



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Conciliation médicamenteuse hospitalière : perceptions et attentes des
médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 22 septembre 2022 à 18h00
au Pôle Formation
par **Maxime MICULIAN**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Marc BAYEN

Madame le Docteur Morgane MASSE

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Anne-Marie REGNIER

AVERTISSEMENT

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèse, celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AP-HP : Assistance Publique - hôpitaux de Paris

AVK : Anti-vitamine K

CH : Centre hospitalier

CHR : Centre hospitalier régional

CHRU : Centre hospitalier régional universitaire

CM : Conciliation médicamenteuse

CNIL : Centre national de l'informatique et des libertés

EI : Effet indésirable

EIG : Effet indésirable grave

GROUM.F : Groupe universitaire de recherche qualitative médicale francophone

HAS : Haute autorité de santé

MG : Médecin généraliste

MT : Médecin traitant

PO : Pharmacien d'officine

SSR : Soins de suite et de réadaptation

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	4
RÉSUMÉ.....	7
INTRODUCTION.....	8
I. Contexte et définitions.....	8
1. Définition de la conciliation médicamenteuse.....	8
2. Processus de la conciliation médicamenteuse.....	9
3. La divergence.....	9
4. La cible de la conciliation médicamenteuse.....	9
5. Sur quelle base les modifications sont-elles réalisées ?.....	10
6. Une efficacité validée.....	10
II. Objectifs de l'étude.....	11
MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	12
I. Choix de la méthode d'étude.....	12
II. Population et échantillonnage.....	12
III. Recrutement et entretiens.....	12
IV. Analyse.....	13
V. Protection des données.....	13
RÉSULTATS.....	14
I. En ville.....	14
1. Le MG expert de son patient.....	14
2. La réévaluation du traitement en ville.....	14
3. Une vigilance accrue en sortie d'hospitalisation.....	15
4. La réévaluation des traitements parfois mise en échec en ville.....	15
II. L'hôpital : un lieu-ressource pour agir sur le traitement.....	17
1. L'hôpital expert.....	17
2. Des moyens plus importants.....	17
3. Le facteur « temps ».....	18
III. Les attentes du MG à propos de l'hôpital.....	18
1. Un rôle d'éducation du patient.....	18
2. Un rôle d'échange d'informations avec le MG.....	19
3. Prendre en compte les réalités de la ville.....	21
4. L'emploi des moyens de l'hôpital, pour une prise en charge globale.....	22
5. La recherche d'une alliance.....	22
IV. La conciliation médicamenteuse.....	23
1. La perception des MG ayant fait l'expérience de la CM.....	24
2. Des projets similaires en ville.....	25
3. Les outils informatiques.....	25

DISCUSSION.....	26
I. Forces et faiblesses de l'étude.....	26
1. Faiblesses.....	26
2. Forces.....	26
3. La méconnaissance du sujet : une faiblesse et une force.....	27
II. Présentation des résultats sous forme de carte heuristique.....	28
III. La conciliation médicamenteuse : un processus peu connu des MG.....	29
1. Un problème sémantique ?.....	29
2. ...Ou un problème conceptuel ?.....	29
3. La nécessité de la communication.....	30
4. La recherche d'une alliance.....	30
IV. Comparaison des résultats.....	31
V. Perspectives.....	31
1. Les outils informatiques.....	31
2. Élargissement du rôle des pharmaciens d'officine (PO).....	32
3. L'avenir du processus de conciliation médicamenteuse.....	32
4. Études complémentaires.....	33
CONCLUSION.....	34
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	35
ANNEXES.....	38
I. Annexe 1 : Scores de risque médicamenteux.....	38
II. Annexe 2 : Lettre d'information concernant la protection des données.....	39
III. Annexe 3 : lettre d'information aux MG interrogés.....	40
IV. Annexe 4 : Grille d'entretien initiale.....	41
V. Annexe 5 : Verbatim.....	42

RÉSUMÉ

Contexte : La conciliation médicamenteuse (CM) hospitalière est un processus formalisé visant à corriger les erreurs médicamenteuses, notamment aux points de transition entre la ville et l'hôpital. Ce processus, ayant fait ses preuves quant à ses qualités médico-économiques, est promu par la HAS depuis un peu moins de dix ans. Cependant, peu d'études ont jusque là interrogé les médecins généralistes (MG) sur le sujet, bien qu'ils soient un des acteurs principaux du traitement. Cette étude vise à recueillir les perceptions et attentes des MG du Nord et du Pas-de-Calais à propos de la CM.

Méthodes : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes sélectionnés par échantillonnage théorique. Les verbatim retranscrits ont été étiquetés de façon triangulée avant l'analyse, inspirée par la théorisation ancrée.

Résultats : 9 entretiens ont permis d'obtenir une saturation des données. Les MG expriment d'importantes difficultés à optimiser le traitement de leurs patients en ville. Les freins principaux déclarés par les MG à ce sujet sont les sollicitations des patients, le manque d'accès aux spécialistes et aux examens complémentaires, ainsi que les défaillances de communication provenant de l'hôpital. Les MG attendent principalement de l'hôpital une alliance pour surmonter ces difficultés. La CM est un processus très peu connu des MG, pouvant répondre partiellement aux besoins exprimés, mais requérant une communication plus large.

Conclusion : La CM est un outil hospitalier pouvant faire écho à des difficultés que rencontrent les MG en ville. Les MG expriment néanmoins le besoin de reconnaissance des réalités de la ville par leurs homologues hospitaliers.

INTRODUCTION

I. Contexte et définitions

En France, le nombre d'erreurs médicamenteuses graves (EIG) survenues par an est estimé entre 275 000 et 395 000. Parmi elles, 95 000 à 180 000 seraient évitables (1). Les classes médicamenteuses les plus fréquemment impliquées sont les anti-vitamine K (AVK), les neuroleptiques et les diurétiques.

Ces données nous proviennent d'études mandatées par le ministère de la Santé, dont les ENEIS (Enquête Nationale sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins) de 2004 et 2009, et l'enquête EVISA en 2008 (Événements indésirables liés aux soins extra-hospitaliers).(2)

L'erreur médicamenteuse est définie comme l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte relatif à un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un effet indésirable pour le patient.(3) Elle est définie comme grave quand elle provoque ou prolonge une hospitalisation, est à l'origine d'une incapacité ou d'un risque vital.

1. Définition de la conciliation médicamenteuse

Ces données concernant les EIG potentiellement évitables, survenues notamment lors des transitions entre le secteur de ville et le secteur hospitalier, sont le préambule au développement de la conciliation des traitements médicamenteux.

Abrégée en conciliation médicamenteuse (CM), elle est définie par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2015 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. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts. »(4)

La CM hospitalière se développe depuis quelques années en France et à l'étranger. Elle s'intègre notamment dans le projet « High 5s » de l'Organisation mondiale de la Santé

(OMS), visant à améliorer la sécurité des patients via 5 axes (5,6). La CM y est décrite comme une procédure opérationnelle standard, visant à améliorer la « précision des prescriptions médicamenteuses aux points de transitions du parcours de soins ».

2. Processus de la conciliation médicamenteuse

La CM s'articule en quatre temps :

- Le recueil des informations, non seulement sur les thérapeutiques et leur posologies, mais aussi les données concernant l'observance, l'automédication, les habitudes de prise, la préparation des traitements... Il est communément accordé de croiser au moins 3 sources d'information, par exemple le patient lui-même, l'ordonnance, le pharmacien ou le médecin traitant, l'entourage.
- La synthèse des informations concernant la thérapeutique, détaillant les modifications le cas échéant, comme les changements de galénique ou de posologie, ainsi que les changements concernant l'environnement de la prise comme l'administration par un infirmier.
- La validation du bilan médicamenteux, par le pharmacien et le médecin responsables.
- Le partage et l'exploitation du bilan réalisé : information au patient, à l'entourage, aux intervenants de ville. Le cas échéant, prescription de sortie en accord avec ce bilan.

La CM peut comporter une composante proactive, si elle est réalisée dans le but d'une prescription future, et/ou rétro-active dans le cas de l'analyse d'une prescription existante.

3. La divergence

La divergence est un écart entre le bilan médicamenteux et la prescription, notamment dans le cadre de la conciliation rétro-active. Cet écart peut concerner le dosage mais aussi le contexte de la prise. Elle peut être caractérisée d'intentionnelle si voulue par le prescripteur, ou non intentionnelle dans le cas inverse.

4. La cible de la conciliation médicamenteuse

La HAS conseille de prioriser la conciliation médicamenteuse chez les patients considérés

comme les plus à risque. L'organisme propose ainsi à chaque équipe de définir ses propres critères (âge, ciblage de certaines pathologies, modes d'admission, services hospitaliers...).

Certains scores de risque médicamenteux peuvent également être employés dans le ciblage des patients à risque. On retient par exemple le score simplifié de l'AP-HP, ou la grille établie au Centre hospitalier universitaire de Québec.(7,8) (**Annexe 1**)

La bibliographie sur le sujet fait état d'une diversité de services hospitaliers dans lequel ce processus a été testé, les objectifs différant en fonction des profils des patients. En dehors des services de gériatrie(9,10) sont concernés des services d'hospitalisation de courte durée (UHCD), de médecine interne, ou encore de chirurgie.(11–13)

5. Sur quelle base les modifications sont-elles réalisées ?

Bien que le traitement idéal ne saurait exister, tant les situations cliniques et les patients peuvent différer, des guides ont été établis visant à orienter la révision globale du traitement. Cette démarche a pour but d'améliorer le rapport bénéfice/risque global du traitement, elle est ainsi étroitement liée à celle de la CM en milieu hospitalier.

Concernant les personnes âgées de plus de 65 ans, la deuxième version du guide STOPP/START détaille les situations devant faire envisager l'arrêt ou l'introduction de différentes thérapeutiques.(14)Des listes de médicaments à risque chez les personnes âgées peuvent aussi être consultées, on retient principalement la liste de Laroche(15) ou celle de Beers(16).

6. Une efficacité validée

La CM apparaît comme un outil efficace contre les EIG, comme le montrent plusieurs études nationales et internationales sur lesquelles s'appuie la HAS pour justifier sa mise en œuvre(17–20).

