important que ça
	S'ils avaient expliqué pourquoi ils ne voulaient absolument pas que mon patient ait ce traitement peut être qu'on aurait pu rediscuter.
»	

- **L'incompréhension de la justification** d'une modification de traitement

«	J'avoue que je comprenais pas. J'ai du les reprendre d'emblée
	Il y a des médicaments qui passent à la trappe où on ne comprend pas trop ou pourquoi ils ont été mis ou pourquoi ils ont été supprimés.
	Les traitements que le patient prenait avant et qui sont pas reconduits sans aucune raison
	Si le courrier est mal fait, qu'on sait pas trop pourquoi les traitements sont mis,
	Mais si c'est pas bien justifié et que je suis pas chaude pour poursuivre le traitement, je l'arrête.
»	

DISCUSSION

1. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET COMMENTAIRES

1.1. Précision des informations sur les modifications thérapeutiques

1.1.1 Caractéristiques des modifications thérapeutiques

Les modifications thérapeutiques lors d'une hospitalisation en MPU semblent être **fréquentes et nombreuses**.

Nous pouvons faire le lien avec le fait qu'une hospitalisation soit souvent imposée par une **condition médicale**, nécessitant une réévaluation clinique et thérapeutique hospitalière. La prédominance de motifs d'hospitalisation pour AVC ou décompensation cardiaque en MPU permet aisément de comprendre qu'une **adaptation des traitements de fond** soit indiquée. Enfin, la sur-représentation de **sujets âgés** amène parfois à une refonte de l'ordonnance, par l'intrication plus complexe de la pathologie aiguë aux nombreuses comorbidités déjà existantes chez le patient.

Le nombre de thérapeutiques sur l'ordonnance de sortie a tendance à être **plus important qu'à l'entrée**. Cela coïncide avec une **prédominance d'introduction de traitement** en hospitalisation, mis en évidence dans les résultats (cf 3.1).

Ceci s'explique par les motifs d'hospitalisation. Nous retrouvons ces données dans l'étude de Coutellier sur les modifications thérapeutiques réalisées en médecine interne (6).

Les patients semblent présenter un risque majoré de **polymédication au décours** de l'hospitalisation. Cette polypharmacie était maintenue chez tous les patients à la fin du séjour. Il est important de mettre en parallèle le pourcentage de polymédication dans le service de MPU et sa prévalence en France qui, selon les différents indicateurs chez les plus de 75 ans, se situe entre 14% et 49% (27). Malgré l'importance de cet intervalle, il reste en deçà du pourcentage de polymédication dans notre travail de thèse (66%).

Bien que la Médecine Polyvalente accueille des patients âgés polymédiqués, il convient de noter qu'il ne s'agit pas d'un service de Gériatrie mais d'un service post-urgence, avec une durée moyenne de séjour faible. Il est possible que l'objectif d'une revue d'ordonnance et d'une limitation des thérapeutiques prescrites ne soit pas au premier plan lors d'une hospitalisation pour un motif aigu.

La suppression d'un traitement dans l'ordonnance de sortie reste tout de même la deuxième modification la plus représentée lors de notre analyse.

1.1.2 Justification des modifications thérapeutiques

L'évolution de l'ordonnance a été **justifiée en totalité dans la majorité des lettres de liaison**.

Cela peut être motivé par les nouvelles directives de la HAS ou une volonté de précision propre au service de médecine polyvalente.

Cette justification ne relevant pas d'un paragraphe spécifique dans le courrier, il est cohérent de constater **des disparités dans le choix de section où se trouvent ces explications**. Dans plus d'un tiers des cas, elles sont retrouvées dans le corps du document.

Un quart des courriers présente au moins une modification thérapeutique injustifiée.

Le **changement d'un IPP pour un autre** en est l'exemple le plus fréquent. Ceci s'explique notamment par l'arsenal pharmaceutique hospitalier limité. Un *switch* est alors réalisé dès l'entrée du patient afin d'assurer une continuité thérapeutique. Cependant, nous constatons bien souvent que la **molécule originelle n'est pas reconduite**.

La **diminution ou l'arrêt d'un traitement par benzodiazépine** font figure de deuxième modification ne retrouvant pas sa justification. Nous pouvons bien évidemment comprendre la motivation du service hospitalier à moduler ce genre de prescription : traitement d'appoint faisant l'objet d'une prescription inappropriée chez le sujet âgé, effets indésirables, absence d'indication évidente etc...

Au-delà des justifications, nous avons retrouvé **des erreurs ou des contradictions dans certains courriers**.

Nous avons constaté des contradictions sur la poursuite ou non d'un traitement, et des différences de posologie au sein du même document.

Cela peut s'expliquer par des modifications de « dernière minute », selon un bilan sanguin réalisé le jour de la sortie, ou suite à la revue du courrier par le médecin sénior.

D'autres contradictions semblaient davantage être liées à un **problème informatique ou une erreur d'inattention**. L'apparition d'un même traitement plusieurs fois sur la liste des traitements de sortie (du courrier) est arrivée à deux reprises. On constate jusqu'à quatre fois l'apparition de la même thérapeutique. Il est fort probable que cette anomalie n'ait pas été reconduite sur l'ordonnance de sortie.

Nous avons aussi noté dans un document un motif d'introduction ne rentrant pas dans les indications de la thérapeutique prescrite. Il s'agissait d'un traitement anti-hypertenseur, introduit devant « des tensions < 140/90 ». Il est envisageable qu'il s'agisse là d'une faute de frappe et que c'est le sigle « > » (supérieur) que le rédacteur voulait écrire.

1.2. Perception des médecins traitants concernant les modifications thérapeutiques

Les médecins traitants n'expriment pas systématiquement de ressenti particulier concernant la refonte d'une ordonnance par l'hôpital. Il s'agit pour eux d'un des **rôles du médecin généraliste** de faire un « état des lieux » lors du renouvellement et de respecter les actions effectuées par le service.

Les généralistes perçoivent l'hospitalisation **comme un avantage, un soutien dans la prise en charge** : aide à la revue d'ordonnance, à la « déprescription » de traitement... Ces pratiques sont observées en Gériatrie (7), mais aussi dans ce service de Médecine Polyvalente, notamment concernant les benzodiazépines comme exploré antérieurement dans l'analyse.

La plus-value d'une hospitalisation est également justifiée (par les médecins généralistes) par la possibilité d'évaluer le patient sur **plusieurs jours dans le service** (DMS de 6 à 7 jours). Cela permet une adaptation plus fine des thérapeutiques (18,21), contrairement à une consultation d'une quinzaine de minutes en médecine ambulatoire (28).

Le bénéfice perçu de l'hospitalisation ne va pas sans un sentiment de **confiance envers la MPU** et de travail d'**équipe**. Nous rappelons ici que l'un des moyens d'hospitalisation en Médecine Polyvalente à Nantes est l'hospitalisation directe, fruit d'une discussion entre le médecin ambulatoire et le médecin hospitalier. La prise en charge du patient semble être améliorée par ce contact direct et la satisfaction du médecin traitant renforcée suite aux adaptations thérapeutiques.

L'information du médecin traitant apparaît indispensable puisque les modifications thérapeutiques **sont mieux acceptées lorsqu'elles sont attendues**, et, nous le verrons par la suite, plus souvent maintenues.

Le médecin généraliste est parfois **insatisfait** des modifications thérapeutiques proposées par le service de MPU.

Il existe un **souhait de revue d'ordonnance qui n'est pas toujours exaucé**. La revue d'ordonnance est l'une des attentes du médecin généraliste quant à l'hospitalisation (en plus de la résolution du problème aigu). Cependant, le praticien ne le demande pas spécifiquement au service lors de l'admission du patient.

Les décisions hospitalières de modifier l'ordonnance du patient sont perçues comme **unilatérales** et parfois **hâtives** par la plupart des médecins interrogés. Il est probable que le manque de communication entre le médecin à l'hôpital et celui en ambulatoire **pendant** l'hospitalisation explique cette perception.

Le médecin traitant reçoit un courrier à la fin du séjour. Cela coïncide parfois avec la découverte de l'hospitalisation par le médecin. Le courrier contient une énumération de recommandations et une modification de l'ordonnance. Le praticien peut se **sentir insuffisamment impliqué** ou juger une décision comme étant rapide, n'ayant pas pris part à la réflexion qui a eu lieu lors du séjour.

Cela ne semble pas être sans conséquences. De nombreux praticiens nous ont fait part de leur **étonnement voire de leur agacement** concernant des modifications thérapeutiques : effet indésirable qui aurait pu être prévenu, contradictions entre deux avis spécialisés, incompréhension d'une modification...

Cela génère la **crainte de faire des erreurs** et motive la modification de l'ordonnance lors du premier renouvellement. Le médecin traitant évoque un sentiment de responsabilité envers son patient et un souci de ne pas l'exposer à des traitements perçus comme dangereux ou inadaptés.

1.3. Perception des médecins traitants sur la communication des modifications thérapeutiques

La justification des thérapeutiques est **primordiale pour une bonne continuité des soins**. Notre analyse confirme les éléments retrouvés dans les précédentes études (14,16).

Les modifications sont d'autant plus acceptées lorsqu'elles sont **attendues** et leurs justifications **claires**. Cela conforte la nécessité d'une communication écrite détaillée au sujet des modifications, voire d'un échange avec le médecin traitant au sujet de celles-ci.

Le temps passé à la lecture des courriers de sortie est élevé. Les médecins interrogés considèrent qu'il est important de prendre ce temps, cela faisant partie de la prise en charge du patient. Ils peuvent y consacrer plusieurs heures par semaine, pendant les consultations ou en dehors, parfois même à leur domicile (29).

Les médecins généralistes confirment les problématiques que nous avons objectivées lors de la lecture des courriers de sortie, la **justification des thérapeutiques est parfois lacunaire** : justification non retrouvée, non comprise, durée des traitements non explicitée, informations contradictoires...

Les médecins sont confrontés à des questionnements auxquels ils ne trouvent pas de réponses et peuvent **interpréter cela comme des erreurs** (bien que nous ayons vu qu'elles étaient plutôt rares).

Le praticien se retrouve alors dans une situation où il ne peut expliquer convenablement au patient l'intérêt de poursuivre ou non un traitement, la raison d'une modification voire la suite de la prise en charge thérapeutique.

Sa réaction face à ce dilemme peut être de deux sortes : la résolution du problème par lui-même ou l'appel au médecin hospitalier.

Appeler le médecin de MPU est vécu par le généraliste comme une **nécessité** afin d'avoir les justifications supplémentaires dont il a besoin. Bien qu'il obtienne souvent les réponses à ses questions, cet exercice paraît être **chronophage et contraignant** :

- Il faut du temps avant de joindre l'interlocuteur ayant pris en charge le patient, surtout si les médecins traitants n'ont pas le numéro direct du service. Puis trouver le praticien hospitalier qui a pris en charge le patient. Puis attendre que celui-ci soit disponible et relise le dossier.
- Il se peut que le médecin référent du dossier et l'interne soient absents. Le MT devra donc reporter son appel.
- Il existe un vécu négatif de cet appel quand le médecin pensait pouvoir trouver la justification dans le courrier.

On peut imaginer que l'appel du médecin généraliste puisse aussi perturber le travail du médecin hospitalier, car cela peut conduire à une **interruption de tâche** et être source d'erreur, ce qui est très bien décrit dans le milieu infirmier notamment (30).

L'information donnée lors de l'appel peut être de **moins bonne qualité** et l'appel **moins bien vécu par les interlocuteurs**, compte-tenu de l'absence de temps médical dédié à la communication entre les deux partis.

La **lettre de liaison** est le pivot central de la **communication ville-hôpital**.

Nous avons souligné précédemment l'importance pour les médecins traitants de recevoir ce courrier **dans des délais corrects** (11), ce qui est actuellement le cas pour le service de MPU. Les généralistes sont satisfaits du fait que le patient en ait un exemplaire lors de sa sortie.

Ce fonctionnement n'est pas spécifique au service et fait partie des directives de la HAS concernant les moyens et délais d'acheminement de la lettre de liaison.

Un sentiment de **satisfaction globale voire même d'amélioration** (par rapport aux anciens courriers), est mis en évidence.

Les comptes rendus sont clairs, détaillés et répondent globalement à l'ensemble des questionnements du lecteur. L'**encadré comparant les traitements** d'entrée et de sortie est apprécié.

Il persiste un sentiment de courrier « trop long », d'une **lecture fastidieuse**. Les médecins évoquent une information noyée et un courrier qui peut ne pas être lu en totalité. Cela va dans le sens de précédentes études qui, sans pour autant imposer une longueur maximale qui risquerait de faire perdre de l'information, recommandaient tout de même la longueur d'une page recto-verso (13, 31). L'étude de Van Walraven et Rokosh (32) montre par ailleurs que la qualité diminue significativement quand la longueur du compte-rendu excède deux pages.

1.4. Devenir des prescriptions thérapeutiques lors du premier renouvellement

1.4.1. Maintien des thérapeutiques

Les généralistes s'accordent à dire qu'ils **maintiennent l'ordonnance de MPU**. Cela conforte les résultats de précédentes études (4,5). Les raisons sont plurielles et incluent les différents éléments cités auparavant :

- La **confiance** envers le service hospitalier
- Une **justification** présente et claire
- L'**exigence clinique** et thérapeutique du patient (pathologie en cours)

De nouveaux éléments viennent s'ajouter à cette analyse :

- La nécessité d'une **réévaluation à plus long terme**. Le premier renouvellement a lieu dans les quatre semaines suivant la sortie d'hospitalisation. Certaines thérapeutiques imposent une surveillance au-delà de ce premier renouvellement, notamment si elles nécessitent un contrôle biologique : contrôle de la TSH à 6-8 semaines après une modification de posologie de levothyrox, contrôle de l'HbA1c à 3 mois pour l'instauration d'un traitement anti-diabétique...
- Un sentiment de **contrainte à maintenir le traitement**, ou l'**absence de légitimité** à les modifier. Cela pourrait être en lien avec un sentiment d'infériorité du médecin généraliste, que l'on peut retrouver dans un travail de thèse réalisé en 2017(33). Par ailleurs, l'impression d'une décision unilatérale de l'hôpital peut s'accroître si la justification des modifications est de mauvaise qualité.
- La contrainte du **temps de consultation**, qui peut pousser le médecin traitant à prescrire l'ordonnance sans la modifier, afin de se consacrer à d'autres aspects du renouvellement.

1.4.2. Modification de l'ordonnance de sortie

- Liées à un motif médical :

- La réévaluation du patient lors de la consultation à un mois permet de juger de **l'évolution clinique ou biologique** et d'adapter le traitement en conséquence. La décision d'une nouvelle modification peut être prise par le MT lui-même, basée sur une conduite à tenir évoquée dans le courrier ou après appel du service.

L'exemple le plus éloquent est celui des traitements anti-hypertenseurs. Ils font partie des traitements les plus souvent modifiés lors des hospitalisations, mais aussi lors des renouvellements (17).

A la sortie, le patient peut présenter des variations tensionnelles ou une dégradation de la fonction rénale, justifiant une révision de ce traitement. Le changement d'hygiène de vie qu'impose l'hospitalisation et une surveillance tensionnelle plus fréquente à l'hôpital sont les raisons soulevées par les médecins traitants.

- L'apparition d'**effets indésirables** peut motiver l'arrêt d'un traitement ou un *switch* thérapeutique. Certains médecins ont évoqué un **événement indésirable prévisible**, car le traitement avait déjà été testé en ville. Cela témoigne encore une fois de l'importance d'une bonne communication sur les thérapeutiques.

Dans ces circonstances, le médecin généraliste a la possibilité de noter les traitements mal tolérés sur le courrier d'adressage. Si ce dernier n'a pas été réalisé, seul un contact entre le médecin de MPU et le médecin traitant permet de corriger ce risque.

- La **place du patient dans la prise de décision** reste un élément majeur, bien évidemment. Il peut de lui-même se percevoir en meilleure santé avec un traitement antérieur, ou refuser de prendre un traitement qu'il ne comprend pas.

La problématique prend sens concernant les benzodiazépines ou les hypnotiques, notamment chez le sujet âgé. Loin des propositions de déremboursement de la HAS en 2014, qui s'est ravisée en 2015 (34,35), ces traitements restent appréciés des patients.

Nous le disions précédemment, l'hôpital reste un **soutien à la « déprescription »** de ces classes thérapeutiques. Il appartient au médecin généraliste d'accompagner le patient dans la dynamique de sevrage initiée lors de son séjour. Un travail rendu difficile par la présence de nombreux freins, tant chez le praticien que chez le patient lui-même (36).

Le patient peut aussi demander à **reprendre la molécule initiale qu'il connaît**, afin d'éviter des erreurs et des confusions. Conséquences des *switch* médicamenteux réalisés à l'hôpital et poursuivis à la sortie, ces prescriptions sont souvent modifiées lors du premier renouvellement.

- La **reprise de traitements oubliés à l'entrée** semble être fréquente. Cela témoigne d'erreur de récupération des données de l'ordonnance en début de séjour. Le terme d'« oubli » est celui donné par les médecins interrogés, et correspond à un traitement qui ne figure pas sur la lettre d'entrée. On ne peut savoir si l'oubli est intentionnel (traitement suspendu dès l'entrée) ou non intentionnel (oubli véritable).

- Le **désaccord du médecin traitant avec le traitement modifié** est une notion qui n'avait pas été retrouvée dans les différentes études à ce sujet. Le médecin généraliste connaît le patient et possède une temporalité différente du service hospitalier. Il est aussi plus disponible pour le recevoir en consultation. Cela lui permet une évaluation plus large et une décision tout aussi pertinente concernant le devenir d'un traitement.

- Liées à un motif organisationnel :

Plus rares, elles se justifient par une **habitude de prescription** du médecin généraliste ou la **disponibilité du traitement en officine**. Les tensions d'approvisionnements sont plutôt fréquentes en Pays de la Loire. Le rapport d'enquête réalisée par France Assos Santé en 2021 révèle que les médecins y sont confrontés au moins une fois par semaine pour 40% d'entre eux (37).

- Liée à la qualité de la justification des thérapeutiques :

Les généralistes interrogés explicitaient clairement la possibilité de modifier un traitement en fonction de la **qualité de sa justification**. Cela rejoint les conclusions du travail d'Albert-Perl (17), voulant mettre à l'honneur l'importance de la justification des modifications thérapeutiques. Une explication absente ou peu claire a un réel impact sur le maintien du traitement en ambulatoire. Le médecin peut, là encore, prendre la décision seul ou ressentir le besoin de contacter le service pour éviter une rupture thérapeutique.

1.5. Attentes des médecins généralistes

La **voie épistolaire** semble très appréciée et les médecins souhaitent son maintien. Nous avons cité de nombreux éléments péjoratifs dans cette thèse mais les médecins généralistes sont satisfaits. Ils n'envisagent pas dans un premier temps de moyens d'améliorer la communication quant aux modifications thérapeutiques.

Ils apprécieraient tout de même l'équivalent d'une **conciliation médicamenteuse** dans la transmission écrite. Ce terme est le grand absent des réponses des généralistes lors des entretiens. Cela peut s'expliquer par une implémentation récente en France. Cependant sans le nommer, chacun décrivait à sa manière le souhait d'un bilan médicamenteux plus optimisé :

- La récupération de tous les traitements d'entrée
- La justification de l'ensemble des modifications réalisées
- Une conduite à tenir claire sur la durée des traitements
- Un lieu dédié à la rédaction de ces informations.

Les praticiens souhaiteraient une **communication téléphonique** avec le service de MPU au cours de l'hospitalisation. Cela permettrait d'informer le médecin de l'hospitalisation du patient, mais aussi d'échanger à son sujet, de s'impliquer dans la décision de modifier les thérapeutiques...

C'est encore une fois cette volonté de travail d'équipe, d'approche **pluri-disciplinaire et inter-structurelle** qui se dévoile. L'objectif est toujours d'avoir les informations nécessaires à une bonne prise en charge du patient, lors de l'hospitalisation et à sa sortie.

Faciliter la prise de contact avec le médecin hospitalier référent du patient apparaît comme un point important pour les médecins généralistes. Il est le moyen privilégié pour obtenir des informations supplémentaires au sujet de l'hospitalisation.

L'**utilisation du DMP** n'est pas un moyen plébiscité par les médecins interrogés.

2. POINTS FORTS ET LIMITES DE L'ÉTUDE

• Points forts de l'étude qualitative

La réalisation d'une étude qualitative a permis d'étudier de la manière la plus adaptée la perception des médecins traitants au sujet des modifications thérapeutiques. Une triangulation a été réalisée afin de limiter la subjectivité dans l'analyse des données.

Le taux de réponse était satisfaisant (>50%), s'expliquant probablement par l'utilisation du téléphone pour les entretiens.

Le guide d'entretien proposé de manière individuelle et par téléphone a permis une plus grande liberté d'expression.

L'étude s'inscrit dans un contexte de modification récente des recommandations concernant la lettre de liaison, et permet de dresser un état des lieux de la situation dans le service de Médecine Polyvalente d'Urgence du CHU de Nantes.

• Limites de l'étude

La première partie des résultats, relative à la revue de courrier était avant tout un moyen de faire un état des lieux des modifications et de leur justification, pour la rédaction du guide d'entretien. Il semblait intéressant que ces données intègrent ce travail de thèse. Il n'y a pas eu d'analyse statistique des données. Une étude quantitative, sur des données plus importantes, permettrait de dégager une significativité aux tendances évoquées ici.

La réalisation d'un entretien par téléphone n'a pas permis de recueillir tous les éléments de langage non verbaux qui auraient pu enrichir les données recueillies. Cependant il a permis de restituer certains éléments : pauses de réflexion, onomatopées, rires...

Plusieurs biais doivent être pris en compte concernant cette étude :

- Un **biais de sélection** : Les médecins traitant étaient contactés via leur secrétariat et nous rappelaient secondairement. Il est possible que les médecins insatisfaits souhaitent davantage échanger au sujet du patient. Nous pouvons alors supposer une surreprésentation d'avis négatifs. Cela permet néanmoins de dégager une plus grande variabilité de données. L'étude n'étant pas quantitative, cela n'a pas d'incidence sur d'éventuelles données chiffrées.
- Un **biais de mémoire** : les praticiens étaient interrogés à une distance relative de la date du renouvellement, le délai d'appel étant d'au moins un mois après la sortie. Ce biais a pu être limité par le fait que le médecin généraliste avait accès au courrier de MPU et à ses notes de consultation lors de l'entretien.
- Un **biais de désirabilité sociale** : les médecins pouvaient associer la thésarde au service de Médecine Polyvalente. Cela pouvait modifier les réponses données par le sujet afin de paraître plus complaisant envers son interlocuteur. L'explication du statut de la thésarde dès le début de l'entretien avait pour but de limiter ce biais.

3. DISCUSSION GÉNÉRALE

3.1. Une volonté d'améliorer la communication ville-hôpital en France.

Bien que la première analyse du ressenti du médecin généraliste sur la communication ville-hôpital apparaît en 1973 sous la plume du professeur Laxenaire (38), les premiers textes de loi français sont publiés quelques années auparavant. Ils imposaient dans un premier temps à l'Hôpital de communiquer le dossier médical au médecin, puis quatre années plus tard de communiquer les traitements que le patient devrait continuer de prendre à sa sortie (39). Le format imposé par lettre (1992) puis le terme de lettre de liaison (2016) arriveront bien des années plus tard.

Les choses ont donc évolué, progressivement, jusqu'à notre époque où les analyses sur la communication et son impact commencent à devenir de plus en plus détaillées. La HAS a émis plusieurs guides au fil des années concernant la sortie du patient jusqu'aux recommandations de 2018 qui portent principalement sur la communication des modifications thérapeutiques.

Ces décrets et recommandations ont un retentissement à plus petite échelle sur chacun des hôpitaux français, notamment à Nantes. Lors de son projet d'établissement 2018-2022, le CHU de Nantes inclut dans ses grands défis celui de « favoriser l'ouverture » : il inclut dans sa démarche qualité l'amélioration de la sortie du patient et la coordination ville-hôpital (40).

3.2. Un sentiment de satisfaction globale de la part des médecins généralistes

Les travaux d'amélioration de la communication semblent porter leurs fruits. Les médecins traitants apprécient globalement le format de communication de la Médecine Polyvalente et la qualité de leur approche. Les courriers sont clairs et le point de transition entre l'hôpital et le milieu ambulatoire semble en voie de sécurisation pour ce service.

Concernant les modifications thérapeutiques, les lacunes de justification et leurs conséquences sont souvent corrigées par le médecin traitant qui ne laisse pas d'interrogation sans réponse.

3.3. Les défauts de justifications : des conséquences pour tous

Une modification thérapeutique non ou mal justifiée peut avoir des conséquences à différents niveaux :

- Une mauvaise perception de la modification par le médecin traitant
- Une chance plus faible que ce traitement soit maintenu
- Un appel « long et contraignant » du médecin traitant au service de MPU pour rechercher une justification supplémentaire
- Un risque d'erreur de prise en charge pour le patient
- Une moins bonne compliance au traitement par le patient
- Une interruption de tâche et ses conséquences pour le praticien hospitalier qui doit répondre à l'appel du médecin ambulatoire

3.4. L'importance du téléphone en communication : et si les étudiants y prenaient part ?

Le téléphone est le moyen le plus utilisé par les médecins généralistes pour contacter le service de MPU en cas d'interrogation sur une thérapeutique. Il s'agit du dernier rempart à l'erreur dans la continuité des soins à la sortie. Ce contact doit être facilité et optimisé afin que les généralistes ne se découragent pas à l'idée de joindre le médecin hospitalier.

La communication téléphonique est aussi le moyen le plus plébiscité pour transmettre de manière rapide et efficace les informations relatives à l'hospitalisation. Par expérience, les médecins et internes du service passent déjà beaucoup de temps au téléphone afin de contacter les familles, parfois les médecins traitants et recueillir des avis spécialisés.

Cela pourrait être l'occasion d'inclure les étudiants en médecine dans la prise en charge du patient. En effet, outre la nécessité pour l'externe de bien comprendre la prise en charge avant l'appel, cela permettrait aussi de le former à un domaine de compétence peu étudié sur les bancs de la faculté : la communication avec ses pairs.

Si l'appel peut être de courte durée selon la disponibilité du médecin généraliste, il permettra tout de même de l'informer de l'hospitalisation et du motif d'admission de son patient, voire des modifications thérapeutiques réalisées. Cela favoriserait l'acceptabilité des modifications et le sentiment de travail d'équipe et pourrait permettre de diminuer le risque d'erreurs médicamenteuses, à l'Hôpital comme en ambulatoire.

3.5. La nécessité du retour de la conciliation médicamenteuse en MPU

L'évaluation de l'efficacité de la conciliation médicamenteuse par Camille Lesoin en 2015 montrait des résultats prometteurs (22), avec la correction d'erreurs médicamenteuses dans un tiers des cas.

Le vieillissement de la population et la forte prévalence de la polymédication dans le service, imposent de réaliser l'ensemble des démarches disponibles pour se prémunir d'éventuelles erreurs médicamenteuses. Cela passe indubitablement par l'adaptation du courrier de sortie ou la réalisation d'une conciliation médicamenteuse dans un document dédié.

CONCLUSION

Les modifications thérapeutiques sont courantes lors d'une hospitalisation. C'est notamment le cas dans le service de Médecine Polyvalente d'Urgence du CHU de Nantes qui accueille des patients pour une pathologie aiguë.

La communication au médecin traitant des informations relatives au séjour hospitalier s'effectue principalement par le biais d'une lettre de liaison. Celle-ci mentionne entre autres les modifications thérapeutiques réalisées en hospitalisation.

Une étude qualitative réalisée auprès de 14 médecins traitants de Loire-Atlantique a permis d'évaluer la perception des généralistes concernant les modifications thérapeutiques hospitalières et la qualité de la communication du service de MPU à leur sujet.

Les différents entretiens ont fait émerger un sentiment de satisfaction globale concernant la lettre de liaison et la justification des thérapeutiques. Ils font cependant mention de quelques défauts de justifications ou de justifications incompréhensibles.

Les médecins ont tendance à maintenir les prescriptions modifiées par le service de Médecine Polyvalente.

La modification de l'ordonnance lors du premier renouvellement ambulatoire peut s'expliquer par des raisons cliniques ou biologiques, une demande du patient, mais aussi par des lacunes dans la justification ou l'information sur la durée des traitements.

Il arrive fréquemment que le médecin généraliste ressente le besoin de contacter le médecin hospitalier, par téléphone, en cas de difficulté.

Une vigilance supplémentaire concernant les justifications thérapeutiques pourrait être intéressante, notamment concernant les changements de molécule pour une même classe thérapeutique, qui sont très peu explicités. Ces justifications mériteraient un encart spécifique dans la lettre de liaison afin d'en augmenter la lisibilité.

L'implémentation d'une conciliation médicamenteuse en MPU et l'intégration d'un appel téléphonique au médecin traitant lors de l'hospitalisation pourraient être des moyens d'optimiser la communication entre le service et les médecins généralistes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Agence Régionale de la santé. Les chiffres clés de l'hospitalisation [Internet]. [cité 4 fev 2020]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/les-chiffres-cles-de-lhospitalisation>
2. Rouch L, Farbos F, Cool C, McCambridge C, Hein C, Elmalem S, et al. Hospitalization Drug Regimen Changes in Geriatric Patients and Adherence to Modifications by General Practitioners in Primary Care.
3. Viktil KK, Blix HS, Eek AK, Davies MN, Moger TA, Reikvam A. How are drug regimen changes during hospitalisation handled after discharge: a cohort study. *BMJ Open*. 2012;2(6):e001461.
4. Himmel W, Tabache M, Kochen M. What Happens To Long-term Medication When General Practice Patients Are Referred To Hospital? by W. Himmel, M. Tabache, M. Kochen.
5. Coutellier M, Mouly S, Delcey V, Lopes A, Lloret-Linares C, Bergmann J-F. What happens to therapeutic changes decided during hospitalization in an internal medicine ward? A two-month single-centre prospective study in France. *Rev Med Interne*. août 2014;35(8):498–502.
6. Coutellier M. Impact d'une hospitalisation dans un service de médecine sur les traitements prescrits au long cours en médecine générale [Internet]. Faculté de médecine Paris-Diderot; 2012.
7. Laroche M-L, Charmes J-P, Nouaille Y, Fourrier A, Merle L. Impact of hospitalisation in an acute medical geriatric unit on potentially inappropriate medication use. *Drugs Aging*. 2006;23(1):49–59. *Nutr Health Aging*. mars 2018;22(3):328–34.
8. Lachamp M, Pauly V, Sambuc R, Thirion X, Potard I, Molines C, et al. [Cost-effectiveness of drugs modifications for inpatients hospitalised in acute care geriatric units]. *Rev Med Interne*. sept 2012;33(9):482–90.
9. Netgen. Polymédication et personne âgée : ni trop ni trop peu ! [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 5 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-386/Polymedication-et-personne-agee-ni-trop-ni-trop-peu>
10. HAS. Document de sortie d'hospitalisation > 24 heures - fiche d'utilisation [Internet]. 2018 [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/document_de_sortie_fiche_utilisation_23102014.pdf
11. Loulière B, Roudaut M, Briançon S, Thilly N, Empereur F, Gendarme S. Initiative des HIGH 5s - Medication reconciliation. :125.
12. Kerebel-Bucovaz D. Quels sont les déterminants des modifications thérapeutiques réalisées après la sortie d'une hospitalisation avec conciliation médicamenteuse? Le point de vue des médecins généralistes. 2019;65.
13. Maxime MG. Document de sortie d'hospitalisation en médecine polyvalente : Les attentes des médecins généralistes. Faculté de Médecine d'Angers; 15 mars 2018 :77.
14. Strehlau AG, Larsen MD, Søndergaard J, Almarsdóttir AB, Rosholm J-U. General practitioners' continuation and acceptance of medication changes at sectorial transitions of geriatric patients - a qualitative interview study. *BMC Fam Pract*. 12 2018;19(1):168.
15. Clanet R, Bansard M, Humbert X. Revue systématique sur les documents de sortie d'hospitalisation et les attentes des médecins généralistes. *Santé Publique*. mai 2015;27:707–11.
16. Geneletti L, Chanoine S, Lugosi M, Bouillet L, Bedouch P, Deroux A. Impact de la communication hôpital-ville basée sur l'élaboration pluriprofessionnelle et collaborative de la lettre de liaison sur la continuité de la prise en charge médicamenteuse des patients. *La Revue de Médecine Interne*. 1 déc 2018;39:A204–5.
17. Albert-Perl A. Paragraphe sur les modifications thérapeutiques dans les comptes rendus d'hospitalisation: intérêt dans la pratique quotidienne en médecine de ville. Université Paris Descartes, 28 juin 2016 :52.