L'intérêt sanitaire et économique de la CM est appuyé par d'autres études internationales. Une étude mono-centrique menée aux États-Unis avance par exemple un bénéfice net de 5,7 millions de dollars suite à une application de la démarche de CM pendant 5 ans.(21)

Une revue internationale de la littérature, concernant l'analyse économique des interventions de pharmaciens cliniciens, conclut que les données, bien que disparates,

tendent à montrer un bénéfice financier par réduction des coûts d'hospitalisation.(22)Des études économiques anglaises et américaines basées sur des modèles, aboutissent à des conclusions similaires.(23,24)

Néanmoins, à ce jour la conciliation médicamenteuse hospitalière ne fait l'objet d'aucune réelle valorisation financière en France.

II. Objectifs de l'étude

La perception de la CM hospitalière par la médecine de ville a peu été étudiée jusqu'à présent.

En France, le document de CM à la sortie semble être évalué par les médecins généralistes comme intéressant, aidant aux explications du patient concernant son traitement, pouvant représenter un gain de temps sans être redondant par rapport au courrier médical habituel.(10)

Des enquêtes de satisfaction de programmes hospitaliers mettent en évidence un retour globalement positif des MG, toutefois pointant une marge d'amélioration concernant la transmission de ce document sur la forme comme sur le fond.(13,25,26)

Le guide pour la mise en œuvre de la CM en milieu hospitalier, établi par la HAS, décrit en préambule les attentes des professionnels de santé en ce qui concerne la CM, notamment de « saisir l'importance de la communication entre ville et hôpital et l'intérêt des nouvelles technologies de l'information » ainsi que de « comprendre et mettre en œuvre la démarche standardisée ».

Ce guide, aux multiples références bibliographiques, n'en source cependant pas concernant ces attentes.(4)

Cette étude vise à évaluer les perceptions et les attentes des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais à propos du processus de conciliation médicamenteuse hospitalière.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

I. Choix de la méthode d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, dont l'analyse du contenu est inspirée par la théorisation ancrée. Cette approche a été choisie pour essayer de concevoir un modèle autour du concept de conciliation médicamenteuse et de son effet sur la population des médecins généralistes.

II. Population et échantillonnage

La population étudiée était les médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais. L'échantillon des médecins généralistes interrogés a été recruté au hasard, ainsi que par effet boule de neige. Il n'y avait pas de critère d'exclusion. Il a été choisi de ne pas exclure les médecins généralistes ne connaissant pas la conciliation médicamenteuse.

La sélection des MG rencontrés veillait à respecter une variabilité de plusieurs facteurs (sexe, ancienneté d'installation, mode et zone d'exercice, statut de maître de stage universitaire). Les données démographiques brutes n'ont pas été recueillies dans le cadre de cette étude qualitative, néanmoins une question « brise-glace » demandant de décrire les conditions d'exercice a été ajoutée à partir du 5ème enregistrement.

III. Recrutement et entretiens

Le recrutement se faisait par téléphone et/ou échange de mails. Après une courte explication concernant le sujet de l'étude ainsi que les modalités pratiques d'entretien, il était proposé au praticien un rendez-vous en présentiel ou en vidéo-conférence. Tous les participants sélectionnés ont choisi un entretien en présentiel.

Deux lettres d'information étaient remises aux participants, l'une concernant le sujet de l'étude, l'autre concernant leurs droits en matière de données personnelles. **(Annexes 2 et 3)**

L'entretien s'est déroulé dans tous les cas au cabinet du praticien interrogé. A l'exception d'un praticien, tous ont réservé un créneau pendant leur période de consultation, pendant

ou à la fin de leur demi-journée. Un praticien a été interrogé lors d'une demi-journée sans consultation prévue.

L'entretien se déroulait selon une grille établie pour aborder au mieux la question de recherche avec les interlocuteurs (**Annexe 4**). Les entretiens étant semi-dirigés, le libre-cours de la parole des MG était privilégié. Les questions posées ont varié au fur et à mesure des données précédemment rapportées, ainsi que selon ce que rapportait l'informateur.

L'entretien était enregistré sur un dictaphone ainsi qu'un deuxième appareil de secours. Les données audio brutes étaient retranscrites mot à mot sur traitement de texte, le verbatim des entretiens se trouvant en **annexe 5**. Le langage non verbal ainsi que les évènements survenus durant les entretiens étaient également retranscrits. Les discussions à caractère personnel ou en dehors du cadre de l'entretien n'ont pas été retranscrites par soucis d'anonymisation et de pertinence.

IV. Analyse

Le verbatim était analysé ligne par ligne pour en ressortir les unités de sens sous forme de codes, à l'aide du logiciel QSR Nvivo® 12. Cet étiquetage initial était triangulé avec une tierce personne, ayant une formation de médecin générale. Les thèmes ont été dégagés selon le verbatim. Les a priori de l'auteur avaient été établis initialement afin de limiter les biais.

Une analyse des données et l'établissement de propriétés ont été réalisés après chaque entretien. Une réévaluation de ces propriétés était régulièrement conduite à la lumière des entretiens précédents.

V. Protection des données

Les modalités d'entretien et de recueil des données ne nécessitaient pas de déclaration à la CNIL. Elles ont été néanmoins validées par le délégué à la protection des données (DPO) de la faculté de Lille sous la déclaration n°2021-235.

Les verbatims étaient anonymisés.

RÉSULTATS

Au total, neuf MG ont été interrogés. La saturation des données est suggérée par l'absence de propriété significative ressortant dans les huitième et neuvième entretiens.

Les entretiens ont duré en moyenne 24,5 minutes, le plus long durant 38 minutes et le plus court 17 minutes.

Les propriétés qui ressortent de l'analyse des verbatim sont détaillées ci-dessous.

I. En ville

1. Le MG expert de son patient

Les MG interrogés se présentent comme experts de leurs patients, dont ils connaissent l'histoire, au-delà de leurs antécédents. Ils se savent sources privilégiées des informations pour comprendre le patient, parfois mieux que celui-ci.

« Parce que nous on connaît les gens, on sait comment ils vivent, on sait des fois pourquoi il a eu tel truc. Il est fort probable que les gens, eux, ils s'en souviennent pas toujours. »(P03)

2. La réévaluation du traitement en ville

Ce thème fait évoquer aux MG interrogés la réévaluation des traitements qu'ils effectuent en ville. Leurs objectifs sont les suivants :

a. Éviter la poly-médication

« Moi je vais dire, on va dire, j'en fait, enfin quand j'ai un nouveau patient et je vois une liste avec plus de vingt médicaments, même dix déjà, je réévalue les traitements. Euh, généralement les patients le voient d'un bon œil parce qu'il n'y a aucun patient qui sera content de prendre plus de dix médicaments dans tous les cas. » (P06)

b. Éviter la survenue d'effets indésirables

« Moi j'essaie quand même, (...) de limiter ce genre de traitements, non seulement inutiles mais parfois potentiellement dangereux. »(P03)

3. Une vigilance accrue en sortie d'hospitalisation

La transition hôpital-ville amène à l'observation d'évènements indésirables patents ou potentiels.

a. Doublons

« Maintenant si, sur des anti-hypertenseurs, euh qui sont modifiés où on se retrouve avec un sartan par exemple, qui est délivré à l'hôpital, parce que les hôpitaux ont leurs habitudes, et ils se retrouvent avec une thérapie avec deux sartans » (P05)

b. Arrêt d'un traitement à poursuivre...

« Dans certains services de spécialité, euh ils enlèvent ou alors ils ne précisent pas sur l'ordonnance les traitements qui regardent d'autres spécialités. Sur le courrier de sortie par exemple, genre « traitement de sortie » et il met que les traitement de cardio parce que c'est un service de cardio. Du coup retour à la maison, les gens ils arrêtent tout (...) » (P03)

c. ... A l'inverse, poursuite d'un traitement arrêté

« Des traitements qui sont arrêtés à l'hôpital, et puis il arrive à la maison et puis il a encore son traitement habituel avec ses boîtes de médicaments... »(P07)

d. Risque de surdosage

« Des associations avec le tramadol chez la personne âgée systématiquement je le supprime, parce qu'on trouve ça, euh, un peu dangereux. » (P02)

4. La réévaluation des traitements parfois mise en échec en ville

a. Face au patient

Il est parfois difficile de faire comprendre une modification de traitement au patient pendant la consultation :

« Vous allez leur prescrire du Seresta pour un syndrome anxieux, vous allez leur expliquer qu'il faut faire attention, qu'il va y avoir une décroissance progressive, des fois c'est compliqué... » (P06)

Le patient peut être opposant à rompre avec ses habitudes, d'autant plus si elles sont instaurées par le MG précédent.

« Je pensais à une patiente qui est allée au cabinet relativement récemment, qui est une dame qui a euh, des anxiolytiques depuis, je dirais à mon avis inadaptés et depuis longtemps. Rien que l'idée de... de modifier un tout petit peu, d'essayer, voilà euh, c'est (Mime la panique) « Aaaaah !!! » (Rires). « Je prends ça depuis 20 ans, ce n'est pas possible... » (P08)

Les sollicitations des patients sont également décrites comme un frein à l'allègement de l'ordonnance.

« Ben on a beaucoup de patients âgés polymédiqués, puis qui réclament aussi, parce que... « Vous auriez pas un truc pour ci, un truc pour ça, machin... ». Et puis à la fin ça s'accumule et ils viennent avec leur liste, il faut tout leur remettre... » (P03)

En conséquence, les MG sont amenés à céder à certaines demandes contre leur volonté initiale.

« Vous avez beau leur dire, non vous n'avez pas besoin de votre somnifère, bon, ils vous font noter leur somnifère. » (P06)

b. Face aux médecins spécialistes

Les MG ressentent un frein à la réévaluation des traitements et l'allègement de l'ordonnance lors des ajouts de traitements opérés par les spécialistes en ville ou à l'hôpital.

« On voit que chaque spécialiste a rajouté sa petite touche, entre guillemets, à la thérapeutique du patient et vous vous retrouvez avec des patients avec vingt médicaments (...) et des fois euh, euh sans même eux se soucier s'il y a des interactions médicamenteuse » (P06)

Les MG sont dans une situation de désaccord avec le médecin spécialiste, voire de conflits, pouvant causer un sentiment de dévalorisation.