18. Potel G, El Kouri D, Ngohou C, Dherville M, Le Conte P, Batard E. La médecine polyvalente : comment une médecine sobre peut-elle aider la médecine d'urgence ? *Ann Fr Med Urgence*. mai 2016;6(3):159–65.
19. Ouverture d'une Unité de Médecine Polyvalente Post-Urgence au CHRU de Lille : bilan à 5 mois de fonctionnement [Internet]. [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-1801>
20. Sovaila S, Lhote R, Cohen Aubart F, Bourgarit A. Durée et typologie des séjours hospitaliers dans les services de médecine interne et médecine polyvalente en France : résultats de l'étude multicentrique du groupe SifMi. *La Revue de Médecine Interne*. 1 déc 2018;39:A85–6.
21. Delannoy PN. Analyse du profil des patients et de l'activité du service de médecine polyvalente post-urgences du CHU de Lille à 6 mois, 3 ans et 6 ans de son ouverture. :46.
22. Lesoin C. Conciliation médicamenteuse : expérience dans un service de médecine polyvalente d'urgence au CHU de Nantes. Université de Nantes; 2017.
23. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. *Revue Médicale Suisse* [Internet]. 2004 [cité 27 avr 2020];0.24011(2497). Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2497/24011>
24. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
25. Barclay S. Not another questionnaire! Maximizing the response rate, predicting non-response and assessing non-response bias in postal questionnaire studies of GPs. *Family Practice*. 1 févr 2002;19(1):105–11.
26. Sibbald B, Addington-Hall J, Brenneman D, Freeling P. Telephone versus postal surveys of general practitioners: methodological considerations. *Br J Gen Pract*. juill 1994;44(384):297–300.
27. Monégat M, Sermet C. La polymédication : définitions, mesures et enjeux. 2014;8.
28. DRESS. La durée des séances des médecins généralistes [Internet]. 2006 avr [cité 9 avr 2021] p. 8. Report No.: 481. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er481.pdf>
29. MUR-BACQUER H. Le temps de travail des médecins généralistes libéraux en dehors des consultations : organisations et représentations. Faculté de médecine de Poitiers; 2016
30. HAS. L'interruption de tâche lors de l'administration des médicaments [Internet]. 2016 janv [cité 2 jan 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-03/guide_it_140316vf.pdf
31. Bloch D. La lettre de liaison de sortie d'hospitalisation au Centre Hospitalier de Dax: qu'en attendent les médecins généralistes? :104.
32. Van Walraven C, Rokosh E. What is necessary for high-quality discharge summaries? *Am J Med Qual*. août 1999;14(4):160–9.
33. Kempa A. Vécu du métier de médecin généraliste en 2017: enquête qualitative auprès des généralistes des Alpes-Maritimes. 2016;63.
34. Benzodiazépines hypnotiques et apparentés : vers une baisse du taux de remboursement ? [Internet]. VIDAL. [cité 2 jan 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>
35. Utiles dans l'anxiété, les benzodiazépines restent une solution temporaire [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 2 jan 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2042111/fr/utiles-dans-l-anxiete-les-benzodiazepines-restent-une-solution-temporaire
36. Id H. Attitudes des médecins généralistes face aux prescriptions chroniques de benzodiazépines: étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 13 médecins généralistes. :148.
37. France Assos Santé, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. Tensions et ruptures d'approvisionnement des médicaments en ville - Région Pays de la Loire [Internet]. Pays de la Loire; 2021 [cité 12 janv 2021] p. 81. Disponible sur: <https://paysdelaloire.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/sites/19/2021/03/VF-Rapport-enquete-tensions-approvisionnement-FAS-PDL.pdf>

38. Laxenaire M, Schmitt D, Mur J. Relations de l'omnipraticien avec l'hôpital. 1973;
39. Décret n°74-230 du 7 mars 1974 relatif à la communication du dossier des malades hospitalisés ou consultants des établissements hospitaliers publics. 74-230 mars 7, 1974.
40. CHU de Nantes - Projet d'établissement 2018-2022 [Internet]. 2018 janv [cité 9 mars 2021]. Disponible sur: https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/projet-d-etablissement-2018-2002_1521729179084-pdf

ANNEXE N°1 : GUIDE D'ENTRETIEN TELEPHONIQUE

Ce guide d'entretien a pour objectif d'évaluer votre ressenti en tant que médecin traitant, concernant les modifications de l'ordonnance de votre patient, réalisées lors de son hospitalisation en MPU au CHU de Nantes. Il entre dans le cadre d'un travail de recherche qualitative en médecine générale. L'entretien téléphonique sera enregistré avec un dictaphone. Bien évidemment, toutes les données recueillies seront anonymisées. Vous pourrez, si vous le souhaitez, obtenir une copie de l'enregistrement avant que celui-ci ne soit détruit.

1. Votre patient a-t-il été réhospitalisé depuis sa sortie de médecine polyvalente

Oui : arrêt de l'entretien

Non : question n°2

2. Avez-vous revu en consultation votre patient depuis sa sortie d'hospitalisation afin de réaliser le renouvellement de son ordonnance ?

Oui : question n°3

Non : arrêt de l'entretien

3. J'aimerais que vous me racontiez comment s'est passé le renouvellement d'ordonnance quand vous avez revu votre patient pour la première fois après son hospitalisation.

- *Quels sont les éléments qui ont pu vous mettre en difficulté lors de cette consultation ?*
- *Avez-vous dû chercher dans le courrier des justifications aux traitements qui ont été initiés, modifiés ou supprimés ?*
- *Qu'avez-vous pensé des informations concernant les modifications thérapeutiques qui ont été réalisées ?*
- *Avez-vous trouvé dans le courrier les éléments de réponse que vous cherchiez ?*

4. Comment avez-vous réagi lorsque vous vous êtes aperçu que son ordonnance habituelle avait été modifiée lors de l'hospitalisation en MPU ?

- *Qu'avez-vous ressenti / A quoi avez-vous pensé ? -*
- *Qu'avez-vous pensé des modifications d'ordonnance qui ont été réalisées ?*
- *Vous êtes-vous senti impliqué dans cette prise de décision de modifier l'ordonnance que vous lui prescriviez habituellement ? Pourquoi ?*

5. De manière générale, comment appliquez-vous les modifications thérapeutiques réalisées en hospitalisation ?

- *Quelles sont les raisons qui peuvent vous faire modifier l'ordonnance lors du premier renouvellement ?*
- *Ressentez-vous une contrainte à maintenir l'ordonnance telle quelle ? Pourquoi ? - Comment le courrier de sortie peut influencer votre décision de modifier de nouveau l'ordonnance ?*

6. Quels seraient selon vous les moyens d'améliorer la communication entre le médecin traitant et le service de MPU concernant ces modifications thérapeutiques ?

ANNEXE N°2 : ENTRETIENS

ENTRETIEN N°1

1. J'aimerais que vous me racontiez comment s'est passé le renouvellement d'ordonnance quand vous avez revu votre patient pour la première fois après son hospitalisation.

Très bien, on avait fait une hospitalisation directe pour anémie et la patiente est ressortie après transfusion avec un traitement et des consignes de surveillance. Rien à dire de plus.

- Quels sont les éléments qui ont pu vous mettre en difficulté lors de cette consultation ?

Heu... vraiment pas grand chose. Peut être organiser le coloscanner mais sinon pour le reste tout s'est bien passé.

- Avez vous du chercher dans le courrier des justifications aux traitements qui ont été initiés, modifiés ou supprimés ?

Oui j'ai lu le courrier. Heu... les justifications de traitement on les connaissait de toutes façons, il n'y a rien qui m'a interpellé, tout était très clair et bien expliqué dans le courrier.

2. Comment avez vous réagit lorsque vous vous êtes aperçu que son ordonnance habituelle avait été modifiée lors de l'hospitalisation en MPU ?

J'étais satisfait, j'étais content qu'ils trouvent une solution à son problème.

- Qu'avez vous pensé des modifications d'ordonnance qui ont été réalisées ?

Hum... les traitement introduits étaient indiqués. Je m'attendais aussi à ce qu'ils suppriment l'aspirine protect car Bellier l'avait déjà recommandé la dernière fois mais j'avais du le reprendre, la pharmacie étant en tension sur le kardegic 75... heu bon, ils ont remis le kardegic 75. J'imagine qu'il va falloir qu'on trouve une solution pour ça avec la pharmacie.

- Vous êtes vous senti impliqué dans cette prise de décision de modifier l'ordonnance que vous lui prescriviez habituellement ? Pourquoi ?

Oui, plutôt. C'était dans le cadre d'une hospitalisation directe, c'était l'objectif de l'hospitalisation de la transfuser et de faire des ajustements thérapeutiques. Allez on va dire que c'est moi qui aies décidé, et que l'hôpital m'a aidé dans cette décision. C'est plutôt rare normalement c'est l'inverse (*rires*) !

3. De manière générale, comment appliquez vous les modifications thérapeutiques réalisées en hospitalisation ?

Je maintiens en général, je maintiens... sauf quand il y a une réévaluation à faire, clinique ... ou biologique. Ou un effet indésirable, ça arrive oui... Mais sinon je maintiens.

- Voyez vous d'autres raisons qui peuvent vous pousser à modifier l'ordonnance lors du premier renouvellement ?

Hum... non... non je maintiens généralement...

- Ressentez vous une contrainte à maintenir l'ordonnance telle quelle ?

Non, non pas du tout.

- Pourquoi cela ?

Pourquoi ? Eh bien c'est la médecine qui nous contraint, pas l'hôpital... (*rires*)

- Comment le courrier de sortie peut influencer votre décision de modifier de nouveau l'ordonnance?

Ho, heu... Les informations qui sont dans le courrier de sortie sont très importantes. Quand j'ai une interrogation sur un traitement de sortie je cherche systématiquement dans le courrier de sortie pour voir la raison qui m'échappe. C'est, je veux dire, très informatif. Mais ... je ne vois pas comment le courrier peut me faire modifier l'ordonnance, non, à part s'il me dit de le faire, par exemple sur une durée de traitement. Les courriers sont très utiles et nous guident bien pour la suite de la prise en charge.

4. Quels seraient selon vous les moyens d'améliorer la communication entre le médecin traitant et le service de MPU concernant ces modifications thérapeutiques?

Je suis désolé je ne vais pas pouvoir vous aider ! (*rires*) Vous savez, pour quelqu'un comme moi qui ai vécu l'absence de courrier ou celui arrivé des mois plus tard, les décisions arbitraires et unidirectionnelles des hôpitaux sur mes patients, je n'ai vraiment pas à me plaindre. Alors je comprends qu'on soit toujours dans une quête d'amélioration mais... sincèrement on est déjà très chanceux en médecine générale d'avoir ce genre de courrier, dans des délais courts de la part de votre service de médecine polyvalente. Non non, je n'ai vraiment pas à me plaindre...

- L'objectif n'est pas de vous plaindre, mais parfois il est intéressant d'avoir le retour des destinataires des courriers, surtout concernant les modifications thérapeutiques qui peuvent avoir un retentissement direct sur le patient.

Oui oui, je comprends bien Madame. Mais vraiment, je trouve que les choses sont très bien comme elles sont. Désolé.

ENTRETIEN N°2

1. J'aimerais que vous me racontiez comment s'est passé le renouvellement d'ordonnance quand vous avez revu votre patient pour la première fois après son hospitalisation.

Eh bien, heu classique, on a revu ensemble les différentes choses qui ont été faites en hospitalisation et j'ai pris le temps de répondre à ses questions et renouveler son ordonnance.

- Quels sont les éléments qui ont pu vous mettre en difficulté lors de cette consultation ?

C'est compliqué... il s'agit d'un patient OH chronique et c'est vrai qu'on se retrouve souvent en difficulté avec ce genre de patients qui sont dans une dynamique de sevrage mais avec beaucoup d'échecs et de rechutes... Hum.. là il avait été hospitalisé parce qu'il était franchement altéré, il mangeait plus et faisait que boire boire boire, il venait souvent alcoolisé en consultation. Mais quand je l'ai revu il avait profité de l'hospitalisation pour se sevrer et poursuivre chez lui, ça allait un peu mieux...

Après il y a quand même un truc qui m'a interpellée c'est qu'ils avaient pas poursuivi le SERESTA à la sortie et heureusement qu'il en avait chez lui et qu'il a eu la présence d'esprit d'en prendre sinon on courrait à la catastrophe. Et puis ils ont arrêté les traitements anti hypertenseurs. Ça aussi je n'ai pas trop compris heu... j'avoue que je comprenais pas. J'ai dû les reprendre d'emblée, il avait plus de 17 de tension !

- Avez vous du chercher dans le courrier des justifications aux traitements qui ont été initiés, modifiés ou supprimés?

Oui justement ... pour tout ce que je viens de vous dire. C'est pour ça que je vous ai rappelé parce que c'était vraiment un courrier heu... bizarre (*rires*) ! Je pense qu'il y a eu un problème avec le logiciel car le traitement par Tahor apparaissait trois fois dans l'ordonnance de sortie...

Oui donc voilà j'ai cherché pourquoi ils avaient arrêté le SERESTA, s'il y avait eu un effet secondaire ou un truc comme ça. Mais je n'ai pas trouvé.

Pour les anti hypertenseurs il y avait une raison mais je ne l'ai pas comprise ! Attendez que je retrouve ce que j'ai écrit... oui voilà, il disait qu'ils avaient arrêté le candesartan parce que ces tensions étaient en « dessous » (*insiste sur le mot*) de 140 c'est quand même curieux c'est ce qu'on attend d'une tension normale normalement (rires) ! Ah ! et qu'il devait revoir avec son médecin traitant pour en remettre si besoin alors bon, comme il n'y avait rien qui mentionnait une hypotension iatrogène dans le courrier et vu les tensions au cabinet et le patient qui savait pas me dire, j'ai repris.

2. Comment avez vous réagit lorsque vous vous êtes aperçu que son ordonnance habituelle avait été modifiée lors de l'hospitalisation en MPU ?

Ben... ça nous fait toujours un truc, voilà... (rires) non mais c'est vrai que c'est notre ordonnance, et parfois ils modifient tout c'est un peu brutal. Mais souvent c'est quand même justifié hein, je veux dire, c'est la maladie du patient qui veut ça.

- Et concernant ce patient en particulier ?

Heu... je me suis dit que c'était bien qu'ils aient rajouté les vitamines et les compléments alimentaires. Dans l'ensemble, à part ces petites incompréhensions que j'ai eu, ça m'a pas fait grand chose. Tant qu'on explique bien les choses ça va... oui... enfin c'était pas trop le cas ici (*rires*)! En fait c'est vraiment quand j'ai vu le seresta, je me suis dit « mince qu'est ce qu'ils ont foutu » et heu... oui ça m'a un peu contrarié quand même...

- Vous êtes vous senti impliqué dans cette prise de décision de modifier l'ordonnance que vous lui prescriviez habituellement? Pourquoi ?

Non non pas du tout. Bah, le patient il passe à l'hôpital c'est au service de décider. Ça ne me dérange pas trop qu'ils ne m'incluent pas pour mettre un traitement enfin... Mais s'ils décident d'en arrêter un c'est peut être un peu différent. Souvent quand je prescris quelque chose c'est pas pour rien. Au pire s'ils ont un doute ils m'appellent quoi.

3. De manière générale, comment appliquez vous les modifications thérapeutiques réalisées en hospitalisation ?

En général ? Hum... je maintiens... Sauf si on reprend le patient là quand je dois reprendre un traitement qui avait été oublié à la sortie de l'hospitalisation ou reprendre un traitement arrêté volontairement parce qu'il en avait finalement besoin.

- Quelles sont les autres raisons qui peuvent vous faire modifier l'ordonnance lors du premier renouvellement?

Après ... je sais pas ... (*souffle*) J'applique souvent quand même. Je veux dire par là qu'il y a souvent une raison à la prescription. Si je la connais pas, je trouve souvent la réponse dans le courrier, mais heu... si je ne la trouve pas c'est plus compliqué (*rires*)!

C'est vrai que c'est bien votre thèse là c'est important de bien justifier. Mais dans les deux sens ! On devrait nous aussi avoir quelque chose heu... de clair pour que ce soit plus simple pour eux de savoir pourquoi on prescrit tel ou tel médicament, ça éviterait qu'ils l'arrêtent pour rien et qu'on soit obligé de le reprendre.

- Voyez vous d'autres raisons qui peuvent vous faire modifier l'ordonnance ?

Oui, des fois c'est des patients qui demandent de reprendre leur benzo, mais moi souvent je dis non, ça aide quand c'est un autre médecin qui les déprescrit, on est vraiment en difficulté avec ces traitements là.

- Ressentez vous une contrainte à maintenir l'ordonnance telle quelle ? Pourquoi ?

Non non on fait ce qu'on a à faire quand il y a besoin de le faire quoi.

4. Quels seraient selon vous les moyens d'améliorer la communication entre le médecin traitant et le service de MPU concernant ces modifications thérapeutiques?

Grande question ! (rires)

Je suis pas une grande adepte du DMP, mais si on avait sur le DMP une fiche récapitulative des traitements et des raisons de leur prescription, ça pourrait nous aider et aussi les aider eux.

Comme ça on met à jour et hop. Bon ça va prendre du temps mais je sais pas...

Peut être que ce soit directement noté sur l'ordonnance du patient, je ne sais pas si on peut faire ça, je sais que via mon logiciel je peux cocher des cases pour le motif de prescription et si cela apparaissait ça permettrait de rendre les choses claires quand ils arrivent en hospitalisation et quand ils en sortent. Et même pour le patient ce serait pas mal non? Il saurait pourquoi il prend tel ou tel traitement.

- Voyez vous d'autres moyens ?

A part bien remplir le courrier de sortie avec les justifications... non (rires)! Après j'ai été interne je sais ce que c'est de reprendre des patients et de ne pas savoir ce qui avait été fait. Personne n'est parfait hein.

ENTRETIEN N°3

1. J'aimerais que vous me racontiez comment s'est passé le renouvellement d'ordonnance quand vous avez revu votre patient pour la première fois après son hospitalisation.

C'est une dame qui de base malgré son âge a un très bon état général. Elle n'avait pas spécialement de traitement auparavant hormis une supplémentation en vitamine D. Du coup quand moi je l'ai revu, elle avait eu du mal à accepter son hospitalisation, le fait de devoir prendre des traitements... Après j'avais repris son traitement de sortie donc elle avait uniquement le xarelto et les contentions à porter ce qui a été un peu compliqué à mettre en place, donc bien expliquer l'intérêt des contentions... Juste réexpliquer que c'était vraiment important et que ça avait son intérêt, et surtout continuer le xarelto en attendant d'avoir l'écho doppler.

- Est-ce qu'il y a des éléments qui vous ont mis en difficulté lors de cette consultation ?

Pas spécialement. Après c'est des choses pour lesquelles on est régulièrement confronté, des patients qui n'ont pas vraiment compris l'intérêt d'un traitement ou ce qui s'est passé lors de l'hospitalisation ou les suites à donner à tout ça. Donc on reprend, on débrieffe un peu. On reprend les points principaux ...

- Qu'avez vous pensé des informations concernant les modifications thérapeutiques qui ont été réalisées?

C'était clair, c'était clair, les informations dans le courrier étaient claires pour moi.

2. Comment avez vous réagit lorsque vous vous êtes aperçu que son ordonnance habituelle avait été modifiée lors de l'hospitalisation en MPU ?

Bah heu (Hésite, souffle). Ça ne m'a pas posé plus de soucis que ça pour elle. Effectivement, il arrive que ce soit un peu plus problématique et compliqué à suivre sur des traitements qui entrent en hospitalisation avec une ordonnance de médicaments et donc qui ressortent qui a été modifié donc on a un peu tout à reprendre, s'il n'y a pas eu des oublis et essayer à chaque fois de voir la justification de l'arrêt ou de l'introduction d'un traitement. Mais là en soit pour elle c'était assez simple, parce qu'auparavant elle avait juste des ampoules d'urvedose tous les trois mois et là

l'introduction du xarelto et des contentions qui s'expliquait et qui ne posait pas forcément de problème quoi.

On vous avait informé ou incluse dans la décision d'introduire du xarelto, par exemple plutôt que de l'Eliquis ?

Non pas du tout, mais ça ne change pas grand chose, vous voyez, j'ai pas forcément mon mot à dire là dessus, je n'ai pas une spécialité en pharmacologie ou quoi.

3. De manière générale, comment appliquez vous les modifications thérapeutiques réalisées en hospitalisation ?

Heu... c'est assez vague comme question... Je reprends les indications et je vérifie bien au niveau des posologies pour moi prescrire derrière, voilà, si il y a bien l'indication et les posologies adéquates je refais l'ordonnance. Ça m'est arrivé de voir des oublis sur le traitement d'entrée, des traitements que les patients prenaient avant d'entrer en hospitalisation qui n'ont pas été réintroduits à l'entrée et donc pas reconduites sur le traitement de sortie, qui n'ont pas été prises en compte. Donc effectivement je peux reprendre ces traitements là, mais généralement sur les traitements introduits pendant une hospitalisation je ne les modifie pas. Dans la grande majorité des cas je maintiens l'ordonnance telle quelle.

- Vous vous sentez contrainte de maintenir l'ordonnance telle quelle?

A partir du moment où il y a des explications dans le courrier c'est assez détaillé et on comprend pourquoi telle ou telle modification a été faite ou tel ou tel switch de médicaments, à partir du moment où c'est expliqué, où c'est détaillé, non je ne me sens pas contrainte, non ça permet de faire le point sur les traitements et de revoir les indications.

Après quand c'est pas expliqué, qu'on a juste « traitement d'entrée » et « traitement de sortie » sans explication, là on se pose un peu plus de questions ! (*rires*) Ouais, ça nous arrive dans ces cas là peut être de reprendre les traitements d'avant ou de devoir appeler, de devoir chercher l'information, se renseigner et dans ce sens c'est vraiment contraignant oui.

4. Quels seraient selon vous les moyens d'améliorer la communication entre le médecin traitant et le service de MPU concernant ces modifications thérapeutiques?

Alors, pourquoi pas un appel avant la sortie ? Que les choses soient... souvent la transmission à l'oral est quand même plus fluide et comme ça si on a des interrogations c'est quand même plus simple. Après globalement dans les derniers compte rendus que j'ai eu à lire du CHU, de la MPU c'était quand même plutôt détaillé, franchement on trouve ce qu'on cherche hein.

Mais pourquoi pas mettre en place un petit coup de fil de manière un peu systématique, en disant - parce que la plupart du temps on est pas au courant que les patients sont hospitalisés ! - quand ils sortent »untel a été hospitalisé, pour telle raison on a du faire tel ou tel changement ou introduire tel traitement qui sera à poursuivre tant de temps ... » enfin faire un petit débriefing

- Juste pour information, qui souhaiteriez vous avoir au téléphone pour ce « débriefing » que vous décrivez?

Je n'ai pas de préférence à partir du moment où les informations ont été validées, que ce soit transmis par un externe oui pourquoi pas ça peut être intéressant dans leur formation. Les internes sont des médecins, ça ne me pose pas de problème non plus. Non mais c'est vrai que ça peut être intéressant que ce soit confié aux étudiants cette notion de récapituler, de discuter de la prise en charge des patients.

ENTRETIEN N°4

1. J'aimerais que vous me racontiez comment s'est passé le renouvellement d'ordonnance quand vous avez revu votre patient pour la première fois après son hospitalisation.

Alors c'est une hospitalisation qui a été gérée par la famille, je n'étais même pas au courant. J'ai découvert l'hospitalisation que quand je suis passée chez elle donc quand elle est sortie de l'hôpital (*rires*).

Heu.. oui, alors beh déjà je regarde un peu ce que j'ai écrit. Donc moi je l'ai vue deux jours après sa sortie, donc je découvre qu'elle a fait trois quatre jours à l'hôpital. Heu.. le courrier est plutôt clair par contre elle est sortie avec de l'amlor 5 un matin et soir et en fait moi je viens chez elle pour hypotension, alertée par l'infirmière.

Ça m'a fait sourire car c'est une dame ça fait trois ans que je lui mets un traitement anti hypertenseur et que j'arrête, on a fait plusieurs allers-retours et en fait à chaque fois comme je la trouve moins bien avec, avec des hypotensions orthostatiques, j'avais dit (*s'adresse à la patiente*)« stop on arrête tout, moi je préfère que vous soyez à 15 de tension plutôt que vous soyez par terre » et en fait que je l'ai vue elle était à 9/6 de tension et elle avait fait deux chutes. Donc clairement une tension un peu labile, parce que la fois d'avant quand je l'ai vue elle avait une tension à 16 et demie et j'avoue que j'ai un peu arrêté.

- Qu'avez vous pensé de l'information concernant cette modification thérapeutique ?

J'ai compris pourquoi et je reprends la même décision mais que j'ai déjà eu à prendre à plusieurs reprises. Mais voilà c'est pas écrit en gros dans son DMP ou un truc comme ça quelque chose qui disait « attention à ses tensions » mais c'est vrai que par contre j'ai été étonnée de l'amlor 5 deux fois. J'ai trouvé que c'était une énorme dose, parce que j'ai jamais mis autant moi et j'avais déjà eu ces soucis-là (*rires*).

2. Comment avez vous réagit lorsque vous vous êtes aperçu que son ordonnance habituelle avait été modifiée lors de l'hospitalisation en MPU ?

C'est vrai que souvent on découvre le truc et on se dit « tiens, ils ont changé! » et c'est vrai que c'est tout à fait le bon exemple avec cette petite dame.

C'est vrai que j'ai pas été appelée pour introduire ce traitement anti hypertenseur. Mais c'est vrai que j'ai pas eu d'externe, on en a pas discuté, parce que effectivement j'aurais pu leur dire « moi je suis pas contre que vous lui mettiez un traitement anti hypertenseur » mais je leur aurais juste dit que le problème c'est que je l'arrête à chaque fois quoi. Parce que je me dis les effets secondaires... En fait c'est une dame que je ne connais que depuis 2018 et effectivement la question s'est posée au moins deux trois fois de « on met un traitement, on l'arrête, on met un traitement » (*rires*).

En fait je me suis dit mince ils font les frais déjà de ce que moi j'ai déjà pu tester par moi même. Disons que quand je vais la voir en urgence à cause de ce nouveau traitement je me dis « mince c'était prévisible », donc c'est plus le fait que la patiente soit tombé et pas fraîche.

Bref, en gros j'ai du arrêter le traitement deux jours après sa sortie. J'ai dit « stop ». Oui j'ai dit « stop ». Parce qu'en fait on fait passer une infirmière tous les matins, on a mis ça en place depuis 6 mois donc voilà.. qui pouvait faire une réévaluation facile.

J'ai revue en fait 10 jours plus tard, où l'infirmière a trouvé des tensions qui n'étaient pas si graves que ça.

Enfin bon chez une patiente de cette âge là...

3. De manière générale, comment appliquez vous les modifications thérapeutiques réalisées en hospitalisation ?

Eh bien d'habitude je suis pas très critique (*rires*) ! Je suis plutôt contente d'avoir eu un regard extérieur et qu'ils me fassent des propositions. Après c'est vrai que des fois je suis étonnée des _____

courrier des spécialistes qu'on peut avoir en ville qui nous font tellement des propositions qu'ils ne font pas la prescription. Donc après je me dis « tiens, ils sont en consult, ils se disent ça a peut être déjà été essayé », et donc il sont un peu plus critiques justement par rapport à notre manière de fonctionner, de libéral. C'est vrai qu'à l'hôpital je me dis que ça a été contrôlé pendant 3-4 jours, ça s'est bien passé et donc ouais par rapport à ça je suis plutôt confiante quand les patients sortent avec une modification thérapeutique. C'est rare que je la remette en cause.

- Donc si je suis bien, vous appréciez le fait que le libéral en ville vous fasse des propositions mais ce n'est pas quelque chose que vous recommanderiez vous dans les hôpitaux ?

Heu... Bah peut être que la gériatrie est un cas un peu à part ! (*rires*) Effectivement le fait de les avoir en surveillance peut résoudre pas mal de questionnements qu'on a, mais qu'à la fois un échange sur ces patients qui sont un peu particuliers pourrait faire avancer le raisonnement pour les deux partis quoi.

- Quelles sont les raisons qui peuvent vous faire modifier l'ordonnance lors du premier renouvellement?

Non je n'en ai pas tant que ça. Après ça peut être une surveillance biologique qui est justifiée et qui montre qu'il y ait besoin d'adapter soit la dose soit la molécule, ça ça nous arrive à tous. En fait parfois quand vous lisez les courriers il y a des décisions un peu rapides qui sont prises mais ça aussi c'est la réduction des temps d'hospitalisation. Mais grosso modo c'est bien justifié, après c'est parfois le temps d'hospitalisation et de surveillance qui est trop court quoi, en fait.

- Comment le courrier de sortie peut influencer votre décision de modifier de nouveau l'ordonnance?

Si je ne trouve pas de justification, ça m'est déjà arrivé de rappeler. Souvent c'est pas de changer mais des fois c'est bien gentil quand c'est écrit « à arrêter en fonction de... » heu, enfin là y'a pas de délai, il n'y a pas de choses comme ça. Par exemple j'ai une patiente de 92 ans, en maison de retraite et elle est sortie sous du lovenox en curatif, sachant que c'était une dame connue pour des embolies pulmonaires à répétition, sauf qu'ils ont trouvé un hémothorax. Voilà. Elle venait en fait pour une fracture vertébrale pour laquelle elle est paraplégique désormais, et en fait à l'examen ils mettent « très volumineux hémothorax à la radio » donc bah volumineux moi je ne sais pas ce que ça veut dire... donc l'imagerie, bah pour contrôler une dame de 92 ans en maison de retraite impossible de refaire une radio donc heu... tant pis. Et ils mettent « modifier l'anticoagulation à distance » donc bon ben j'étais ravie ! Je me suis dit « bah super comment? ». A la fois j'avais le courrier donc on est ravie d'avoir un courrier même quand l'hospitalisation est partielle. Mais c'est vrai que moi c'est toujours pareil « ok double anticoagulation ? combien de temps? » moi je rappelle l'angiologue il me dit (*imite d'un ton agacé*) « bah c'est que je suis censée la revoir avant de décider ». Et bien il aurait du le noter dans le courrier enfin ! En fait souvent c'est ça mettre « sera à réévaluer à tant de temps » c'est tout bêtement ça qui manque.

Donc si je résume, généralement vous reconduisez les traitements introduits en hospitalisation, mais si la justification ne vous convient pas vous rappelez dans le service afin de prendre une décision à plusieurs, c'est bien ça ?

Oui. Et d'ailleurs ça c'est souvent plus facile en ville qu'à l'hôpital. « Ah bah non c'était l'interne du semestre d'avant » Oui je sais, mais c'est pas de ma faute si on est le 5 mai (*rires*) !

4. Quels seraient selon vous les moyens d'améliorer la communication entre le médecin traitant et le service de MPU concernant ces modifications thérapeutiques?

Je trouve que la nouvelle formulation des courriers qui fait vraiment le parallèle entre l'ordonnance d'entrée et l'ordonnance de sortie elle est beaucoup plus lisible, c'est très clair. Après c'est vrai que j'avais repéré qu'en gériatrie, sur leur lettre de sortie, ils font une petite lettre manuscrite qui est gentiment écrite par l'externe, en fait il y a vraiment une case « justification de la modification thérapeutique » Ça veut dire qu'ils sont obligés de la remplir quoi. Quand il y a une nouveauté qui

découle directement du motif d'entrée on arrive à suivre mais c'est vrai que des fois on arrive et on se dit « pourquoi ils ont fait ça » quoi. Alors après des fois c'est tout bête hein. Des fois c'est que le médicament - pour avoir été interne, on se souvient un peu comment c'était- c'est que tel médicament n'était pas dans l'arsenal de l'hôpital et donc le patient ressort avec une autre molécule quoi.

Ou effectivement l'ordonnance de sortie a été vite faite, donc nous on l'avait pas en 100 mais en 50 donc les gens ont deux comprimés à la place d'un quoi. Le problème c'est qu'arrivés à domicile eh bien ils se trompent (*rires*). Parce qu'ils reprennent un quoi (*rires*) !

Ça ça peut être source d'erreur, voilà.

Après pour ce qui est des moyens d'améliorer, le coup de fil permet au moins un échange. C'est vrai que quand le patient on l'a bien en tête on peut des fois répondre assez rapidement.

ENTRETIEN N°5

1. J'aimerais que vous me racontiez comment s'est passé le renouvellement d'ordonnance quand vous avez revu votre patient pour la première fois après son hospitalisation.

Eh bien heu.. J'ai reçu un appel de l'EHPAD qui m'annonçait le retour prochain de Mme X de l'hospit', donc on a programmé une visite sur les jours suivants. La patiente avait eu une hématémèse et donc avait été mise sous IPP pleine dose. Donc j'ai pris le temps de lire le courrier et de la réexaminer. En fait j'étais déjà au courant un peu de l'histoire parce que déjà c'est moi qui l'ai faite hospitalisée et puis on s'est eu au téléphone avec l'interne par rapport aux examens complémentaires qu'on voulait réaliser chez cette patiente, la limitation de soins... heu... qu'on aille pas trop loin quoi. Heu... Le renouvellement d'ordonnance s'est fait sans difficulté si je me souviens bien... Ah si je vois que je m'étais posée la question de la durée du traitement par lansoprazole ... et que j'ai du switcher d'ailleurs car on a plus l'habitude de travailler avec le mopral en ville.

- Pouvez vous m'en dire plus ?

Oui, bien sur (*rires*). En fait il était écrit dans le courrier « pour au moins 6 semaines » d'un côté et « pendant 6 semaines » à un autre endroit, bon c'était clair qu'il fallait qu'elle ait des IPP mais « au moins 6 semaines » je ne savais pas trop ce que ça voulait dire. Est ce qu'il fallait qu'elle revoie un gastro ? Est ce que je pouvais arrêter à 6 semaines sans crainte de récurrence? c'est ça.. c'est... enfin quand ils m'ont appelé pour la limitation de soin on avait convenu de ne pas faire de FOGD et de réaliser uniquement un traitement médical mais la question de la durée n'avait pas été évoquée... c'était un peu emmerdant parce que c'était pas trop clair du coup j'ai pas su d'emblée ce que je devais faire alors j'ai du rappeler le service. Bon après j'ai eu ma réponse et ça s'est bien passé hein (*rires*) la patiente est toujours là quoi !

2. Comment avez vous réagit lorsque vous vous êtes aperçu que son ordonnance habituelle avait été modifiée lors de l'hospitalisation en MPU ?