« Et ce qui m'embête, c'est de changer des traitements... Après je me suis pas faite engueuler mais... On m'a dit (d'un ton énervé) « Ouais, si on change le

traitement ce n'est pas pour rien ! » (...) Non, et puis je suis jeune, et puis je suis médecin traitant... (Rire) Il y a... C'est... ça arrive de moins en moins, mais le côté médecin traitant... « C'est moi la spé »... » (P09)

c. Face au manque de ressources

Les moyens limités en ville sont décrits comme un frein à l'optimisation de la thérapeutique chez les patients des MG interrogés. Outre le temps, ils évoquent l'accès aux spécialistes ou aux examens complémentaires, ainsi que les moyens de surveillance de paramètres médicaux.

« En sachant que parfois les patients on lutte pour aller leur faire faire des examens... En ville quoi ! Ne serait-ce que pour avoir une consultation de cardio, d'ophtalmo, dès que les délais sont un peu allongés, enfin c'est dans neuf mois... Voilà quoi. » (P04)

II. L'hôpital : un lieu-ressource pour agir sur le traitement

L'hôpital est perçu comme un lieu concentrant les ressources manquantes en ville, en faisant un cadre plus propice à l'optimisation thérapeutique, sur tous les plans.

1. L'hôpital expert

Pour le MG comme pour le patient, l'hôpital revêt un aspect d'expertise, matérialisé par la pluridisciplinarité et la pluri-professionnalité. S'en dégage une forme d'autorité, voire de coercition.

« Ben je pense que ce qui est mieux accepté par le patient c'est qu'il a pas le choix, à l'hôpital ! Il n'a pas sa pharmacie, et il y a aussi l'institution, il y a aussi le fait que le médecin hospitalier probablement, il dit « Nous on a réévalué », le fait aussi d'avoir le... le caractère pluri-disciplinaire et collégial à la prise de décision... Si il y a trois médecins successifs qui disent sur trois jours « ben on va devoir ré-écrémer votre traitement parce qu'on comprend pas bien, on va faire le point »... » (P05)

2. Des moyens plus importants

En écho aux difficultés perçues en ville, les ressources humaines et techniques de l'hôpital permettent un champ d'action plus large pour modifier des traitements, ou optimiser leur

prise.

« Il y a l'infirmier par exemple qui passe aussi, qui peut avoir aussi : « ben le patient finalement, il a du mal à le prendre, il faudra le passer en gouttes ». Alors que nous finalement, on fait de moins en moins de domicile aussi, et donc je pense que ça aussi, le fait d'avoir le contact infirmier, aide soignant et médecin à l'hôpital ça aide aussi beaucoup. » (P06)

« A l'hôpital on peut faire déplacer le spécialiste de l'étage pour demander l'avis : « est ce que ça c'est encore nécessaire, est-ce qu'il nécessite d'avoir encore son bêta-bloquant ? ». il va lui faire une échographie, oui, non, en effet. » (P06)

3. Le facteur « temps »

Le temps est décrit comme un facteur favorisant à la réévaluation thérapeutique en milieu hospitalier, à travers différents aspects. Le temps pouvant être dédié à l'explication du traitement est notamment perçu comme plus important.

« Enfin voilà on les met à l'hôpital pour qu'ils soient à 100 % focal sur leur traitement, surtout avec la rééducation thérapeutique qui suit derrière... Ils ont beaucoup plus de temps que nous ! » (P04)

Ce facteur temps concerne également le patient, qui peut réfléchir plus longuement à son traitement, poser plus de questions, et à qui on peut apporter plus d'information, en quantité comme en fréquence.

« Le patient quand il va être hospitalisé, il va peut-être avoir plus de temps à lui pour poser des questions, peut-être aussi au corps médical. » (P06)

III. Les attentes du MG à propos de l'hôpital

Le thème de la conciliation médicamenteuse fait évoquer aux MG interrogés leurs attentes lors de l'adressage d'un patient en environnement hospitalier.

1. Un rôle d'éducation du patient

Les MG voient l'hospitalisation comme une opportunité pour le patient de recevoir une

information claire et adaptée concernant son traitement, ou tout du moins concernant les modifications qui y sont réalisées. La quasi-totalité des MG interrogés évoquent une situation de patient n'ayant pas compris que son traitement a été changé à l'hôpital.

« M : Est-ce que tu as d'autres attentes en particulier sur ce thème-là ? Par rapport au patient, les explications... »

P09 : Euh... les explications à l'hôpital par rapport à la nécessité de la prise du traitement je trouve que c'est moins développé, et du coup c'est à nous de reprendre derrière. Du coup je sais que... ils n'ont pas que ça à faire et que... ils ont un boulot monstre et que voilà hein, mais réexpliquer au patient pourquoi il doit prendre le traitement prescrit. » (P09)

Outre les explications médicales, certains MG pointent également l'importance de l'information sur tout ce qui entoure la prise thérapeutique.

« Si il y a certains médicaments qui doivent être pris avant le repas, ou à jeun, euh je pense le Lévothyrox, tout ça ça devrait bien leur être expliqué, mais dans une réunion à l'hôpital, au lit du patient. » (P06)

L'expérience des MG interrogés met en exergue une meilleure observance des patients à qui une information complète avait été délivrée, facilitant leur travail en consultation.

« P09 : Et puis le patient il arrive en disant « ben voilà on m'a expliqué que ce traitement là c'était mieux que celui que j'avais, du coup je veux changer de traitement.... » Ouais ! À ce moment là j'ai tout gagné quoi.

M : Un effet sur le patient aussi ?

P09 : Ah oui ! Il est beaucoup plus observant, du fait que ça lui a été expliqué, ça il n'y a pas de doute. »

2. Un rôle d'échange d'informations avec le MG

Cette tâche doit commencer par un recueil minutieux de données fiables sur le traitement habituel du patient, pour lequel l'hôpital se doit d'être exhaustif. Le MG, expert de son patient, s'attend à être consulté, notamment en ce qui concerne l'historique des prescriptions.

« Donc ouais pour discuter de l'ordonnance ben... ouais, moi j'aimerais bien, j'aimerais bien qu'il y ait un discours possible, une interaction possible, sur au moins l'ordonnance de base (...) pourquoi on est arrivé à cette ordonnance là. » (P01)

En retour, les MG apprécient une information complète concernant les justifications des modifications thérapeutiques, car ces informations ont un réel bénéfice sur leur pratique en ville.

« Justifier à chaque fois pourquoi tel traitement a été arrêté, pourquoi tel traitement a été introduit, je trouve ça vachement intelligent, plutôt que de dire : « le traitement d'entrée était celui-là, le traitement de sortie était celui-là, et débrouillez-vous pour comprendre pourquoi ! ». Parce que nous, déjà enfin moi, déjà j'aime bien comprendre ce que je prescris, et puis en plus ça peut éviter de faire des erreurs et puis de comprendre mieux le patient et sa prise en charge quoi. » (P03)

La délivrance correcte de ces données est donc un pré-requis essentiel. L'absence de transmission de ces informations, ou même de leur support (courrier, ordonnance...) peut mener à une perte de temps pour le MG, la chasse aux informations pouvant s'avérer fastidieuse. Elle peut même être à l'origine d'actes médicaux évitables.

« Il y a du se passer quelque chose en hospitalisation pour justifier la mise sous anti-coagulation, et pour autant dans le courrier on dit qu'il s'est rien passé. (...) J'ai ré-adressé au cardiologue traitant habituel, en vue de dire ben moi... J'ai eu le retour ce matin du cardiologue qui me dit « Effectivement, je ne comprends pas bien » (...) Donc on fait un holter, on verra bien et on tranchera, si ça se trouve cette dame elle prend de l'Eliquis pour rien quoi ! » (P05)

En parallèle, une des difficultés exprimées par les MG interrogés est de ne pouvoir joindre aisément le médecin hospitalier, provoquant une perte de temps, pour lui comme pour le patient.

« On n'arrive pas toujours à joindre le médecin hospitalier qui s'est occupé du patient. Eux n'ont pas forcément le temps, nous on n'a pas forcément le temps. » (P07)

Concernant la thérapeutique, le mode de transmission des informations ne fait pas

clairement consensus, même si on observe une tendance à la dématérialisation de l'information au médecin. Un complément d'information téléphonique est parfois apprécié dans les situations complexes.

En revanche, les MG trouvent le format papier globalement plus adapté pour le patient. Les supports évoqués sont néanmoins variés : plan de prise, courrier de sortie, document au format carte...

« Ben ça pourrait être de façon dématérialisée, c'est très pratique. Après je trouve effectivement que c'est intéressant que le patient l'ait sur lui, ça peut nous permettre de le sensibiliser aussi. Après nous dans le dossier informatique c'est quand même pratique de l'avoir. » (P07)

Les MG évoquent également, en fonction de la situation, la pertinence du partage de l'information à d'autres intervenants en ville.

« M : le courrier, de sortie ou le plan de prise est-ce qu'il ne vaudrait pas mieux qu'il soit envoyé... »

P02 : (Complétant la phrase) Au pharmacien du patient. (...) C'est informer le médecin, informer le pharmacien, informer l'infirmière. »

3. Prendre en compte les réalités de la ville

Les MG interrogés espèrent un pragmatisme du médecin hospitalier, notamment lors de la transition du milieu hospitalier à celui de la ville.

Ces considérations peuvent s'appliquer dès la modification de traitement, c'est-à-dire prendre soin de s'assurer qu'elle soit adaptée au patient et à ses habitudes, et reproductible au domicile avec la même efficacité. Le prescripteur doit avoir conscience que l'environnement hospitalier peut modifier l'efficacité d'un traitement.

« Je pense des fois au traitement antidiabétique, où en effet le patient il a eu son régime diabétique à l'hôpital, et on sait très bien que quand il revient à la maison le régime diabétique il n'est plus fait. » (P06)

« C'est vrai que c'est le truc qui m'avait marqué, à l'hôpital ils avaient modifié le traitement, très bien je n'ai rien à dire là dessus mais la réalité est tout autre. Pour le coup, à domicile ce n'était plus la même chose. Alors est-ce qu'il y avait des trucs plus stressants à domicile je ne sais pas hein, (...) chez cette

personne euh... Alzheimer peut être qu'il y avait plus de stress à domicile qu'à l'hôpital. » (P04)

Au delà du traitement et de son efficacité, c'est tout ce qui entoure sa prise qui doit être pris en compte. Les MG interrogés citent à ce titre l'éducation du patient au mode d'administration, la disponibilité du médicament en ville, la nécessité de préparation ou d'administration du médicament par une tierce personne, ou encore le remboursement extra-hospitalier de la thérapeutique.