Je le savais parce qu'elle venait pour hématémèse et on a convenu ensemble de mettre que les IPP sans faire autre chose de plus. Donc j'étais déjà au courant.

- Et concernant les autres modifications thérapeutiques, qu'avez vous ressenti, à quoi avez vous pensé?

Ah parce qu'il y en avait d'autres (*rires*) ? Je n'ai rien noté à ce sujet moi... alors attendez que je regarde...Oui bon ils ont arrêté le Loxen parce qu'elle était hypotendue ce qui n'est pas très étonnant, donc vous voyez ça ne m'a pas marqué. Vous parlez de ressenti mais moi j'ai pas à ressentir quoi que ce soit, c'est la médecine qui veut ça. Si elle est hypotendue on arrête son traitement et on voit vous comprenez?

- **Oui, je comprends tout à fait. Néanmoins lors que vous parliez de la durée de traitement du lansoprazole vous sembliez un peu embêté, n'est ce pas?**

(rires) Oui, bon c'est vrai, vous m'avez eu (rires). Non mais vous comprenez bien, qu'ils changent les traitements parce qu'il y a besoin c'est normal, mais au moins que ce soit bien clair, qu'on puisse faire les choses bien après quoi. Parce qu'eux ils s'en moquent ils ne revoient plus la patiente derrière mais nous faut qu'on fasse le suivi. Et il faut qu'on le fasse bien. Qu'ils changent, qu'ils fassent des recommandations, ok. Mais qu'ils ne changent pas d'avis entre deux lignes sur le courrier sinon nous on ne sait plus quoi faire et on peut faire des conneries... et moi je ne veux pas mettre en danger ma patiente à cause d'une erreur dans le courrier... oui j'étais embêté... disons interpellé, ok ? Embêté c'est quand j'ai du appelé le service et que ça a mis un peu de temps avant d'avoir ma réponse (rires).

3. De manière générale, comment appliquez vous les modifications thérapeutiques réalisées en hospitalisation ?

Hum... J'applique souvent hein. C'est ce que je vous disais, une cause médicale, un traitement, on ne tergiverse pas.

- **Ressentez vous une contrainte à maintenir l'ordonnance telle quelle ?**

Non ! Non pas du tout. Non non, on est une équipe vous savez. Faut arrêter de croire qu'on critique tous ce qu'ils font. Non, non, pas d'obligation, pas de contrainte.

- **Quelles sont les raisons qui peuvent vous faire modifier l'ordonnance lors du premier renouvellement?**

Le lansoprazole par exemple je l'ai switch pour une question d'habitude et de praticité pour la pharmacie et l'EHPAD. Après il y a aussi quand la situation médicale l'exige, par exemple à cette patiente j'ai repris un traitement anti hypertenseur, même si c'est pas le même qu'avant... Des fois je rajoute des traitements qu'ils n'avaient pas pris en compte à l'entrée, enfin le patient le prenait en arrivant mais ils l'ont pas noté donc ils l'ont pas remis à la sortie.

Après je vois pas d'autres choses heu (réfléchit) ... non ... des fois ça dépend... ça dépend de comment c'est dit dans le courrier vous voyez.

- **C'est à dire ?**

Eh bien des fois on a l'impression qu'il y a des médicaments qui passent à la trappe où on ne comprend pas trop ou pourquoi ils ont été mis ou pourquoi ils ont été supprimés. Des fois j'avoue que par paresse, j'avoue... je ne les reprends pas, ou bien je les remets si le patient le réclame. Je parle pas de gros trucs hein, généralement pour les gros trucs on appelle, mais des fois des petits traitements qui ont disparu de l'ordonnance et c'est pas écrit pourquoi je peux les remettre par exemple.

- **Si je comprends bien, vous dites que quand un traitement n'est pas justifié dans le courrier, vous pouvez le supprimer?**

Oui c'est ça, c'est ça. Enfin disons que... non pas tout à fait... non ce que je veux dire c'est que si c'est pas justifié ça va me pousser à appeler le service. Mais c'est compliqué de les appeler. Et donc si c'est un petit traitement j'appelle pas et j'arrête et ... on voit quoi.

4. Quels seraient selon vous les moyens d'améliorer la communication entre le médecin traitant et le service de MPU concernant ces modifications thérapeutiques?

Le courrier est bien. Un peu long mais en fait on ne lit que le résumé d'hospitalisation et les traitements qui ont changé. Le reste je sais pas ça doit être médicolégal mais c'est long et fastidieux. On n'a pas le temps on fait que ça lire des courriers et des bios... sans compter les

consults (rires). Mais non mais il est bien leur courrier, c'est quand même mieux qu'avant hein. Et puis le patient a un exemplaire si on n'a pas encore reçu et ça c'est bien quand même hein. Après par rapport à cette patiente bah voilà, ce serait bien d'être précis sur les durées de traitement ou bien de ne pas se contredire... Après j'ai été interne je sais ce que c'est d'être exploité à faire de la paperasse on est peut être un peu moins regardant avec la fatigue. Puis là avec le COVID ils avaient peut être un peu autre chose à faire aussi. Mais nous on peut être embêté après...

Enfin je lisais ce truc la dernière fois sur un tableau pour les traitements d'entrée et de sortie. Un truc un peu plus complet que ce que vous faites vous là... rahhh merde je sais plus comment ça s'appelle ... c'était un tableau, à part du courrier, avec les traitements d'entrée et de sortie, un peu comme ce que vous faites, avec la durée du traitement.. les raisons de l'introduction ou de l'arrêt du traitement... heu...C'était vachement bien ça, et ils faisaient une copie pour le patient pour qu'il sache pourquoi il prenait ces traitements... heu « concertation thérapeutique » ça vous parle ?

- Je pense que vous parlez de conciliation médicamenteuse ?

Ouais c'est super ça. Après ça doit prendre du temps à faire j'imagine... mais au moins on a un truc fiable à un endroit et on risque moins de faire des erreurs je pense.

- Avez vous d'autres moyens en tête permettant d'améliorer la communication entre la MPU et vous au sujet des modifications thérapeutiques ?

Hum non, non franchement leur courrier c'est suffisant.

ENTRETIEN N°6

1. J'aimerais que vous me racontiez comment s'est passé le renouvellement d'ordonnance quand vous avez revu votre patient pour la première fois après son hospitalisation.

Oulah (rires) ! eh bien heu (rires), vous voulez que je vous raconte tout depuis le début ?

- J'aimerais savoir comment s'est passé le renouvellement d'ordonnance en soi.

Ah d'accord. Le renouvellement d'ordonnance. Attendez que je me souviene, je vais voir ce que j'ai écrit... Ah oui. Donc la patiente avait été hospitalisée pour bien d'AEG, fatigue... en fait elle vit seule au domicile et moi j'étais un peu dans l'impasse de prise en charge, c'est une patiente qui a 96 ans qui fait un peu ce qu'elle veut, et surtout ce qu'elle veut en fait (rires).

Donc je suis allée la voir à domicile pour son renouvellement. Elle allait pas trop mal mais ça reste un PMD (*problème de maintien à domicile*) donc j'ai surtout essayé de gérer la question sociale. Je voulais voir avec elle pour faire passer plus de monde chez elle, c'est souvent compliqué chez les anciens ils ne souhaitent pas trop qu'on entre dans leur intimité, alors souvent c'est une longue discussion, on essaie d'avancer progressivement. Ils ont réussi à instaurer une aide à la toilette à l'hôpital, donc elle a accepté comme ça ne venait pas de moi (rires) !

Pour le renouvellement, je me souviens que je n'avais pas encore reçu de courrier quand je suis passée la voir, mais la patiente avec une enveloppe avec un exemplaire dedans. J'avoue que ça m'a bien sauvé, parce qu'il y a eu une modification de l'hydrea, je serais peut être passée à côté sinon. Il y avait une histoire de jours pairs et impairs, mais ça c'est pas grave... il y a l'infirmier... Donc bon, ben voilà, j'ai renouvelé son traitement et surtout géré le PMD... Je l'ai revu après une autre fois avec ses enfants pour faire les demandes de maison de retraite. (*soupire*) C'est pas le plus facile à faire....

- Avez vous du chercher dans le courrier des justifications aux traitements qui ont été initiés, modifiés ou supprimés?

Oui et non. En fait on lit le courrier quoi, enfin les grandes lignes... Les traitements modifiés y'en avait pas beaucoup, c'était plutôt clair donc je n'ai pas eu à lire le courrier en profondeur où à chercher d'autres trucs. Non non.

2. Comment avez vous réagit lorsque vous vous êtes aperçu que son ordonnance habituelle avait été modifiée lors de l'hospitalisation en MPU ?

J'ai pas réagi (rires) ! Je veux dire que c'était attendu enfin...oui. Souvent on s'attend quand même à ce qu'ils modifient des trucs, surtout pour des motifs d'hospitalisation comme ça. Et à son âge. On a quand même souvent l'attente de réduire le nombre de traitement ou d'ajuster des posologies. Parfois l'hôpital c'est plus simple ils ont plus de recul.. non enfin c'est quasiment systématique qu'ils bougent les traitements non (rires)? On sait que quand y'a hospita on va passer du temps à chercher ce qui a bougé.

- Et pour cette patiente, même si vous vous y attendiez, qu'avez vous pensé des modifications thérapeutiques qui ont été réalisées ?

Heu, ben... non c'était bien, l'hydreia ils avaient demandé l'avis à l'hémato, et la vitamine B12 et D ça peut pas lui faire de mal... Non c'était plutôt les traitements qui n'ont pas été modifiés qui m'ont posé soucis (rires) ! Je veux dire elle a toujours du Xarelto à 96 ans, moi ça me fait mal au coeur... ça me pose vraiment un problème. Il suffit qu'elle tombe et elle peut faire une hémorragie cérébrale, ce serait vraiment dommage... oui...

(j'instaure un silence pour l'inviter à développer sa réflexion)

En fait si vous voulez je ne leur ai pas demandé non plus. C'est peut être un peu de ma faute. Et je pourrais toujours demander à son cardio de réévaluer le traitement mais c'est vrai que l'hospitalisation, surtout pour AEG chez les sujets âgés, c'est souvent le temps de faire une revue d'ordonnance et de ne pas être seule à le faire. Et là j'étais un peu déçue qu'ils ne se soient pas posé la question. Mais je ne leur ai pas posé non plus. Enfin c'est compliqué (rires) ! Mais je me dis que s'ils m'avaient appelé j'aurais peut être pu leur en parler.

Donc si je comprends bien, vous auriez aimé être un peu plus impliquée dans les prises de décisions concernant ces modifications thérapeutiques ?

Oui, en fait c'est un peu de ma faute, j'aurais du m'impliquer moi même (rires)! Mais s'ils m'avaient appelée, ne serait ce que pour me donner des nouvelles, c'est toujours appréciable ça d'ailleurs d'avoir des nouvelles pendant une hospitalisation enfin voilà. Après pour le reste des traitements non il y a pas forcément à m'impliquer, faut pas exagérer, on n'a pas à tout décider non plus.

3. De manière générale, comment appliquez vous les modifications thérapeutiques réalisées en hospitalisation ?

J'applique. Je respecte leur expertise et le regard qu'ils ont sur la situation. Non non j'applique.. (silence)

Allo ?

- Oui, oui, je suis là, je vous laissais le temps de développer si vous le souhaitez.

Ah (rires). non je n'ai rien à dire de plus j'applique la plupart du temps

- Alors Quelles sont les raisons qui peuvent vous faire modifier l'ordonnance lors du premier renouvellement?

Ah heu...Quand le patient le demande, des fois il aime pas les nouveaux traitements qui sont mis ou qui ont été arrêté. Je pense aux stilnox et autres benzos, ils sont accrocs à ce genre de trucs. Ou ils ont des effets secondaires de traitements... Je me souviens aussi d'une fois (rires) le traitement était pour un mois et le patient je savais même pas qu'il avait été hospitalisé, bon c'était à l'époque où on recevait pas les courriers à temps aussi, et le patient ne m'avait pas rappelé, il avait rien dit ! Et l'ordonnance était pour un mois alors il pensait qu'il fallait prendre les traitements pour un mois et après il ne fallait plus rien prendre et que tout allait bien (rires) !

Enfin bon c'était dramatique. Il y a eu un arrêt brutal du traitement anti déprimeur, une tension au plafond, alors forcément j'ai pas tout repris d'emblée l'ordonnance de l'hospitalisation, j'ai du reprendre petit à petit, c'était il y a plusieurs années de ça j'étais jeune et complètement paniquée

j'aurais jamais imaginé que ça pouvait arriver, c'est fou ce qui peut se passer dans la tête des gens. Mais c'est vrai que nous on fait des renouvellements pour trois mois et pas un alors ça perturbe un peu le patient il pense que c'est un traitement aigu je pense quoi. Mais tout ça c'est très anecdotique. Moi je renouvelle tel quel souvent quand même, je veux dire c'est notre job aussi.

- Ressentez vous une contrainte à maintenir l'ordonnance telle quelle ? Pourquoi ?

Non, c'est ce que je vous dit, c'est notre job. On va pas faire les sensibles à dire « ouin ouin il a modifié notre ordonnance ». Si la condition du patient l'impose, ce serait criminel de râler et de tout remettre comme avant. Et puis je veux dire c'est pas des nuls quand même à l'hôpital ! (*rires*) ils savent aussi ce qu'ils font. Même si des fois ils n'ont pas la big picture (*traduction : la vision globale*) ils ont quand même des jours de recul.

- Comment le courrier de sortie peut influencer votre décision de modifier de nouveau l'ordonnance ?

Ben c'est plutôt simple en fait. Si le courrier est mal fait, qu'on sait pas trop pourquoi les traitements sont mis, ben ça peut nous faire faire des changements, si on ne comprend pas et que le patient ne comprend pas il va jamais vouloir les reprendre ces traitements enfin je pense. Remarque c'est surtout pour les traitements qui sont arrêtés finalement je pense, parce que les traitements qui sont mis on peut réussir à trouver une explication ou alors on les appelle, mais les traitements que le patient prenait avant et qui sont pas reconduits sans aucune raison ou alors parce que « absence d'indication retrouvée » bah tu m'appelles et je te la donne l'indication en fait !

4. Quels seraient selon vous les moyens d'améliorer la communication entre le médecin traitant et le service de MPU concernant ces modifications thérapeutiques ?

(Soupire).Pfff, franchement je ne vois pas trop... je sais pas.

- Si vous reprenez des exemples vécus, des moments où vous vous êtes dit « tiens, peut être qu'on aurait pu faire autrement »...

Oui, oui. Et bien ils pourraient mettre à la fin de l'ordonnance « a réévaluer à un mois par le médecin traitant » comme ça le patient ou l'infirmier sait qu'il doit y avoir un renouvellement. Mais ça c'était avant, maintenant on reçoit les courriers assez rapidement quand même donc c'est plus simple, on peut nous même prévoir un rendez vous de renouvellement

- Voyez vous d'autres moyens ?

Non franchement je suis plutôt satisfaite vous savez. C'est bien la MPU à Nantes je n'ai jamais eu de problèmes avec eux. Je ne vois pas quoi dire de plus hein...

ENTRETIEN N°7

1. J'aimerais que vous me racontiez comment s'est passé le renouvellement d'ordonnance quand vous avez revu votre patient pour la première fois après son hospitalisation.

(*inspire profondément*) Heu... eh bien il a fait un nouvel AVC donc c'était assez simple de lui expliquer ce qui s'était passé heu... enfin c'est surtout lui qui m'a expliqué je n'avais pas grand chose à faire (*rires*). Et alors le renouvellement eh bien j'ai repris les traitements de sortie de l'hospitalisation. C'est pour un mois donc je lui ai renouvelé pour trois mois et voilà... heu ... il n'y a pas grand chose à dire de plus.

- Avez vous du chercher dans le courrier des justifications aux traitements qui ont été initiés, modifiés ou supprimés ?

Heu... oui tout à fait j'ai regardé l'encart avec les modifications thérapeutiques mais c'était pas très clair donc j'ai fait la comparaison moi même entre le traitement que j'avais avant et celui qu'il avait après.

- C'est à dire ?

Heu et bien si vous voulez il y avait dans la partie... enfin c'était pas très clair... la partie où vous mettez les traitements modifiés... heu ... le kardegic c'était bien et puis ça faisait sens qu'ils le mettent... après je ne sais plus pourquoi mais j'ai pris du temps pour comprendre l'autre traitement qu'ils ont arrêté... *(réfléchis)* oui voilà c'est ça ! en fait ils ont arrêté l'anticoagulation préventive mais ils ont noté qu'ils l'avaient modifié puis arrêté ça m'a un peu perdu si vous voulez, après j'ai lu le résumé et c'était écrit pourquoi donc c'était plutôt clair finalement.

2 . Comment avez vous réagit lorsque vous vous êtes aperçu que son ordonnance habituelle avait été modifiée lors de l'hospitalisation en MPU ?

On s'y attend on s'y attend. Quand une personne est malade on la traite, on ajuste son traitement, on s'attend à ce que son ordonnance soit modifiée. Non ce n'est pas très étonnant.

- Vous êtes vous senti impliqué dans cette prise de décision de modifier l'ordonnance que vous lui prescriviez habituellement?

Hum, non... *(hésite)* Je n'ai pas le souvenir d'avoir été appelé pour ce patient non. Des fois ils nous appellent pour nous poser des questions, ou nous demander des infos sur les antécédents ou l'ordonnance, mais non non là non ça n'a pas été le cas heu... c'est vrai que non... non. Bon ce n'était pas très compliqué non plus, ils ne vont pas m'appeler pour tous les patients qu'ils voient ! *(rires)*

- Qu'avez vous pensé des modifications d'ordonnance qui ont été réalisées?

Elles étaient justifiées je pense oui. Enfin il n'y a rien qui m'ait vraiment interpellé vous voyez, ça ne m'a pas étonné.... des fois on a des patients pour qui on se dit « mince, qu'est ce qu'ils ont fait je comprends rien » mais là non c'est... et puis même c'est devenu quand même assez rare je pense.

3. De manière générale, comment appliquez vous les modifications thérapeutiques réalisées en hospitalisation ?

Oh et bien tout dépend de ce qu'on a *(rires)*! Je veux dire c'est en fonction de l'état du patient et ce qu'il veut aussi, oui quand ils veulent reprendre un traitement qui a été arrêté par exemple ou qu'ils aiment pas le nouveau traitement qui a été mis, heu... ça arrive d'avoir des effets secondaires et qu'on soit contraint de modifier... c'est quand même plutôt rare je dois dire de modifier l'ordonnance moi je suis quand même plus à reprendre ce qui a été fait en hospitalisation.

- Quelles sont les raisons qui peuvent vous faire modifier l'ordonnance lors du premier renouvellement?

Ce que je disais, la clinique, la volonté du patient heu... c'est quand même très rare hein, on maintient généralement.

- Vous souvenez vous, justement, des rares situations où vous avez eu à modifier l'ordonnance ?

J'ai eu cette fois une patiente qui ne supportait pas le traitement qu'on lui avait mis, elle avait des troubles digestifs très importants et c'était la seule chose qui pouvait expliquer la situation, c'était la seule chose qui avait vraiment changé alors on a testé sans et ça allait mieux... heu... je ne sais plus de quel traitement il s'agissait, mais ça a été mieux très rapidement à l'arrêt donc non on n'a pas renouvelé ça c'est sur.

(j'instaure un silence pour aider à trouver d'autres situations)

Après... oui il y avait cette... ce patient, c'était il y a un an ou deux je crois que je l'ai pas vu depuis longtemps je ne sais même pas ce qu'il est devenu attendez (*tape sur son ordinateur*)... oui alors Monsieur*** oh oui je ne l'ai pas vu depuis plus d'un an tiens attendez une minute s'il vous plait (*pose le combiné et parle indistinctement loin du téléphone*)

Oui excusez moi j'en ai profité pour dire à ma secrétaire de l'appeler (*rires*) ! Alors oui ce patient, il avait été hospitalisé au CHU et il avait eu ce traitement ... c'était de l'amlor enfin je vous passe les détails mais on ne savait pas pourquoi il avait été mis et le patient m'avait posé la question et je ne savais pas quoi lui répondre. Et je me souviens avoir été embêté à l'époque parce que pas de tension et pas de trace d'HTA dans le courrier et le patient non plus n'avait pas eu le souvenir d'avoir eu de la tension.

- Qu'avez vous fait alors ?

J'ai lu le courrier dix fois (*rires*) ! Et puis je les ai appelé je les ai appelé heu... Je ne sais plus trop ce qu'on s'est dit mais finalement on avait convenu d'arrêter parce que personne ne savait pourquoi il avait eu ce traitement.

- Avez vous d'autres situations qui pourraient vous conduire à modifier l'ordonnance lors du premier renouvellement ?

Heu... non non je ne vois pas non, généralement je maintiens.

- Ressentez vous une contrainte à maintenir l'ordonnance telle quelle ?

Oh heu... oui un peu c'est vrai (*rires*), c'est difficile d'aller à l'encontre d'un avis spécialisé .. mais on n'a pas le couteau sous la gorge non plus c'est la médecine on fait tous le même travail hein... je veux dire c'est aussi la situation du patient qui veut ça vous comprenez ?

- Oui je comprends ce que vous voulez dire. Comment le courrier de sortie pourrait influencer votre décision de modifier l'ordonnance lors du premier renouvellement ?

C'est une bonne question ça. Vous voulez dire que les informations dans le courrier pourraient me faire modifier l'ordonnance ? Ou le manque d'information plutôt peut être ?

- C'est justement votre avis que j'aimerais avoir à ce sujet.

Eh bien je sais pas... La qualité du courrier c'est important ça c'est sûr, mais pas que pour les modifications des traitements, pour le reste de la prise en charge aussi, c'est bien d'avoir une conduite à tenir claire. Pour les traitements oui faut que les choses soient bien notées dans le courrier et pas qu'on soit en train de se dire « qu'est ce qu'ils ont fait je comprends pas, c'est quoi ce traitement » ou alors « pourquoi ils ont arrêté ça » parce qu'on peut faire des erreurs et reprendre ou bien ne pas poursuivre un traitement après un mois alors qu'il fallait, ça peut être problématique pour le patient après derrière et pour nous aussi, c'est jamais agréable de faire des erreurs. Heu... Ça répond à votre question ?

- Si vous souhaitez détailler un peu plus vous pouvez, n'hésitez pas.

Bah en fait faut juste justifier pourquoi ils changent les traitements quoi. Pourquoi ils les arrêtent surtout. Je suis pas spécialement attaché à mon ordonnance ou quoi que ce soit mais c'est vrai que des fois ils arrêtent et moi je reprends si c'est pas clairement dit pourquoi ils avaient arrêté.

4. Quels seraient selon vous les moyens d'améliorer la communication entre le médecin traitant et le service de MPU concernant ces modifications thérapeutiques ?

Pour la MPU ?

- Oui

J'ai pas trop de patient qui vont en MPU, la plupart du temps ils vont quand même souvent dans le privé. Je trouve que c'est bien leur courrier avec les modifications thérapeutiques écrites comme ça, c'est beaucoup mieux qu'avant, avant on avait trois lignes et on recevait le courrier des mois après, c'est mieux maintenant.

Heu... après tout ce qu'on s'est dit c'est vrai que... c'est vrai qu'on pourrait être un peu plus intégrés quand ils modifient les traitements, heu... un petit coup de fil dans certaines situations je pense quand il y a eu beaucoup de modifications ce ne serait pas du luxe.

- Voyez vous autre chose?

non, non c'est bon, c'est bien. Merci

ENTRETIEN N°8

1. J'aimerais que vous me racontiez comment s'est passé le renouvellement d'ordonnance quand vous avez revu votre patient pour la première fois après son hospitalisation.

Alors moi j'avais noté que du coup finalement c'est dextro étaient assez bas donc finalement on a décidé d'arrêter le traitement qui avait été mis en place donc le traitement injectable par trulicity.

- Avez vous du chercher dans le courrier les justifications des modifications qui avaient été faites lors de l'hospitalisation ?

Oui.

- Qu'avez vous pensé des informations concernant les modifications thérapeutiques qui ont été réalisées?

Globalement j'ai trouvé ça pas mal, non non c'était clair ouais.

- Quels sont les éléments qui ont pu vous mettre en difficulté lors de cette consultation ?

Je n'ai pas eu de difficultés particulières non.

2. Comment avez vous réagit lorsque vous vous êtes aperçu que son ordonnance habituelle avait été modifiée lors de l'hospitalisation en MPU ?

Ça ne m'a pas interpellé parce que finalement avant qu'il soit hospitalisé on est juste quelques jours après qu'il soit diagnostiqué de son diabète. Finalement le diabète on l'avait diagnostiqué sur une prise de sang vers fin août. On avait trouvé une glycémie à jeun à 3,22 et du coup j'avais mis un traitement oral.

Et puis finalement rapidement après il a du être hospitalisé parce qu'il a fait un épisode infectieux. Son diabète n'était pas encore parfaitement équilibré quand il est arrivé en MPU et en plus l'épisode infectieux a encore plus déséquilibré son diabète donc ça ne m'a pas étonné qu'il y ait eu un renforcement thérapeutique

Ceci dit quand je repense au patient, le traitement a bien été renforcé mais je me doutais qu'à un moment donné il faudrait que je l'allège et ce qui est le cas en ce moment parce que son HbA1c est en train de bien diminuer en ce moment, même trop et donc on va devoir alléger le traitement

- Vous en avez pensé quoi des modifications thérapeutiques qui ont été effectuées?

J'ai trouvé que c'était judicieux.

- Vous êtes vous senti impliqué dans cette prise de décision de modifier l'ordonnance que vous lui prescriviez habituellement? Pourquoi ?

Non, et ça ne me pose pas de soucis.

3. De manière générale, comment appliquez vous les modifications thérapeutiques réalisées en hospitalisation ?

Je les respecte en fait, je les suis. En général je trouve qu'elles sont bien justifiées, donc je les applique. Après comme dans cette situation l'évolution de la maladie en elle même peut me faire

remodifier l'ordonnance. Je m'inspire des réflexions du courrier, je trouve que le courrier justifie bien les thérapeutiques mises en place, donc à partir du moment où je les comprends je les suis et je les respecte. Moi je trouve que le courrier est clair. Les justifications sont bien étayées dans le courrier je trouve.

4. Quels seraient selon vous les moyens d'améliorer la communication entre le médecin traitant et le service de MPU concernant ces modifications thérapeutiques?

Moi ce que j'apprécie c'est que finalement dans le courrier il y a une rubrique traitement à l'entrée, modification thérapeutique et traitement à la sortie, et moi je trouve que cette rubrique elle est intéressante, en fait. Je trouve que c'est pas mal.

J'ai un petit reproche à faire quand même, mais après je pense que c'est plus le logiciel de courrier... La partie à retenir je la trouve pas mal mais c'est toute la partie qui décrit le séjour, c'est vraiment une accumulation d'observation, d'examens complémentaires sans qu'il y ait vraiment les problèmes pathologiques qui ressortent. On a un peu l'impression que l'information est noyée. Pour un courrier c'est un peu lourd. C'est très indigeste et un peu fastidieux à lire ce qui n'était pas la cas avant. C'est sûr qu'on a tout hein, mais c'est noyé hein, c'est le mot.

ENTRETIEN N°9

1. J'aimerais que vous me racontiez comment s'est passé le renouvellement d'ordonnance quand vous avez revu votre patient pour la première fois après son hospitalisation.

Elle elle gère parfaitement bien les choses hein. Elle a un état génial qui reste bien conservé. Donc moi la première chose que j'ai fait c'est de regarder ce qui avait été mis comme traitement. Donc elle avait les traitements pour son AVC et ils ont rajouté de la vitamine B12. J'ai mis à jour son 100 % pour l'AVC. J'ai vérifié avec elle qu'elle avait bien un rendez vous de cardiologie de programmé. Après je me suis occupée du reste parce qu'en fait elle a une corticothérapie au long cours, et puis j'ai fait le renouvellement de traitement parce qu'ils ont fait l'ordonnance que pour un mois donc il fallait la refaire.

- Quels sont les éléments qui ont pu vous mettre en difficulté lors de cette consultation ?

Non j'ai pas été en difficulté j'ai repris le courrier. Non après il fallait revoir son traitement donc j'ai repris le traitement antérieur plus le traitement qui avait été rajouté. Parce qu'en fait avant elle était que sous Kardegic mais comme elle a fait un AVC il lui ont mis en plus du plavix à la place et elle a bien compris pourquoi, et moi aussi. Donc non je n'ai pas eu de difficultés en fait quelque part.

- Avez vous du chercher dans le courrier des justifications aux traitements qui ont été initiés, modifiés ou supprimés?

Oui pour l'inexium qui a été arrêté. Pour l'instant je ne l'ai pas encore remis. Mais oui j'ai du regarder pourquoi. Et j'ai pas trouvé. Mais je me suis surtout intéressée à l'antiagrégant en fait.

2. Comment avez vous réagit lorsque vous vous êtes aperçu que son ordonnance habituelle avait été modifiée lors de l'hospitalisation en MPU ?

Pour l'arrêt de l'inexium, je n'ai pas forcément été ... voilà, je me suis vraiment interrogée, par contre pour le reste j'ai vraiment trouvé ça normal. L'introduction de Tahor était parfaitement justifiée et le switch d'antiagrégant aussi.

- Vous êtes vous senti impliqué dans cette prise de décision de modifier l'ordonnance que vous lui prescriviez habituellement? Pourquoi ?

Non. Mais attendez si vous regardez la date où ça s'est passé, moi j'étais en vacances dès le lendemain. Donc elle est arrivée en fait en urgence le soir alors que moi j'étais prête à partir en me disant « Docteur docteur il m'arrive quelque chose je ne vois plus », donc moi directement comme je la connais je lui dis « là il faut aller directement aux urgences ». Je ne suis même pas certaine d'avoir fait un courrier ! Ou alors de manière hyper succincte. Et après moi je partais en vacances, donc ils n'auront pas pu m'appeler j'étais en vacances tout le long de son hospitalisation. Et après on était pas forcément remplacé parce qu'on n'a pas trouvé de remplaçant.

3. De manière générale, comment appliquez vous les modifications thérapeutiques réalisées en hospitalisation ?

Alors bon pour toutes celles qui sont particulièrement justifiées comme c'était le cas ici, il n'y a aucun soucis. Il y a parfois sur certains antidépresseurs où là on n'est pas trop d'accord donc on peut être amenés à changer. Pas immédiatement mais quelques semaines ou quelques mois après, si ce n'était pas judicieux ou si je n'étais pas partie prenante à cette décision thérapeutique.

- Vous parlez de l'initiation d'un traitement antidépresseur c'est ça ?

Oui

- Quelles sont les raisons qui peuvent vous faire modifier l'ordonnance lors du premier renouvellement ?

En général je ne modifie pas le traitement qui a été mis. Après faut que ce soit justifié hein. Parce que si dans le courrier je ne retrouve rien pour expliquer je peux modifier le traitement.

- Vous avez des exemples ?

Le type de médicament. Quand il y a une modification du nom de médicament, même si c'est la même classe thérapeutique, j'ai tendance à remettre celui d'avant car les patients ils ont l'habitude de leur traitement. La pharmacie elle aussi a un certain panel de médicaments ici. Donc surtout si c'est une personne très âgée je remodifierais son traitement sur la molécule qu'il prenait avant. Une fois il me semble qu'il y avait eu une erreur de posologie aussi, avec de l'Eliquis en une fois par jour. Voilà. Donc je me suis dit qu'il y avait un problème et donc j'ai remodifié.

Ressentez vous une contrainte à maintenir l'ordonnance telle quelle ? Pourquoi ?

S'il y avait une contrainte c'est que je ne suis pas d'accord avec quelque chose. Par contre s'il y a des molécules que je n'arrivais pas forcément à mettre, c'est vrai que parfois en hospitalisation c'est plus simple. On a parfois des soucis avec les statines, où le patient n'est pas d'accord avec ce traitement. Bon il faut réexpliquer hein. Revoir les raisons.

4. Quels seraient selon vous les moyens d'améliorer la communication entre le médecin traitant et le service de MPU concernant ces modifications thérapeutiques ?

Alors moi je vais vous dire une chose, il faut commencer par changer de logiciel ! Il est immonde ! C'est quatre fois les choses qui sont marquées, en terme de lisibilité c'est immonde. Donc la première chose à faire c'est de changer de logiciel. Mais vraiment, hein. S'il y a une chose à changer c'est ça.

- Vous dites que vous avez l'impression que les éléments du courrier n'apparaissent pas de manière claire ?

Ah beh non mais clairement pas. Vous voyez on parlait tout à l'heure de la modification de l'inexium pour la patiente, là depuis le début de notre entretien ou je parcours le courrier avec vous j'essaie de retrouver où et je ne le trouve pas ! C'est illisible.

Avez vous d'autres idées pour améliorer notre communication ?

Non mais faites déjà ça ce serait énorme.

Non mais oui ce serait bien d'avoir un coup de fil, comme ça on est au courant déjà. Rien que parce que déjà on prend en charge des familles entières et ça arrive souvent qu'on ne soit pas au courant de ce qui se passe. Alors c'est vrai que maintenant avec MMSanté on a les courriers assez rapidement mais avant on voyait les patients on était au courant de rien. On reste souvent appelés parce qu'ils ont besoin de nous pour avoir le terrain et les antécédents et cætera ou même la dernière ordonnance.

ENTRETIEN N° 10

1. J'aimerais que vous me racontiez comment s'est passé le renouvellement d'ordonnance quand vous avez revu votre patient pour la première fois après son hospitalisation.