« Il a vu qu'il y avait de l'insuline pendant l'hospitalisation, mais il ne sait pas comment ça fonctionne finalement en sortie d'hospitalisation. L'infirmier n'a pas forcément été prévenu non plus. » (P06)

4. L'emploi des moyens de l'hôpital, pour une prise en charge globale

Les MG interrogés expriment la volonté que l'hôpital use de ses moyens plus importants pour pallier au manque de ressources en ville. Doit en résulter une prise en charge globale, non centrée sur une spécialité.

« Après moi quand j'envoie à l'hôpital, je veux que, par exemple en gériatrie je veux qu'il y ait une réévaluation globale du patient. (...) Enfin, en ville on n'a rien. On a notre stétho et notre intuition. Du coup quand on l'envoie à l'hôpital ce n'est pas pour qu'ils disent (inspire) « Ben voilà ». L'hôpital a des moyens de faire des examens complémentaires plus facilement qu'en ville, parce que là où on est installé, des rendez-vous spécialistes en ville ou des examens complémentaires c'est compliqué à avoir, et euh... Moi je voudrais ça » (P09)

5. La recherche d'une alliance

Concernant l'optimisation thérapeutique, les MG interrogés expriment de différentes manières la volonté d'une alliance avec l'équipe hospitalière. L'idéal visé est l'harmonisation des pratiques ainsi que du discours au patient.

Sur ce thème, le double discours ville-hôpital est perçu comme une arme pouvant convaincre un patient de modifier ses habitudes thérapeutiques, que ce soit pour l'introduction ou le sevrage d'un traitement. Le soutien hospitalier répond directement à la difficulté de faire face au patient en cas de désaccord.

« Elle a été hospitalisée en psychiatrie et du coup ils ont réévalué son

traitement (...) Et si vous voulez quand l'ordonnance comme ça elle a été allégée, ben, derrière, c'est plus plus facile de dire « Non, je re-prescris pas » quoi. » (P01)

Pour renforcer cette alliance, certains MG expriment également un besoin de faire connaissance avec leur interlocuteurs, voire au-delà, un besoin de reconnaissance réciproque.

« Ce n'est pas qu'un truc anonyme (...) Il y a des gens, on bosse depuis vingt ans avec eux, on ne les a jamais eu au téléphone. Bon. »

« Il y en a quelques uns qui m'appellent comme ça pour me demander, des anesthésistes, des... Oui ils se rendent compte qu'on existe hein, et qu'on a des informations à leur donner et c'est super intéressant. » (P02)

Cette alliance constitue un soutien dans la pratique des MG, rompant avec un sentiment de solitude face au patient, notamment quand une situation leur est complexe, pouvant conduire à un sentiment de réassurance voire de soulagement. Un des MG interrogés va jusque décrire la transmission de cette réassurance au patient.

« Ben déjà le patient, il est assez content que l'on discute, que le médecin ,soit d'accord avec l'hôpital (...) ça le rassure. Et puis nous aussi ça nous rassure un peu dans le suivi hein, parce que nous on bosse tout seul hein. (...) Avoir un avis un peu externe, extérieur c'est... c'est bien. Ça conforte un peu nos, notre vision des choses et notre façon de faire aussi. » (P02)

IV. La conciliation médicamenteuse

Le processus de conciliation est peu connu des intervenants. Seul un des MG interrogés sait d'emblée ce que le terme recouvre, tandis que deux autres déclarent en avoir fait l'expérience après explications. Certains MG décrivent avoir reçu un courrier de sortie détaillant les modifications de traitements voire les justifiant, sans pouvoir affirmer *a posteriori* que leurs expériences relèvent de la CM.

« Ben, le terme non, et pour être franc je ne vois pas forcément ce qu'il recouvre! Car quand, pour moi on fait une conciliation quand il y a une opposition de point de vue ! Est-ce que c'est ça que ça recouvre réellement ? » (P05)

1. La perception des MG ayant fait l'expérience de la CM

En ce qui concerne ces participants, la CM est globalement appréciée. Le point positif faisant consensus étant la meilleure compréhension du traitement par le patient.

« Je l'ai plus quand ils sortent de maison de convalescence par contre ce papier là. Avec vraiment en effet le détail de la prise médicamenteuse, très bien fait, où le patient en effet est conscient de ce qu'il prend, il est content d'avoir son petit papier « matin midi et soir, là je sais comment je prends mes médicaments » » (P06)

Sur le fond, la prévention des erreurs de prise est mise en avant par un des MG.

« Ça peut arriver aussi que des fois, on en parlait tout à l'heure, les patients qui prennent 4 ou 5 Doliprane, là ça permet grâce à ce diagramme aussi, de régulariser les choses auprès du patient. » (P06)

Sur la forme, le document de synthèse est apprécié pour l'exhaustivité des informations, permettant notamment de ne pas devoir contacter l'hôpital par manque d'information. Il est aussi apprécié en tant que support pour aider à l'explication des thérapeutiques au patient. Néanmoins, ce caractère exhaustif divise les MG interrogés en ayant fait l'expérience.

« Alors récemment j'ai eu une patiente qui est sortie avec une grande feuille avec tous les médicaments à prendre, un grand tableau, un tableau bien chargé quoi. (...) Avec tout ce que, les différentes prises de médicaments, la façon de les prendre, tout ça quoi. (...) Bon c'était... c'était un peu lourd quoi. » (P02)

Par ailleurs, un des MG interrogé doute sur l'intérêt que le patient peut porter à ce processus, voire sur la conscience qu'un tel processus soit engagé le concernant.

« Pour le médecin c'est un outil intéressant, pour le patient il sort avec le traitement qui a été prescrit. (...) Enfin pour moi en tout cas personnellement, je ne suis pas sûre que les patients ça leur rapportait... que ce soit un outil intéressant pour eux. Pas intéressant mais euh... ils perçoivent pas forcément. Ils sortent de l'hôpital avec leur traitement, ils continuent le traitement. » (P07)

Ces MG s'entendent néanmoins pour le souhait de développement du principe de conciliation, que ce soit en terme de nombre de patients ou de services hospitaliers y

ayant recours.

« Il faudrait vraiment que ce soit un outil qui soit, enfin, démocratisé je ne sais pas si c'est le bon mot mais, voilà. Qu'on ait l'habitude d'utiliser ce genre d'outil. » (P07)

2. Des projets similaires en ville

Quelques MG évoquent des programmes de ville en projet ou débutant, s'apparentant à une conciliation médicamenteuse et/ou des bilans de médication.

« Dans notre maison médicale, (...) on a un des projets de soins qui est la iatrogénie, qu'on fait en partenariat avec la pharmacienne, les infirmières et puis ma collègue médecin généraliste. Et donc maintenant on va essayer de revoir régulièrement les patients polymédiqués et puis essayer de passer en revue les ordonnances pour voir si tout est toujours justifié. » (P03)

3. Les outils informatiques

Des MG ont évoqué les programmes de dossier médicaux en ligne de l'Assurance Maladie pouvant jouer un rôle dans la transmission des informations lors des transitions ville-hôpital.

« Là il y a une plate forme qui va arriver au niveau du DMP, donc il y aura une plate-forme qui sera interfacée avec les pharmaciens et les médecins, on pourra échanger... Tout ça ce sera un peu intriqué. Je ne sais pas comment ça va fonctionner exactement. » (P02)

DISCUSSION

I. Forces et faiblesses de l'étude

1. Faiblesses

a. Description de l'échantillon

Les facteurs chiffrés démontrant la variabilité des profils de MG interrogés n'ont pas été recueillis, bien que l'auteur ait pris soin de diversifier leur zone d'exercice, leur âge ou leur sexe. Cette diversification est parfois démontrée de façon chiffrée dans les études qualitatives de ce type, malgré l'absence d'analyse des variables recueillies.

Il aurait été préférable de demander systématiquement à l'informant de décrire son lieu de pratique au début de l'enregistrement, comme cela a été réalisé à partir du cinquième entretien. Cette méthode, outre l'aspect « brise-glace », peut permettre de démontrer la diversité des profils interrogés sans recourir à une analyse quantitative, d'autant plus sur des critères qui demeurent subjectifs.

b. Biais liés au recueil

Les MG interrogés ont pu voir l'investigateur comme un pair hospitalier et non comme une écoute objective, le sujet concernant un processus se déroulant à l'hôpital.

L'auteur a pu tester la grille au préalable, néanmoins il s'agit des premiers entretiens semi-directifs qu'il réalise. Une conduite plus efficace de ces entretiens aurait pu faire ressortir des propriétés supplémentaires, ou mieux ciblées sur le sujet.

c. Biais liés à l'analyse

L'inexpérience de l'auteur en la matière d'analyse peut aussi altérer les résultats de cette étude. Le concept de suffisance des données reste subjectif en fonction de leur analyse, cependant des propriétés auraient pu être renforcées par des entretiens supplémentaires.

La difficulté principale qu'a rencontré l'auteur était de sélectionner les plus pertinents des nombreux thèmes abordés par le MG sur le sujet. Cela peut autant témoigner de la complexité du sujet, que d'un défaut de cadrage initial des entretiens.

2. Forces

a. Pertinence de la question de recherche

Le nombre d'études sur le point de vue des médecins généralistes concernant la

conciliation médicamenteuse en France est faible. Il n'a pas été retrouvé d'étude de ce genre ne se restreignant pas aux MG ayant fait l'expérience de la CM. La question de recherche est pertinente au vu des données de bibliographie recueillies.

b. Choix de la méthode

Plutôt qu'une analyse quantitative à risque d'orienter les réponses des interrogés, la méthode qualitative est la plus adaptée pour recueillir les perceptions et les attentes des MG sur le sujet.

c. Recueil et analyse

Malgré son inexpérience et les difficultés rencontrées, l'auteur a tenu à cadrer aux principes de la recherche qualitative en s'appuyant sur le guide du Groupe universitaire de recherche qualitative médicale francophone (GROUM.F). (27)

Comme évoqué ci-haut, les thèmes abordés par les MG étaient nombreux, traduisant aussi la volonté de l'auteur de libérer la parole des MG, en ne recentrant que rarement la discussion.