J'ai été prévenu qu'il est rentré chez lui par sa fille qui vit au même endroit. Je l'ai vu deux ou trois jours après son retour. Je ne sais plus s'il y a des modifications par rapport à son traitement d'avant mais en tous cas j'ai renouvelé tel que c'était à sa sortie d'hôpital.

- Quels sont les éléments qui ont pu vous mettre en difficulté lors de cette consultation?

Etant donné que j'ai l'ordonnance d'avant et l'ordonnance d'après je sais quels types de modifications ont été réalisées. Je n'ai pas eu de problème en me basant sur l'ordonnance de sortie. Ces types de modification de traitement sont bien acceptés par le patient il n'y a pas de soucis.

- Donc vous avez du chercher dans le courrier des justifications aux modifications de traitements ?

Oh, non non . Et puis le patient ne pose pas trop de questions là dessus, voilà, surtout si ça vient de l'hôpital, non il n'y a pas d'explication supplémentaire à donner, c'est l'hôpital qui a fait donc c'est bon.

2. Comment avez vous réagit lorsque vous vous êtes aperçu que son ordonnance habituelle avait été modifiée lors de l'hospitalisation en MPU ?

Ça ne me pose pas de problème, pas du tout. A part quand on me dit qu'il faut que le patient revoie son médecin traitant dans la semaine et que je ne suis pas informé. Je veux bien réévaluer des modifications de traitement qui sont faites en hospitalisation mais il faut me prévenir, c'est le minimum. Bon là sa fille a lu le compte rendu et m'a appelé, et finalement j'ai maintenu tout ça comme ça mais ça aurait pu être délétère pour le patient.

Je m'attendais assez à la suspension du ramipril, car à son âge il faisait un peu d'insuffisance rénale, pareil pour le tahor, ça ne changeait pas grand chose de le supprimer à son âge. Je crois que c'est à peu près tout.

Ah si, ils avaient diminué l'aprazolam je m'en suis rendu compte à la toute fin car il n'y en avait aucune notion dans le courrier. Mais c'est souvent à l'occasion des hospitalisations qu'on diminue les dosages de ce genre de traitement. A domicile on a beaucoup de mal, une fois qu'ils sont habitués à un dosage, très souvent ils ne veulent pas en changer. Quand ils reviennent de l'hôpital avec une dose plus faible ça nous facilite un peu les choses donc effectivement même si ce n'est pas justifié on peut aisément comprendre la raison pour laquelle ils ont diminué la posologie.

3. De manière générale, comment appliquez vous les modifications thérapeutiques réalisées en hospitalisation ?

A priori je ne change pas habituellement les traitements qui ont été introduits par l'hôpital. C'est très rare qu'on ait un désaccord là dessus et qu'on revienne dessus.

- **Vous pourriez me donner des exemples de situations où vous seriez amené à modifier le traitement, vous qui me dite que ça vous arrive rarement ?**

Oui, j'ai des exemples comme quoi par exemple une semaine après être rentré à domicile c'est souvent les patients qui me signalent par exemple « j'étais autant mieux quand je prenais tel produit », bon c'est souvent pour les tranquillisants par exemple, ils se sentaient mieux en prenant la dose un peu plus fort ou en prenant un autre type de tranquillisant. Mais c'est ce genre de plainte simplement, ou alors qu'on leur prescrive des diurétiques et qu'ils se plaignent d'uriner plus souvent - enfin s'il y a besoin de diurétiques c'est à moi d'argumenter pour qu'ils continuent de les prendre.

- **Vous ressentez une contrainte à maintenir l'ordonnance telle quelle?**

Non mais non non non. C'est le travail normal de devoir donner des explications sur un traitement. Je ne vois pas de problème à ce que l'hôpital ait modifié l'ordonnance et du coup je justifie ça auprès des patients donc non il n'y a pas de soucis.

Quelques fois ça peut arriver, s'ils trouvaient qu'ils était mieux avant un traitement, qu'on regarde ensemble ce qui a été fait en hospitalisation et qu'on en discute.

Ça peut arriver de ne pas trouver de justifications, quand il y a un changement, c'est vrai que des fois même on arrive à se demander parfois s'il n'y a pas eu une erreur. Ça peut arriver bien sûr. Souvent on arrive à corriger le tir, c'est aussi notre rôle.

4. Quels seraient selon vous les moyens d'améliorer la communication entre le médecin traitant et le service de MPU concernant ces modifications thérapeutiques?

Je pense que là tel que c'est, c'est bien. Justement, si je ne trouve pas d'explication à un certain changement, ben, le mieux est d'appeler pour savoir pourquoi ça a été fait et voilà. Si ce n'est pas une erreur ou un oubli de ne pas avoir noté quelque chose. Le mieux c'est d'appeler et puis c'est tout. Non non c'est très bien comme ça. Il ne faut rien de plus.

ENTRETIEN N°11

1. J'aimerais que vous me racontiez comment s'est passé le renouvellement d'ordonnance quand vous avez revu votre patient pour la première fois après son hospitalisation.

D'une part, je pense que je n'ai pas le compte rendu d'hospitalisation ce qui m'a sérieusement handicapé. Il m'a dit que le traitement a été changé donc heu, j'ai... j'ai.. non je raconte des bêtises j'avais le compte-rendu. Donc on a renouvelé le traitement qui a été modifié.

- **Quels sont les éléments qui ont pu vous mettre en difficulté lors de cette consultation ?**

Heu, rien. Je n'ai pas souvenir d'avoir été mis en difficulté par quoi que ce soit. Lui ne posait pas trop de questions quant à la modification du traitement et je n'ai plus trop en tête la modification heu.. heu... (*silence*)

- **Alors effectivement si vous reprenez le courrier de MPU ils avaient instauré un traitement par fenofibrate.**

Ah oui d'accord

- **Est-ce que vous vous avez du rechercher la justification de cette modification dans le courrier ?**

Non je n'ai pas recherché. (*Inspira profondément*) pour tout vous dire on parle de beaucoup de chose et on a pas trop... non non franchement sur le plan médical je n'ai pas été recherché

pourquoi ça avait été changé. Non non on a discuté de beaucoup de choses mais pas de la modification de traitement.

2. Comment avez vous réagit lorsque vous vous êtes aperçu que son ordonnance habituelle avait été modifiée lors de l'hospitalisation en MPU ?

J'ai pour principe de me dire que si ça a été changé, ça a été changé avec justesse, mais encore une fois je n'ai vraiment pas été cherché le « pourquoi ».

- Vous êtes vous senti impliqué dans cette prise de décision de modifier l'ordonnance que vous lui prescriviez habituellement?

Impliqué juste dans le renouvellement. Vraiment, c'est tout, c'est tout. Non je n'ai pas été creusé l'affaire.

- D'accord, donc ça veut dire qu'il ne vous ont pas contacté par rapport à cette question ou vous vous n'avez pas eu de réflexion par rapport à cette modification d'ordonnance?

Par le patient ou par l'hôpital ?

- Par l'hôpital.

Je ne pense pas non mais parfois j'ai une mémoire qui est faillible (*rires*).

3. De manière générale, comment appliquez vous les modifications thérapeutiques réalisées en hospitalisation ?

Comment j'applique ? Bah j'applique. J'applique. Tant que ça me paraît cohérent évidemment, oui, j'applique. La plupart du temps les passages à l'hôpital sont des moyens importants à mes yeux pour justement réviser le traitement, la plupart du temps le réduire. Et je trouve d'ailleurs que c'est une très bonne chose car il y a un certain nombre de produits qui au long cours ne sont plus vraiment intéressant et c'est bien d'avoir une vision extérieure pour éventuellement faire le ménage et réaménager le traitement

- D'accord. Et vous ressentez une contrainte particulière à maintenir l'ordonnance telle quelle ?

Oui bien sur oui tout à fait, oui oui, oui oui.

- Pourquoi êtes vous d'accord avec cette phrase, pourquoi vous ressentez une contrainte ?

Non je ne ressens pas de contrainte finalement.

- Quelles sont les raisons pour vous qui pourraient vous faire modifier l'ordonnance lors ce premier renouvellement ?

Si c'est inadapté, par exemple on retire un traitement anti hypertenseur et je trouve des tensions élevées... voilà. Si ça ne me semble pas juste le changement de traitement je le modifierai. Après on verra si c'est intéressant aux prochains bilans s'il est intéressant de maintenir ou non le traitement.

- Est ce que le courrier de sortie peut influencer votre décision de modifier de nouveau l'ordonnance?

(Silence). Oui.

- C'est à dire ?

Ce qui est dit dans les courriers, si une chose me paraissait injustifiée je pourrais remettre en cause le changement de traitement

- **Vous voulez dire que quand il y a un traitement qui a été modifié et que vous ne trouvez pas de justification dans le courrier ou que la justification ne vous semble pas adaptée ça peut vous motiver à remodifier le traitement** (*me coupe la parole*)

A remodifier ou au moins me renseigner de savoir pourquoi ça a été modifié.

- **Et souvent vous trouvez dans le courrier de sortie les éléments de réponse que vous cherchez?**

Oui, le courrier est généralement bien fait.

4. Quels seraient selon vous les moyens d'améliorer la communication entre le médecin traitant et le service de MPU concernant ces modifications thérapeutiques?

Les moyens d'améliorer ?

(*Prend un temps de pause*)

Alors effectivement ce serait compliqué, ce serait effectivement de se joindre au téléphone mais ce serait hyper chronophage ce truc là. Parce qu'on n'est pas sûr déjà sur un coup de fil de se joindre et il faudrait déjà se rappeler...

Non je trouve que déjà le courrier que vous donnez au patient c'est déjà beaucoup.

Je ne vois pas comment améliorer non...

Bon si on en parle de vive voix c'est toujours préférable et plus intéressant mais encore faut il que l'un et l'autre soit joignable et puisse avoir le dossier sous les yeux ce qui n'est pas toujours le cas. Donc bon, c'est vrai que ce serait très compliqué même si ce serait surement l'idéal.

Sur le courrier, il pourrait y avoir une petite synthèse à la fin sur le changement de traitement en expliquant clairement pourquoi ça a été changé. Parce que là on a le traitement d'entrée et le traitement de sortie et si on veut des justifications il faut aller les chercher dans le courrier. Et là aussi il ne faut pas que le courrier soit trop long parce que si c'est trop long ce sera pas lu du début jusqu'à la fin.

ENTRETIEN N°12

1. J'aimerais que vous me racontiez comment s'est passé le renouvellement d'ordonnance quand vous avez revu votre patient pour la première fois après son hospitalisation.

Oh là là c'était l'enfer (*rires*) ! C'est un patient hypercompliqué, on a du mal à communiquer... enfin il n'est pas méchant, il dit oui à tout mais il ne fait rien de ce qu'on lui demande finalement.

Bon... que je me remette sur son dossier. Ah oui, alors il avait emmené son courrier mais je l'avais déjà reçu... bon il y a plein de traitements qui ont été ajoutés alors j'ai essayé de démêler tout ça. C'était pas très clair il y avait les médicaments du séjour et les médicaments chroniques et le traitement à la fin, finalement j'ai dû me reporter sur l'ordonnance finale du patient pour savoir avec quoi il était vraiment sorti. Enfin c'était un peu lourd quoi. Mais bon on s'en est sorti (*rires*) ! On s'en sort toujours de toutes façons.

Ah oui et puis il y avait cette histoire d'amlor qu'ils avaient mis et que le patient ne supportait pas alors j'ai du changer. Je sais même pas pourquoi ils avaient changé d'ailleurs...

- Vous avez du chercher dans le courrier des informations sur ces modifications thérapeutiques ?

Oui mais bon y'avait trop d'informations d'un coup et je crois que j'ai rien trouvé. Il avait du lercan 20 avant et là ils ont mis l'amlor 5, bon il était peut être un peu hypotendu... c'est bien mignon c'est la même classe mais moi j'avais déjà essayé l'amlor avant et le patient l'avait pas supporté et donc j'ai du rechanger. Et puis ils avaient baissé mais moi la tension est remontée donc je suis repassée à celui d'avant. Ça m'a un peu agacé parce que c'est pas la première fois. Ils ne doivent pas avoir tous les comprimés je comprends mais qu'ils remettent le même à la sortie au moins. Et puis sur les tensions ils leur font manger des trucs hyper contrôlés donc forcément la tension peut baisser mais nous on a des mois de recul en ville enfin j'sais pas...

Ouais ça m'avait agacé j'ai mis trois points d'exclamation dans mon observ' donc quand je fais ça c'est que je suis saoulée habituellement.

2. Comment avez vous réagit lorsque vous vous êtes aperçu que son ordonnance habituelle avait été modifiée lors de l'hospitalisation en MPU ?

Ben.. j'ai trouvé ça normal (rires)! On s'y attend quand même à ce qu'il y ait des modifications. En plus chez ce patient il y a un peu tout à faire et il venait pour un problème aigu donc forcément il devait y avoir une sanction thérapeutique avec des antibiotiques et puis des vitamines pour son OH chronique.

J'étais quand même un peu soulagée qu'il passe dans les mains de quelqu'un d'autre parce que je m'en sortais pas trop avec ce patient. C'est bien d'avoir une perspective extérieure aussi de temps en temps.

Bon après mis à part l'histoire de l'amlor qui m'a saoulée le reste non j'ai rien à dire dessus c'était bien.

- Vous êtes vous senti impliqué dans cette prise de décision de modifier l'ordonnance que vous lui prescriviez habituellement? Pourquoi ?

Bah non justement ! Après je dis pas qu'il faut appeler tous les médecins traitants pour tout mais là c'était quand même un peu dommage parce que le patient il s'est de nouveau retrouvé embêté avec un traitement que je lui avais déjà donné et qu'on avait dû arrêter. C'est un peu con !

3. De manière générale, comment appliquez vous les modifications thérapeutiques réalisées en hospitalisation ?

Bah... je les applique ! (rires) On est aussi là pour ça... S'ils ont modifié les traitements c'est bien pour une raison, après c'est pas à moi de décider de s'ils ont fait de la merde ou pas. Enfin si mais sur le premier renouvellement c'est un peu difficile quand même. Je me vois mal en 15 minutes juger de plusieurs jours d'hospitalisation

- Quelles sont les raisons qui peuvent vous faire modifier l'ordonnance lors du premier renouvellement?

Heu voyons voir... heu.. déjà quand c'est demandé par l'hôpital, genre des adaptations de traitement après un bilan sanguin... Après il y a les histoires d'antihypertenseur ça ça m'arrive souvent de devoir ajuster les posologies ou remettre des anti hypertenseurs quand ils les ont arrêtés parce qu'il avait plus de tension à l'hôpital.

Après je sais pas trop... si, pour les petits vieux quand ils changent les classes thérapeutiques genre l'omeprazole et qu'ils mettent de l'esomeprazole, ou que c'est pas les mêmes couleurs de comprimés et ça les perturbe les petits vieux. En plus c'est source d'erreur genre il y a du 10 et du 20 et ils veulent prendre deux comprimés enfin des trucs comme ça. Déjà qu'ils ont plein de traitements il faut y aller mollo pour qu'ils puissent s'adapter.

Des fois c'est les patients qui me demandent de changer aussi parce qu'ils aiment pas tel ou tel traitement. C'est quand même eux qui les avalent ils ont un peu le droit de choisir (rires) !

- Ressentez vous une contrainte à maintenir l'ordonnance telle quelle ? Pourquoi ?

(rires) Une contrainte ? (rires) bah oui quand même un peu mais après on peut en discuter si je suis pas d'accord mais vous savez en quinze minutes des fois on peut pas trop se permettre de réfléchir longuement, donc on fait confiance on se dit qu'ils connaissent la médecine et on renouvelle et on voit après. Mais ouais quand même une petite contrainte c'est un peu l'habitude de se voir dicter la conduite par les grands hôpitaux et puis on se dit qu'ils savent mieux que nous des fois. Enfin je sais pas... Ouais des fois j'ai un peu l'impression que c'est imposé mais c'est moins le cas quand même, la plupart du temps c'est bien dit pourquoi ils ont changé des trucs et

c'est pas juste « on change et c'est tout », c'est bien expliqué et on sait que ce n'est pas eux qui décident mais la condition médicale du patient qui exige ce nouveau traitement. Moi tant que je sais pourquoi c'est prescrit ça me va après il faut que ce soit justifié.

- Qu'est ce que ça implique pour vous si vous ne trouvez pas la justification dans la courrier de sortie ?

Bah ça me soule et je mets trois points d'exclamation dans mon observ' (rires) ! Non je sais pas. En vrai souvent je renouvelle quand même, mais si c'est pas bien justifié et que je suis pas chaude pour poursuivre le traitement, je l'arrête.

Vous voulez dire que si vous ne trouvez pas la justification dans le courrier de sortie cela peut vous pousser à arrêter le traitement ?

Bah clairement oui. C'est pas des placébos ces trucs là. S'ils ont mis un traitement et qu'ils n'ont pas pris la peine de le justifier c'est que pour eux c'était pas si important que ça. Et bah si moi le traitement ne me convient pas bah je l'arrête et on voit. Après ça dépend hein, des fois c'est pas justifié mais ça coule de source, on comprend. Ou si c'est un traitement que je ne maîtrise pas bien bon je fais confiance. Mais oui, franchement si c'est pas justifié je vais pas prendre la responsabilité d'exposer mes patients à des effets indésirables sans connaître l'effet bénéfique, enfin ça tombe sous le sens non ?

4. Quels seraient selon vous les moyens d'améliorer la communication entre le médecin traitant et le service de MPU concernant ces modifications thérapeutiques ?

Franchement je vois pas trop. En vrai je râle mais ça reste très correct ce qu'ils proposent. Bon c'est vrai que cette histoire de traitement du séjour je comprends pas trop ce que ça vient faire là ça alourdit le truc... non il faudrait à gauche les traitements à l'entrée, à droite les traitements à la sortie et au milieu les traitements modifiés avec directement la justification à côté comme ça on est clair et on en parle plus.

Quand c'est juste pour un ou deux traitements ça va mais si on est obligé de réfléchir au pourquoi du comment on s'en sort pas, on a déjà les questions du patient plus nous on essaie de comprendre ce qui s'est fait alors si en plus faut qu'on cherche dans les pages suivantes pourquoi tel traitement a été modifié alors que c'était pas la raison de son hospit on s'en sort pas.

ENTRETIEN N°13

1. J'aimerais que vous me racontiez comment s'est passé le renouvellement d'ordonnance quand vous avez revu votre patient pour la première fois après son hospitalisation.

Alors déjà je n'étais pas au courant qu'il avait été hospitalisé, je l'ai su quand j'ai reçu le courrier de sortie. Je l'ai fait venir en consultation, car c'est un patient qui ne va pas de lui même prendre rendez vous. On a l'habitude de lui mettre le rendez vous d'un renouvellement à l'autre et ma secrétaire l'appelle sinon il oublie de venir (rires). Donc là dès réception du courrier je l'ai appelé. Donc j'ai fait son renouvellement, heu.. j'ai vu qu'ils avaient sevré en prégabaline et en rispersal et qu'ils avaient potentiellement retenu ça comme des motifs de chute. Le patient ne se plaignait pas de douleur, le moral ça allait donc j'ai pas repris.

Ils avaient aussi introduit un antihypertenseur, l'amlor, ça j'ai du arrêté... le patient avait 10 de tension en consultation (rires) ! Je réintroduirais à l'avenir si la tension devient trop haute mais là clairement c'était limite. Heu... voilà à peu près ce qui s'est passé.

- Qu'avez vous pensé des informations concernant les modifications thérapeutiques qui ont été réalisées ?

C'était plutôt bien fait. La prégabaline j'ai mis un peu de temps à comprendre car je ne la voyais pas dans les traitements de sortie mais elle n'apparaissait pas dans le petit encart sur les modifications thérapeutiques. Au début je me suis dit que c'était une erreur alors j'ai demandé au

patient s'il le prenait toujours, il m'a dit non, donc j'ai relu un peu le courrier et en fait c'était écrit dedans pourquoi ils l'avaient arrêté donc ça va. On a encore eu de la chance comme dirait l'autre (*rires*)! Sinon pour le reste non tout était bien indiqué je n'ai pas eu de problème, c'était bien.

2. Comment avez vous réagit lorsque vous vous êtes aperçu que son ordonnance habituelle avait été modifiée lors de l'hospitalisation en MPU ?

C'est toujours un peu embêtant parce qu'il faut qu'on prenne du temps pour tout relire, bien comprendre, expliquer au patient et remettre tout dans le logiciel, mais en soit ça se fait très bien. Là le travail était bien fait, à part l'histoire de la prégabaline, donc on s'en sort bien, tout est clair, les modifications de traitements étaient bien détaillées, non non je n'ai pas eu plus de ressenti que ça.

C'est vrai qu'il y a des fois où on a tendance à se tirer les cheveux quand on comprend pas ou qu'ils suppriment un traitement qu'on vient juste d'introduire mais pour ce patient ça n'a pas été le cas.

- Vous êtes vous senti impliqué dans cette prise de décision de modifier l'ordonnance que vous lui prescriviez habituellement? Pourquoi ?

Non, je n'ai pas été appelé. J'étais même pas au courant qu'il était hospitalisé ! Des fois on a des internes qui nous appellent pour avoir des comptes rendus. Là ça n'a pas été le cas, je pense qu'ils avaient toutes les informations dont ils avaient besoin donc ... Donc impliquée non ... mais je ne pense pas que pour ce patient y'avait besoin de m'impliquer non plus.

3. De manière générale, comment appliquez vous les modifications thérapeutiques réalisées en hospitalisation ?

Je maintiens après une lecture détaillée et je dis bien détaillée parce que je lis vraiment tout du courrier (*rires*) et après avoir expliqué au patient aussi. C'est mon rôle de faire un peu le service après vente. D'expliquer au patient pourquoi ils ont mis tel ou tel traitement.

Parfois il y a des choses à modifier, mais ça ne se fait pas forcément lors du premier renouvellement... non ... ce sont des choses qu'on peut ajuster dans le temps vous voyez.

- Quelles sont les raisons qui peuvent vous faire modifier l'ordonnance lors du premier renouvellement?

Eh bien... comme je disais tout à l'heure, quand on introduit récemment un médicament je pense pour des troubles de l'érection chez un de mes patients âgés parce qu'il a rencontré quelqu'un, que ça a été discuté avec le cardiologue de ville et que l'hôpital l'arrête parce qu'ils doivent penser que ce n'est pas pour lui, et bien je remets, au moins pour voir si ça marche chez le patient, car ça a été le fruit d'une longue discussion en ville et que je trouve que l'hôpital n'avait pas son mot à dire là dessus, surtout quand le motif d'hospitalisation n'est pas en lien.

Donc quand vous ne retrouvez pas d'indication dans le courrier à l'arrêt ou à l'introduction d'un traitement cela peut conduire à vous faire modifier l'ordonnance ?

Evidemment ! S'ils avaient expliqué pourquoi ils ne voulaient absolument pas que mon patient ait ce traitement peut être qu'on aurait pu rediscuter. Mais là je crois que ce n'était pas justifié dans le courrier... non... Non je pense que le médecin hospitalier devait avoir des problèmes avec la sexualité du sujet âgé (*rires*) !

- Voyez vous d'autres raisons qui pourraient vous faire modifier le traitement lors du premier renouvellement?

Oui, oui, il y en a plein... heu... déjà la situation médicale du patient, hein, s'il y a une évolution de la pathologie ou un bilan sanguin limite, on peut adapter les posologies.

S'il y a un effet indésirable, aussi, si le traitement n'est pas disponible en pharmacie, si le patient n'aime pas le traitement, enfin il y a plein de choses qui peuvent nous faire modifier tout ça...

heu... après encore une fois ce ne sera pas toujours lors du premier renouvellement... et ce n'est vraiment pas systématique ! En général l'hôpital fait du bon travail.

4. Quels seraient selon vous les moyens d'améliorer la communication entre le médecin traitant et le service de MPU concernant ces modifications thérapeutiques ?

Je pense qu'ils pourraient mettre les internes ou les externes sur le coup pour nous passer un coup de fil et nous prévenir des traitements qui ont été modifiés. Je veux dire... ça pourrait nous aider nous de savoir un peu à l'avance.. On aurait plus de temps pour faire autre chose avec le patient pendant la consultation... et... enfin ... on pourrait donner notre avis dessus aussi... par exemple « vous êtes sûrs de vouloir lui mettre ce traitement? La dernière fois que j'ai essayé il n'avait pas supporté ».

- Voyez vous d'autres éléments d'amélioration ?

Hum... non... vous savez ce n'est pas au CHU que c'est le pire...

ENTRETIEN N°14

1. J'aimerais que vous me racontiez comment s'est passé le renouvellement d'ordonnance quand vous avez revu votre patient pour la première fois après son hospitalisation.

Alors, je l'ai d'abord revu une fois en post hospitalisation pour faire le point un peu sur tout ce qui avait été fait. Donc là on avait repris ensemble les modifications ou autre, qui avaient été faites, et lors du renouvellement en lui même, comme on avait déjà fait le point on a plutôt fait un renouvellement classique quoi avec un examen clinique, vérifier la bonne tolérance, tout ça.

- Lors de cette consultation il y a des éléments qui ont pu vous mettre en difficulté ?

Heu oui, il n'avait pas ramené avec lui son ordonnance de sortie du CHU, et j'ai eu des questions sur le xarelto, parce qu'à priori ça avait été baissé comme il avait fait une insuffisance rénale aiguë à 15, et lui ne savait pas du tout me dire qu'est ce qu'il avait respecté comme dosage. C'est plus parce que lui il ne fait pas très attention à tout ça, il a quelques troubles cognitifs, et du coup il n'avait pas fait gaffe à ce qu'on avait modifié ou pas modifié.

Il a fallu que je retourne voir dans le dossier ce qui avait été mis comme traitement de sortie, et du coup le xarelto était écrit à 20 mg mais du coup je crois que ce n'était pas clair dans le courrier. Ils disaient qu'ils avaient baissé le Xarelto à 15 mg du fait de l'insuffisance rénale mais finalement il était ressorti sous 20 mg, donc j'ai essayé de voir auprès de lui sous quel dosage il était et il n'était pas capable de me répondre et comme il n'avait pas son ordonnance de sortie avec lui je me suis fiée au traitement de sortie du courrier mais je n'étais pas sûre en fait.

- Donc vous si je comprends bien, vous n'avez pas trouvé dans le courrier les éléments de réponse que vous cherchiez sur les justifications de la modification de posologie ?

Oui à priori, vu que j'ai mis plein de points d'interrogation sur mon observation, oui je n'avais pas forcément compris, après c'est vrai qu'en 15 minutes de consultation on a pas forcément le temps, on essaie de voir un petit peu tout.

- Qu'est ce que vous avez pensé concernant les informations des modifications thérapeutiques qui on été réalisées ?

En fait, sur l'histoire du xarelto, parce que je ne sais pas trop pourquoi je me suis posée cette question de savoir s'il avait du 15... oui voilà parce que dans le courrier c'était marqué diminution à 15 du fait de l'insuffisance rénale et après dans le courrier enfin dans l'ordonnance de sortie c'était marqué 20. Donc ça a été baissé ? Ça n'a pas été baissé ? Je ne savais pas. Et comme lui n'a pas été capable de me dire et bien c'était pas clair. Effectivement il y avait une information contradictoire et je suppose que comme la fonction rénale s'est finalement améliorée il est sortie sous 20 mg. Le problème c'est que dans le corps du courrier c'est marqué 15 mg en fait.

2. Comment avez vous réagit lorsque vous vous êtes aperçu que son ordonnance habituelle avait été modifiée lors de l'hospitalisation en MPU ?

Je n'y vois pas de soucis particulier (*rires*). Ils ont fait en fonction de l'état du Monsieur (*rires*).
Donc non pas de commentaire.

Par exemple il y a eu aussi un traitement qui a été arrêté pour sa tension, et déjà moi aussi je me posais des questions sur son traitement, parce que moi aussi à chaque fois que je le voyais en consultation il avait une tension qui était bien et son ancien médecin traitant - parce que je l'ai récupéré depuis peu de temps ce patient - et je me posais déjà la question pourquoi il avait un traitement qui avait été augmenté, il avait vu son cardiologue, on en avait reparlé...

Et puis comme après l'hospitalisation il a aussi revu son cardiologue qui lui aussi a confirmé les choses sur le traitement, non je n'ai pas de commentaire particulier à avoir là dessus.

- Vous vous êtes sentie impliquée dans cette prise de décision de modifier l'ordonnance ? Pourquoi ?

Non, pas du tout non. Non je n'ai pas été appelée pendant que Monsieur a été hospitalisé pour faire le point là dessus...

- C'est quelque chose qui vous pose soucis ?

Dans le cadre de ce patient pas particulièrement mais d'un point de vue général quand nos patients sont hospitalisés oui peut être qu'on apprécierait d'être appelé s'il y a des modifications à faire pour avoir notre avis.

Mais là ici la modification a été vue avec son cardiologue donc ça ne me pose pas de soucis

3. De manière générale, comment appliquez vous les modifications thérapeutiques réalisées en hospitalisation ?

En général, sauf si la tension est remontée, je reste sur ce qui a été fait en hospitalisation

- Ressentez vous une contrainte à maintenir l'ordonnance telle quelle ? Pourquoi ?

Heu...Ça dépend des fois. Pour ce patient non mais oui il y a des fois où on ne comprend pas trop pourquoi les traitements ont été modifiés, ou alors ils prennent avis auprès d'un de leurs cardiologues alors que nous le cardiologue en ville nous avait dit autre chose et du coup des fois on est un peu entre les deux et on se dit « pff, on fait quoi, quoi »

Mais oui ça arrive régulièrement où quand ils sortent d'hospitalisation on ne sait pas forcément pourquoi les choses ont été faites et du coup on ne sait pas qui on suit quoi.

- Comment le courrier de sortie peut influencer votre décision de modifier de nouveau l'ordonnance à la sortie du patient ?

(*Silence*)

Oh là là je ne sais pas trop. Quand les courriers sont clairs et qu'on sait pourquoi les modifications ont été faites en général on est d'accord et on les suit quoi.

- Donc vous pensez qu'un défaut de justification dans le courrier pourrait vous amener à ne pas renouveler un traitement ?

Ah oui oui complètement c'est complètement possible oui. Mais c'est rare quand même. Souvent on appelle, j'ai pas envie de mettre le patient en danger à cause d'une erreur de communication.

4. Quels seraient selon vous les moyens d'améliorer la communication entre le médecin traitant et le service de MPU concernant ces modifications thérapeutiques?

Que soit ce soit super clair dans le courrier de sortie soit qu'il y ait eu un contact téléphonique, je me souviens quand j'étais externe ou interne on appelait régulièrement les médecins traitants pour

leur demander leur avis ou des choses et caetera, mais après vous allez pas faire ça pour tous les patients nous plus quoi, ça me choque pas quoi.

Après, non je vois pas d'autre moyen de communication, ça va devenir une lourdeur pour tout le monde en fait. Si c'est pour envoyer plein de messages ou passer plein d'appel, autant pour eux que pour nous en fait, ça va pas être faisable donc nous on fait confiance, quand les gens sont hospitalisés, à la décision qu'ils prennent et je pense que quand en hospitalisation ils ont des questions où qu'ils ne sont pas sûrs ils s'appuient sur des avis auprès du cardiologue habituel ou du médecin traitant quoi.

En dehors de ça je pense que ce serait compliqué de tous s'appeler à chaque fois pour dire « vous êtes d'accord on va modifier ça ? » enfin, on s'en sort par trop quoi. Ou alors ils envoient un texto je sais pas (*rires*).

- Une sorte de messagerie instantanée entre confrères?

Non mais je disais ça pour rire, ils peuvent envoyer un mail c'est tout aussi efficace.

SERMENT MEDICAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : MORIN

PRENOM : Julie

Titre de Thèse : Modifications thérapeutiques en Médecine Polyvalente du CHU de Nantes : Perception des médecins traitants.

RESUME

Introduction : Les modifications thérapeutiques en hospitalisation sont fréquentes et nombreuses. En Médecine Polyvalente du CHU de Nantes, la communication de ces modifications se fait principalement par le biais d'une lettre de liaison. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la perception des médecins traitants concernant la communication de ces modifications par le service. Les objectifs secondaires sont d'étudier la précision des informations sur les modifications thérapeutiques et d'étudier les critères de modification de l'ordonnance de sortie par le médecin traitant lors du premier renouvellement.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude qualitative consistant en la réalisation de 14 entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique. Ces entretiens sont réalisés par téléphone puis retranscrits en données textuelles. Une catégorisation par thématique est effectuée.

Une lecture des comptes-rendus d'hospitalisation est réalisée pour étudier les justifications fournies par le service de Médecine Polyvalente de Nantes.

Résultats : Les médecins généralistes interrogés sont globalement satisfaits de la communication des modifications thérapeutiques hospitalières. Des justifications sont parfois absentes ou manquent de clarté, ce qui pousse le médecin traitant à appeler le service ou modifier l'ordonnance.

Les préconisations de sortie d'hospitalisation ont tendance à être maintenues à un mois en ambulatoire. Les raisons qui peuvent amener le praticien à modifier de nouveau l'ordonnance sont d'ordre médical, organisationnelles ou liées au courrier de sortie et à la qualité de ce dernier.

Discussion : La justification des modifications thérapeutiques par le service de Médecine Polyvalente semble globalement convenir au médecin généraliste. Un appel téléphonique pourrait favoriser la communication, éviter les erreurs médicamenteuses et améliorer l'acceptabilité des modifications réalisées. L'instauration d'une véritable conciliation médicamenteuse est une attente des médecins généralistes.

MOTS-CLES

general practice physicians — therapeutics — prescriptions — hospitalization — drug prescription — substitution — patient discharge — patient discharge summaries — aftercare — continuity of patient care — interdisciplinary communication — adverse drug reactions.