Les entretiens se sont majoritairement déroulés dans de bonnes conditions, aucun d'entre eux n'a été arrêté par un défaut de temps ou une perturbation extérieure.

3. La méconnaissance du sujet : une faiblesse et une force

Peu de participants connaissent le sujet de l'étude, ce qui constitue à la fois une faiblesse et une force.

D'une part, l'analyse des résultats ne permet pas de répondre entièrement à la question posée, les MG interrogés ne pouvant exprimer leur perception d'un phénomène qu'ils ne connaissent pas. Il aurait pu être ainsi intéressant d'augmenter le nombre de MG interrogés afin d'obtenir un nombre plus conséquent de participant connaissant la CM. Néanmoins, il a été choisi dès l'élaboration de la méthode de ne pas sélectionner uniquement les MG en ayant fait l'expérience.

Le fait que peu de MG interrogés connaissent la CM laisse penser que les biais liés au recrutement sont limités. En effet, l'inverse aurait fait suspecter une tendance au refus de l'entretien par les MG ne connaissant pas le phénomène.

Par ailleurs, les attentes des MG ne dépendent pas du vécu de la CM, et sont d'autant plus exploitables sans a priori.

Enfin, cette problématique met en lumière l'un des résultats principaux de cette étude détaillé ci-après.

II. Présentation des résultats sous forme de carte heuristique

Le modèle issu de l'analyse de cette étude est présenté ci-dessous sous la forme d'une carte heuristique.

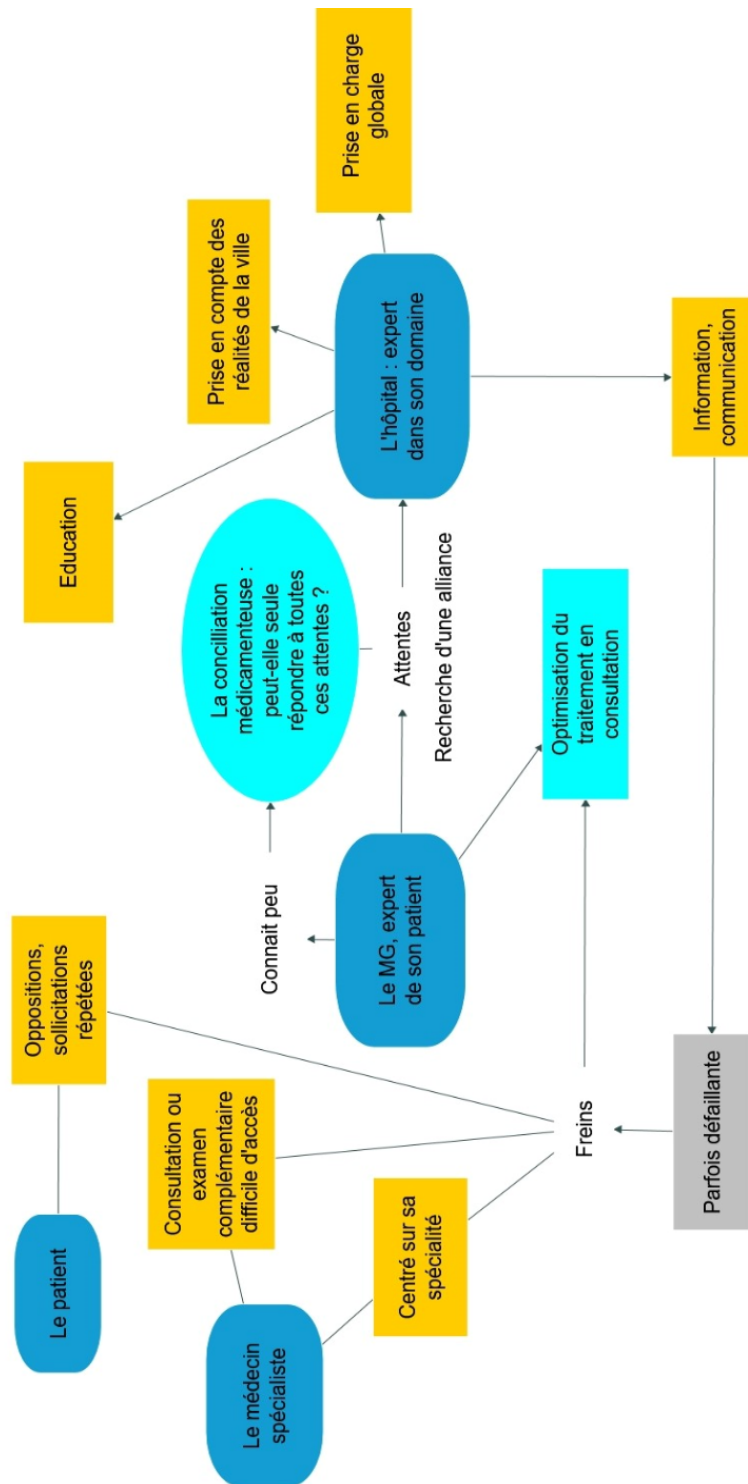


Figure 1 : Carte heuristique des résultats de l'étude

III. La conciliation médicamenteuse : un processus peu connu des MG

Ce constat est unanime chez les MG interrogés. La CM hospitalière, bien que visant à améliorer la communication lors des points de transition, souffre elle-même d'un manque dans ce domaine. La médecine de ville est pourtant bien décrite par la HAS comme étant une des cibles principales de ce processus. (4)

En témoigne sa saisie dans les moteurs de recherche de différents journaux et magazines d'actualité destinés aux professionnels de Santé. Le peu d'articles mentionnant la CM évoquent principalement les difficultés de la faire connaître en ville.(28)

Par ailleurs, le rôle du pharmacien hospitalier est très peu discuté par les MG interrogés, et leur semble inconnu.

« Je sais même pas que le pharmacien par exemple va intervenir, ouais, intervenait sur (...) l'ordonnance » (P01)

1. Un problème sémantique ?...

Le terme de conciliation médicamenteuse, au-delà de ne pas être connu, peut comporter une ambiguïté comme le souligne un des MG interrogés, y voyant la notion d'« opposition ». Le dictionnaire Larousse définit la conciliation ainsi : « action qui vise à rétablir la bonne entente entre des personnes dont les opinions ou les intérêts s'opposent. »(29). Cette notion paraît ainsi contradictoire avec la volonté du décroisement ville-hôpital.

D'autres termes ayant plus ou moins attiré à la conciliation médicamenteuse existent, pouvant renforcer cette confusion : bilan de médication, révision globale des traitements, éducation thérapeutiques...

2. ...Ou un problème conceptuel ?

Le processus de conciliation médicamenteuse, quand il leur est expliqué, évoque aux MG le rôle d'information, d'éducation de l'hôpital, ainsi que le repérage des erreurs et divergences éventuelles. Ces notions s'intègrent en effet dans la définition de la CM.

Les MG évoquent également le souhait de prise en charge globale pour leurs patients, y compris la réévaluation des traitements, pour laquelle les moyens (examens complémentaires, consultation de spécialiste) manquent en ville.

Telle que définie, la CM ne fait pas réévaluer à proprement parler l'indication des

traitements. Or, elle est un outil précieux à leur révision. Elle permet d'obtenir des données fiables sur les réalités du traitement en ville (conditions de prise, observance...), constituant une base solide pour sa réévaluation.

Par ailleurs, elle implique de transmettre une information complète aux différents protagonistes, principalement au patient, à qui l'équipe hospitalière peut détailler les modifications de traitements et les conseils pour leur administration au domicile.

Le processus de CM pourrait s'intriquer dans une démarche plus globale concernant le traitement, en accord avec cette vision décrite par les MG. Une optimisation ou harmonisation thérapeutique, comprenant la conciliation mais aussi la révision des traitements, pourrait constituer une approche globale, mieux perçue et comprise.

3. La nécessité de la communication

Un des MG interrogés (P07) a participé à la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse avec l'hôpital référent du secteur, et a apprécié cette démarche ainsi que les résultats. Cependant il regrette l'arrêt du programme du jour au lendemain, sans explication reçue.

La CM s'inscrit dans un lien entre l'hôpital et la médecine de ville, impliquant une communication locale. La mise en œuvre de la CM dans un hôpital devrait au préalable impliquer les professionnels du secteur afin de rechercher et de répondre à leurs besoins. Cela permettrait également de mieux définir la cible des patients à concilier.

4. La recherche d'une alliance

Outre l'évidente amélioration des rapports entre la ville et l'hôpital, c'est le souhait d'une véritable coopération voire une alliance qu'expriment les MG interrogés.

Le sujet leur fait évoquer les difficultés en ville, notamment celles de faire face au patient ainsi que le manque de moyens. Ce que les MG attendent de l'environnement hospitalier, c'est de les aider à surmonter ces difficultés, ce qui implique une prise de conscience des praticiens hospitaliers. Un des MG interrogés (P02) explique cette dynamique en faisant le parallèle avec sa MSP :

«L'avenir c'est de travailler en équipe. Ca c'est sûr (...) Le travail en équipe c'est... c'est primordial. Là je vois avec la MSP, (...) entre médecins, pharmaciens, infirmiers, kinés, on a une ostéo, on a une orthophoniste, et on bosse vraiment en équipe. Ce qui fait que on sait ce que fait l'autre, on sait les

problèmes de l'autre. »

IV. Comparaison des résultats

La littérature sur le sujet est composée principalement d'études dans le cadre de thèses, visant à recueillir les perceptions des MG suite à la réception d'un document de conciliation médicamenteuse. (13,25,26)

Le fait que le processus de conciliation médicamenteuse ne soit pas connu des médecins généralistes est retrouvé également dans ces études. La CM est globalement appréciée par les MG interrogés. Ces études décrivent aussi la notion de soutien et de réassurance de l'analyse médicamenteuse qui y est réalisée.

On y retrouve par ailleurs les griefs à propos des défaillances de communication provenant de l'hôpital.

L'étude de Kerebel-Bucovaz visait à recueillir les impressions des MG à la suite de la réception d'un document de CM. Les résultats des entretiens chez cette population retrouve des propriétés très similaire à la présente étude.

V. Perspectives

La conciliation médicamenteuse à elle seule ne peut probablement pas répondre à tous les besoins des MG exprimés dans les entretiens. Néanmoins, c'est une démarche qui peut aider à améliorer les points de transition.

1. Les outils informatiques

De plus en plus d'outils informatiques naissent afin d'améliorer ou de faciliter les prises en charges médicales. L'intérêt de ces outils est d'apporter une façon fiable et rapide de communiquer des informations médicales.

Concernant la transmission des informations médicales, les MG plébiscitent la transmission dématérialisée, en mettant en avant la rapidité de transmission et la praticité. Les enquêtes sur le sujet témoignent d'une utilisation des messageries sécurisées en voie de généralisation. (30)

Certains MG interrogés évoquaient à ce titre Mon Espace Santé, un outil développé conjointement par l'Assurance Maladie, le ministère de la Santé ainsi que la Mutualité sociale agricole, faisant suite en 2021 au Dossier médical partagé (DMP) (31). Cet espace complété en ligne par le patient a pour objectif de constituer un dossier médical à

disposition des professionnels de Santé, y compris à l'hôpital. L'outil est récent, la bibliographie évaluant son efficacité auprès des patients et des professionnels est inexistante à ce jour, son apport aux transitions ville-hôpital reste à évaluer.

2. Élargissement du rôle des pharmaciens d'officine (PO)

Le 9 mars 2022, la convention entre l'Assurance Maladie et plusieurs organismes représentants les pharmaciens d'officine a renforcé ou confirmé l'élargissement de leurs rôles. (32)

Le pharmacien correspondant est un statut développé en 2021 permettant à un PO de renouveler ou d'ajuster les posologies d'un traitement, dans des circonstances particulières définies au préalable par le MT. Par ailleurs, il est l'un des professionnels de Santé ciblés dans le développement de Mon Espace Santé.

Le PO peut également établir un bilan de médication partagé pour les patients de plus de 65 ans, analysant plusieurs facettes du lien entre le patient et son traitement. Les conclusions sont ensuite expliquées au patient et transmises au MT.

Ces rôles dépassant largement celui de la délivrance renforce également la place prépondérante du PO dans le suivi et le traitement du patient.

3. L'avenir du processus de conciliation médicamenteuse

La CM semble ne plus faire l'objet d'évaluation nationale, la dernière datant de 2015 (33). Il est donc difficile de juger de son avenir dans les hôpitaux. On ne peut que préjuger d'une perception positive d'une démarche d'optimisation des médicaments, efficace sur le plan médico-économique, touchant au décloisonnement de la ville et de l'hôpital, favorisant un travail en équipe autour du patient.

La CM existe toujours, et fait toujours l'objet de formations (34), témoignant de l'intérêt des acteurs de santé dans cette démarche. En l'absence de valorisation notamment financière, la CM n'est portée que par les bénéfices perçus par ceux qui la mettent en œuvre.

L'hospitalisation n'est qu'un épiphénomène pour le MG et son patient. Intégrer directement les professionnels de ville dans la démarche d'optimisation de traitement pourrait permettre de mieux ancrer le processus de CM en dehors des murs de l'hôpital.

Le MG pourrait avoir un rôle actif dans la CM. En concertation avec les acteurs hospitaliers, il peut définir les modalités de la CM comme le ciblage des patients,

l'expression des besoins en fonction des moyens en ville, ou les modalités de transmission des informations à la sortie.

Le MG peut également être valorisé en tant que source principale des informations concernant le patient, dont il est l'expert.

4. Études complémentaires

Dans l'optique d'une vision pragmatique du phénomène, tous les acteurs de la CM pourraient faire l'objet d'étude de ce type pour apprécier les ressentis de tous. Comme le décrit P02, travailler en équipe, c'est d'abord connaître les difficultés de l'autre. Une telle étude pourrait s'intéresser aux patients et leur entourage, pharmaciens d'officine, infirmiers de ville, et professionnels hospitaliers.

Il semble également pertinent d'analyser des entretiens collectifs entre acteurs de ville et hospitaliers pour essayer de dégager des consensus sur l'optimisation des thérapeutiques.

CONCLUSION

La conciliation médicamenteuse est un outil ayant fait la preuve de son efficacité. Bien qu'étant une démarche à but d'optimiser le traitement en ville, il demeure à ce jour un processus peu connu des MG. Les attentes de ceux-ci concernent les principales difficultés qu'ils ont en ville à réévaluer le traitement de leurs patients. Ces difficultés sont représentées principalement par les sollicitations des patients, le manque d'accès aux spécialistes et aux examens complémentaires, ainsi que les défaillances de communication provenant de l'hôpital.

La CM peut s'avérer une aide face à ces obstacles, si tant est que sa réalisation s'intègre dans une démarche d'équipe, transcendant la frontière ville-hôpital. Devant le constat contre-productif d'une méconnaissance de la CM en ville, un des premiers pas à réaliser est une communication efficace en amont, en intégrant les besoins et remarques des MG dans la conception du programme. L'objectif final est d'optimiser le traitement du patient au domicile, les réalités de la ville ne peuvent pas être ignorées lors de la réalisation de la CM.

Les perceptions et attentes des professionnels de ville, du patient et de sa famille sont également des points d'attention pouvant être explorées à l'avenir, pour continuer d'améliorer les différentes démarches d'optimisation thérapeutique dans le contexte hospitalier.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Michel P, et alii. Enquête Nationale sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins, Description des résultats 2009 [Internet]. 2011. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dss17.pdf>
2. Michel P, et alii. EVISA : Les événements indésirables liés aux soins extra-hospitaliers : fréquence et analyse approfondie des causes [Internet]. 2009. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_EVISAFinal_17aout09.pdf
3. Société Française de Pharmacie Clinique. Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse. 2006.
4. HAS. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf
5. Organisation Mondiale de la Santé. The High 5s Project Interim Report [Internet]. 2013 [cité 1 nov 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/High5_InterimReport.pdf?ua=1
6. HAS. Rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français [Internet]. 2015 [cité 1 nov 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-11/rapport_dexpermentation_sur_la_mise_en_oeuvre_conciliation_des_traitements_medicamenteux_par_9_es.pdf
7. Trivalle C, Ducimetière P. Effets indésirables des médicaments : score de risque en gériatrie. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 avr 2013;13(74):101-6.
8. Blanchet M. Évaluation de l'impact clinique de la réalisation d'un bilan comparatif des médicaments au Centre hospitalier affilié universitaire de Québec. Pharmactuel [Internet]. 2010 [cité 3 août 2022];43(3). Disponible sur: <https://pharmactuel.com/index.php/pharmactuel/article/view/772>
9. Beckett RD, Crank CW, Wehmeyer A. Effectiveness and feasibility of pharmacist-led admission medication reconciliation for geriatric patients. J Pharm Pract. avr 2012;25(2):136-41.
10. Ramon M. Conciliation médicamenteuse en sortie d'hospitalisation d'un service de gériatrie aiguë : résultats et impacts au sein de l'unité et auprès des professionnels de santé de ville [Internet] [Doctorat de pharmacie]. Université de Lille2; 2015. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-7211>
11. Dellerue M, Ferry M, Albertini L, Guillon P, Poupardin E, Fauvelle F. Conciliation médicamenteuse à l'admission dans des services de chirurgie viscérale et orthopédique. Pharm Hosp Clin. mars 2016;51(1):70.
12. Mezghani O, Orhan P, Albertini L, Fauvelle F. Conciliation médicamenteuse à l'entrée du patient

à l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) au GHI Le Raincy-Montfermeil. *Pharm Hosp Clin.* déc 2016;51(4):341.

13. Dumay M, Cador B, Alix L, Gilardi H, Tattevin F, Somme D, et al. Conciliation médicamenteuse avec remise d'une fiche de conciliation de sortie dans un service de médecine interne : évaluation de la perception des médecins généralistes. *Rev Médecine Interne.* 1 juin 2017;38:A64.
14. Dalleur O, Lang PO, Boland B. La nouvelle version des critères STOPP/START adaptée en français. *Pharmactuel* [Internet]. 3 janv 2016 [cité 3 août 2022];49(1). Disponible sur: <https://pharmactuel.com/index.php/pharmactuel/article/view/1095>
15. Laroche ML, Bouthier F, Merle L, Charmes JP. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. *Rev Médecine Interne.* juill 2009;30(7):592-601.
16. Beers M. Potentially harmful drugs in the elderly: Beers list and more. *Pharm Lett Lett.* 2007;
17. Dufay E, Morice S, Dony A, Baum T, Doerper S, Rauss A, et al. The clinical impact of medication reconciliation on admission to a French hospital: a prospective observational study. *Eur J Hosp Pharm.* 1 juill 2016;23(4):207.
18. Pippins JR, Gandhi TK, Hamann C, Ndumele CD, Labonville SA, Diedrichsen EK, et al. Classifying and Predicting Errors of Inpatient Medication Reconciliation. *J Gen Intern Med.* sept 2008;23(9):1414-22.
19. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam V, Shadowitz S, Juurlink DN, et al. Unintended Medication Discrepancies at the Time of Hospital Admission. *Arch Intern Med.* 28 févr 2005;165(4):424.
20. Gleason KM, McDaniel MR, Feinglass J, Baker DW, Lindquist L, Liss D, et al. Results of the Medications At Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) Study: An Analysis of Medication Reconciliation Errors and Risk Factors at Hospital Admission. *J Gen Intern Med.* mai 2010;25(5):441-7.
21. Buckley MS, Harinstein LM, Clark KB, Smithburger PL, Eckhardt DJ, Alexander E, et al. Impact of a Clinical Pharmacy Admission Medication Reconciliation Program on Medication Errors in "High-Risk" Patients. *Ann Pharmacother.* déc 2013;47(12):1599-610.
22. De Rijdt T, Willems L, Simoens S. Economic effects of clinical pharmacy interventions: A literature review. *Am J Health Syst Pharm.* 15 juin 2008;65(12):1161-72.
23. Karnon J, Campbell F, Czoski-Murray C. Model-based cost-effectiveness analysis of interventions aimed at preventing medication error at hospital admission (medicines reconciliation). *J Eval Clin Pract.* avr 2009;15(2):299-306.
24. Najafzadeh M, Schnipper JL, Shrank WH, Kymes S, Brennan TA, Choudhry NK. Economic value of pharmacist-led medication reconciliation for reducing medication errors after hospital discharge. *Am J Manag Care.* oct 2016;22(10):654-61.
25. Cellier M, Babin M, Dugas C, Spiesser Robelet L, Lozac'h P, Moal F, et al. Lien hôpital-ville :

enquête de satisfaction sur la conciliation médicamenteuse, réalisée dans le service de médecine interne d'un CHU, auprès des médecins traitants et des pharmaciens d'officine. Rev Médecine Interne. déc 2018;39:A202.

26. Li Vigni D. Place de la conciliation médicamenteuse de sortie du sujet âge de plus de 75 ans en soins primaires : étude qualitative auprès de médecins généralistes des Alpes-Maritimes. Université de Nice Sofia-Antipolis; 2017.
27. Lebeau JP. Initiation à la recherche qualitative en santé: le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Puteaux] [Paris: Global média santé CNGE productions; 2021.
28. Mazière M. La conciliation médicamenteuse. Le Quotidien du pharmacien [Internet]. 16 oct 2017; Disponible sur: <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/medicament-parapharmacie/medicament/la-conciliation-medicamenteuse>
29. conciliation. In: Larousse [Internet]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/conciliation/17930>
30. Chaput H, Monziols M, Ventelou B, Zaytseva A, Fressard L, Verger P. E-santé : les principaux outils numériques sont utilisés par 80 % des médecins généralistes de moins de 50 ans. Etudes Résultats Dir Rech Études Lévaluation Stat. janv 2020;(1139).
31. Mon Espace Santé [Internet]. [cité 23 août 2022]. Disponible sur: <https://www.monespacesante.fr/>
32. Arrêté du 31 mars 2022 portant approbation de la Convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.
33. Kujas P, Azard J, Hebert G. Note d'information DGOS/PF2 2015-65 relative aux résultats de l'enquête nationale sur le déploiement de la conciliation médicamenteuse dans les établissements de santé. 2015.
34. EPU Comprendre et pratiquer la conciliation médicamenteuse - Faculté de pharmacie [Internet]. [cité 27 août 2022]. Disponible sur: <https://pharmacie.univ-lille.fr/formation-continue/programmes-inscriptions/perfectionnements-enseignements-post-universitaires-epu/epu-comprendre-et-pratiquer-la-conciliation-medicamenteuse>

ANNEXES

I. Annexe 1 : Scores de risque médicamenteux

Tableau II : Grille d'évaluation utilisée dans le CHA et permettant de cibler les usagers les plus vulnérables aux événements iatrogènes liés à la médication

Âge	0 – 74 ans	0
	75 – 84 ans	1
	85 ans et plus	2
Nombre de médicaments pris à domicile selon le profil pharmacologique	0 – 3	0
	4 – 6	2
	7 et plus	4
Médicaments à haut risque pris avant l'admission	Anticoagulant (sauf l'acide acétylsalicylique) <i>warfarine, daltéparine, énoxaparine, etc.</i>	3
	Trois médicaments et plus pour le traitement des maladies cardiovasculaires (sauf les anticoagulants) <i>Antihypertenseur, digoxine, hypolipémiant, amiodarone, acide acétylsalicylique, clopidogrel, diurétique.</i>	5
	Médicaments pour le traitement du diabète	2
	Médicaments pour le traitement du cancer	3
	Médicaments pour le traitement de l'épilepsie <i>Phénytoïne, carbamazépine, acide valproïque, etc.</i>	2

CHA : Centre hospitalier affilié universitaire

Score de risque du Centre hospitalier de Québec (8)

Tableau 1 Score de risque d'événement indésirable médicamenteux (EIM) en gériatrie.	
Facteur de risque	Score
Nombre de médicaments	
0–6	0
7–9	1
10–12	4
≥ 13	5
Neuroleptiques	
Non	0
Oui	3
Anticoagulant < 3 mois	
Non	0
Oui	2
Total	/ 10
Calcul du risque d'EIM: score 0–1 : risque faible (12%); score 2–5 : risque moyen (32%); score 6–10 : risque fort (53%).	

Score de risque simplifié de l'AP-HP ((7)

II. Annexe 2 : Lettre d'information concernant la protection des données

Lettre d'information pour un enregistrement audio

Bonjour, je suis Maxime Miculian, étudiant en médecine. Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser un entretien semi-dirigé à propos de la conciliation médicamenteuse. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier les perceptions et attentes des médecins généralistes à ce sujet.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être médecin généraliste en exercice actuellement. Le fait d'avoir été confronté à situation de conciliation médicamenteuse n'est pas une obligation.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Aussi pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2021-235 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : [dpo\[at\]univ-lille.fr](mailto:dpo[at]univ-lille.fr) . Sans réponse de la part du DPO, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci à vous!

III. Annexe 3 : lettre d'information aux MG interrogés

Cher confrère,

Je me permets de vous solliciter quant à la réalisation d'une étude dans le cadre de ma thèse d'exercice de médecine générale. Celle-ci porte sur la perception et les attentes des médecins généralistes des Hauts-de-France à propos de la conciliation médicamenteuse hospitalière (CMH).

La CMH fait ses preuves quant au repérage des divergences médicamenteuses, la réduction des effets indésirables graves, ainsi que son efficacité médico-économique. Son efficacité à long terme dans les suites de la sortie d'hospitalisation est cependant moins connue.

Les travaux réalisés en préambule de son développement par la HAS ne prennent pas en compte les attentes du prescripteur principal, le médecin généraliste.

L'objectif de l'étude est de réunir des éléments permettant de répondre au mieux aux attentes des médecins généralistes, pour une conciliation plus proche des réalités de la pratique en ville.

L'objectif secondaire est d'appliquer ces principes auprès des médecins généralistes de mon secteur d'activité.

Il s'agit d'une étude qualitative, basée sur des entretiens individuels semi-dirigés. Cet entretien est enregistré sur un dictaphone, retranscrit sous forme écrite puis soumis à votre validation avant d'être analysé. Il peut se faire, selon votre convenance, au lieu de votre choix ou en visioconférence. L'entretien dure environ 30 minutes.

Vous pouvez me contacter via mes coordonnées ci-haut pour que nous puissions fixer un rendez-vous, ou si vous souhaitez obtenir des informations complémentaires au préalable.

Confraternellement,

Maxime Miculian

IV. Annexe 4 : Grille d'entretien initiale

Grille d'entretien initiale

- ◆ Remerciements pour accepter l'entretien.
- ◆ Demande si l'informant a besoin d'un rappel sur la question de recherche, si cas échéant : court rappel sur le contexte et l'objectif de l'étude.
- ◆ Remise du formulaire d'information concernant la collecte de données.
- ◆ Rappel à propos de l'enregistrement de l'entretien sur dictaphone, et suppression des données à la suite de la soutenance de la thèse,
- ◆ Mettre à l'aise, rassurer sur le but de recueillir l'avis sans jugement ni a priori.

Début de l'enregistrement sur dictaphone.

- **Tout d'abord, est-ce que vous avez en tête une expérience à me partager à propos d'un retour d'hospitalisation ?**
- Si pas abordé : **avez-vous déjà été confronté à la conciliation médicamenteuse hospitalière ?**

Exemples de questions de relance :

- Comment ça s'est passé ? Pouvez-vous me raconter ?
- Qu'en pensez-vous ?
- Et le patient ?
- Vous avez été contacté, avant, après ?

Si réponse = non : vous en avez entendu parler ?

- **Et dans l'idéal, comment ça devrait se passer ?**
 - Pour le médecin généraliste ?
 - Pour le patient ? Et l'entourage ?
 - À l'hôpital ?
- **Est-ce que vous souhaitez aborder d'autres thèmes ou expériences à ce sujet ?**

Fin de l'enregistrement sur dictaphone.

- ◆ Remerciements

V. Annexe 5 : Verbatim

Entretien n°1

En préambule, juste avant l'enregistrement, le sujet de l'étude a été rappelé à l'informateur.

M : Du coup, par rapport à ce qu'on a dit, par rapport à ce que je vous ai présenté, est-ce que vous avez en tête une expérience, récente ou non, à me partager ? A propos de ce thème là, à propos de ce sujet ?

P01 : Alors, par rapport à ce que vous venez de me dire, moi j'ai plusieurs choses à dire. Euh... Premièrement, on (*soupir*), on n'est pas toujours au courant de ce qu'il se passe à une sortie d'hospitalisation.

M : Mmh mmh.

P01 : D'accord ? Euh ... Le plus fréquent c'est le C.H.R. euh... où ça arrive qu'on n'ait même pas de courrier de liaison, on n'a rien, on n'a pas de courrier de sortie, on n'a rien, donc euh, c'est un peu, on va à la chasse aux informations après la sortie d'hospitalisation.

Euh... Après, par rapport euh... à la thérapeutique, la thérapeutique l'entrée du patient, euh... je pense qu'en effet quand il y a une réévaluation du traitement c'est une bonne chose parce qu'en ville, ben c'est pas toujours facile à faire. Pas spécialement par le temps, mais pour faire comprendre au patient qu'il y a certains médicaments qu'on peut pas renouveler, je pense aux benzodiazépines, des choses comme ça, euh... que c'est pas dans leur intérêt de le renouveler, donc euh... le fait en effet qu'il y ait, qu'il y ait un regard du médecin hospitalier et du pharmacien hospitalier sur la thérapeutique d'entrée, je trouve que c'est une bonne chose.

M : Mmh mmh.

P01 : Euh... voilà. Alors ils ont pas toujours bien l'historique non plus du patient, hein. Ça arrive en effet qu'on remette des thérapeutiques qui ont été arrêtées et qu'on remette à la sortie. Mais la, la plupart du temps ça permet d'alléger des ordonnances qu'on arrive pas à faire, même en expliquant les choses au patient en ville. Donc ça, c'est une chose. Euh... voilà euh... quoi d'autre ?

M : Est-ce que justement il y a un cas concret, une expérience que vous avez en tête par rapport à ça ?

P01 : Ah ben le... le, par rapport à, alors, je vous dis par rapport à la facilité du coup de faire arrêter, ou de... même une sevrage hein, par exemple sur des morphiniques, euh... 'fin, les deux plus gros, alors il y a bien sûr les changements de thérapeutique qui sont engendrés en cardio des choses comme ça, ou diabète euh... voilà. Ou quelqu'un qui a déclaré une insuffisance rénale et du coup on change la thérapeutique. Mais après il y a tout ce qui est sevrage aussi hein euh... une hospitalisation permet aussi, l'hospitalisation pour n'importe quel motif peut permettre de faire des sevrages en benzos, en morphinique, même si c'est pas la prescription de tous les jours hein mais euh, des médicaments où on a du mal à les faire comprendre et à faire diminuer les thérapeutiques.

M : Et vous ça vous est déjà arrivé justement...

P01 : Ouais, justement j'pensais à la morphinique, voilà, je pense à la morphine, j'ai récupéré un patient il y a trois quatre ans, qui a été hospitalisé euh... qui avait été, qui avait eu une cure d'hernie discale, euh... Qui a fait une fibrose derrière, euh... et le médecin d'avant, le patient était monté à 240 milligrammes fois deux de morphiniques, donc moi quand je l'ai récupéré ce patient suite à la retraite du médecin traitant, euh... ben la première c'était il faut à tout prix, parce que ça faisait, ça faisait quatre cinq ans qu'il était sur la même thérapeutique. Donc euh.. et pis ben j'y arrivais pas et, il fait du sevrage, enfin un syndrome de sevrage en fait hein. Donc même en diminuant tout doucement, et il a été hospitalisé pour une, un blocage urinaire. Donc sur adénome de prostate, et euh.. et du coup ça a duré un p'tit moment parce que dès qu'ils enlevaient la sonde ils arrivaient pas, il arrivait pas à uriner et ça a permis en effet de diminuer euh... ces morphiniques.

M : Mmh mmh.

P01 : Euh... voilà. Donc ça c'est un des derniers ou vraiment, ouais j'étais vraiment embêtée et l'hospitalisation a permis euh... de, de sevrer et de faire comprendre au patient que c'était pas bon quoi, ces morphines à ce dosage là. Donc je pense à lui. Euh... J'pense à une dame aussi qui avait pareil, que j'ai récupéré il y a juste un an, qui est sous grosses doses de Valium.

M : Mmh mmh.

P01 : Euh là par contre elle a été hospitalisée en psychiatrie et du coup ils ont réévalué son traitement et puis elle prenait aussi des doses par le médecin traitant qui étaient euh.. incroyables donc... Et si vous voulez quand l'ordonnance comme ça elle a été allégée, ben, derrière, c'est plus plus facile de dire « Non, je re-prescris pas » quoi.

Voilà, je sais pas si c'est dans ce sens là que vous vouliez des informations ?

M : C'est, en partie, après est-ce que ça vous est déjà arrivé dans le cadre de réévaluations thérapeutiques, qui soient pas forcément dans le cadre du sevrage, est-ce qu'il y a eu d'autre moments ou justement vous avez eu un bénéfice ou été en difficulté par rapport à un patient ?

P01 : Alors moi, ce que, des moments où je suis embêtée, et je pense à un patient par exemple qui a été... qui est diabétique. Et euh... il a fait euh.. un infarctus au mois de... non excusez-moi. Il a commencé par euh de l'artérite des membres inférieurs avec un, euh, avec une lésion et du coup il a eu une amputation de l'avant pied, il est rentré avec son traitement norm... habituel, d'insuline et voilà, et, euh... et donc quinze jours après il a fait un infarctus.

M : Mmh mmh.

P01 : Par contre, pas de soucis rénal, rien du tout, et ils ont complètement arrêté tous les traitements antidiabétiques oraux, ils ont laissé juste la, la... L'insuline, et ils l'ont passé sous Victoza.

Et là ça a été catastrophique. Parce qu'il avait des dextros à 4g tous les matins, premièrement le Victoza il fallait le temps que ça se mette en place, et ouais, donc là on réévalue et on remet, et on remet euh.. voilà parce qu'il n'y avait pas de raison pour moi d'avoir tout arrêté au niveau des ADO, donc euh.. donc voilà . J'ai réévalué en effet et j'ai remis, de la Metformine par exemple, voilà. Donc euh... Et on a stabilisé les choses

comme ça. Voilà.

M : Et donc, du coup, comme on en avait discuté, vous n'avez jamais été confrontée à ce document-là, à une conciliation ? A une sortie d'hospitalisation avec une conciliation ou quelque chose qui s'y apparentait ?

P01 : Non. Je n'ai vraiment que des courriers détaillés expliquant pourquoi ils arrêtent et pourquoi ils introduisent ça, mais après euh... Mais j'ai jamais, je sais, voilà. Je sais même pas que le pharmacien par exemple va intervenir, ouais, intervenait sur la (*incompréhensible*) de l'ordonnance.

M : D'accord, ok. Et justement, en ayant ce concept en tête, dans l'idéal pour vous, euh, comment ça devrait se passer ?

P01 : Eh bien j'aimerais bien qu'il y ait aussi un discours entre nous, une interaction, parce que si on en est arrivé des moments à certaines thérapeutiques, il y a peut-être aussi tout un historique qu'ils ont peut-être pas, ou, voilà. Euh... Par exemple des intolérance aussi hein, euh... J'ai déjà eu le cas pour des diabétiques qui ne sont pas sous Metformine parce qu'ils le tolèrent pas, et euh, ils ressortent de l'hôpital avec de la Metformine et puis 8 jours après ben ça va toujours pas donc euh... Donc voilà, donc... Mais, il n'y pas de discussion en fait.

M : Ouais.

P01 : Donc voilà, euh... ben pour joindre le milieu hospitalier, un médecin, c'est super compliqué.

M : Mmh mmh.

P01 : Rien que déjà pour avoir des nouvelles pour un patient hospitalisé ce n'est pas toujours facile, euh... Donc ouais pour discuter de l'ordonnance ben... ouais, moi j'aimerais bien, j'aimerais bien qu'il y ait un discours possible, une interaction possible, sur au moins l'ordonnance de base. Après, pas sur l'ordonnance de sortie, mais pourquoi on est arrivé à cette ordonnance là quoi.

M : Et comment vous souhaiteriez être communiquée ?...

P01 : : Peu importe, par mail parce que c'est peut être plus simple par mail, après par mail on peut dire aussi telle heure on s'appelle, voilà ! Parce que moi j'aime bien l'interaction aussi, directe. Soit par mail, soit par téléphone, voilà.

M : Ca vous arrive régulièrement d'être contactée par rapport à ça ?

P01 : Alors j'ai, je vais avoir par exemple les urgences qui vont m'appeler, euh, mais plus parce qu'ils ne sont pas au courant de la thérapeutique actuelle, et voilà je communique la thérapeutique, mais ou bien pour un échange, pourquoi il a tel médicament, heu... c'est très rare. Ou bien si par exemple on va me poser la question « pourquoi il y a un Kardégic qui a été mis en place, euh, alors qu'il n'a pas d'antécédent particulier ».... voilà, du moins d'antécédent donné par le patient, donc voilà. Mais c'est quand même très très rare.

M : Ouais

P01 : C'est très rare.

M : Et à la sortie justement, est-ce que, comment, dans l'idéal vous imagineriez ça ?

P01 : Après, heu... Moi ce que, l'idéal ouais, le courrier, ce qu'on disait tout à l'heure, déjà avoir la bonne thérapeutique, ou lors d'une consultation, alors ouais de spé... Le pire c'est le CHR de Lille, je vous le dis, où on n'a pas... J'ai encore eu le cas, alors là c'est une consultation de spé, euh, alors je sais plus... c'était une maladie immunitaire, alors je ne sais plus laquelle c'était... (*réfléchit*) et bref il avait dit le nom du médicament au patient, il a pas fait l'ordonnance « et pis d'façon ça sera noté dans le courrier ». Et puis on est deux mois après j'ai toujours pas le courrier.

M : Mmh mmh.

P01 : D'accord ? Donc la patiente, en attendant, euh, n'a pas de traitement quoi. Donc euh voilà. Donc dans l'idéal c'est, ouais, pourquoi pas ce document de conciliation, OK, mais c'est au moins d'avoir le courrier déjà, explicatif, la thérapeutique et pourquoi il y a le changement, et puis toujours cette communication en effet, possible euh... Parce que aussi on réfléchit pourquoi on est arrivé à cette thérapeutique à la fin, et c'est pas toujours, enfin dans un courrier c'est pas toujours facile à expliquer donc euh... cette communication !

M : Et pour le patient, en lui même, est-ce que... Qu'est ce qu'il peut recevoir, comment l'information lui est donnée ? La relation que vous allez avoir par rapport à lui ? Est-ce que vous avez des idées justement par rapport à ça, des souhaits par rapport à ce que le patient va recevoir à ce moment là ?

P01 : Je n'ai pas compris la question.

M : A la sortie d'hospitalisation, quand il y a un changement de traitement...

P01 : Ouais ?

M : Le rapport au patient que vous allez avoir, et lui ce qu'il va recevoir, est-ce que vous vous dites « ce serait mieux que ça se passe comme ça » ou des moments justement où ça s'est bien passé, le patient a bien compris....

P01 : Ben voilà, après il y a toute sorte de patient, il va y avoir le patient qui va être suiveur, qui va euh suivre ce qu'on lui dit, euh... D'autres en effet où ça se passait très bien avant, et puis il y a une hospitalisation qui a, il n'y a pas de rapport avec ce qu'il s'est passé pendant l'hospitalisation et puis il y a quand même changement de thérapeutique à la fin, donc euh ben du coup euh, ben ils sont pas toujours au courant.

Par exemple il sait qu'il a eu 15 ou 16 de tension pendant l'hospitalisation mais il sait pas qu'on a changé son traitement à la fin, euh... bon. Après tout dépend en effet, il y a des choses qui sont explicables, et d'autres où... même moi je ne comprend pas toujours. Donc dans ce cas là pour faire adhérer le patient c'est moins facile mais... Souvent je leur dit ben on va suivre l'ordonnance puis on se laisse le temps, on se revoit dans 15 jours si il faut, là on refait le point, et voilà.

M : Ca vous est déjà arrivé justement d'avoir cette, ce décalage là entre...

P01 : Ben ouais, alors voilà, on parlait du diabète mais sur l'hypertension aussi, ou à l'inverse on diminue les médicaments et puis euh, ben ouais il est hospitalisé donc il est pas bien à ce moment donc il a une hypotension ou une tension plus basse que

d'habitude, donc le traitement est réévalué à la baisse, et puis euh... On sait que de toute façon on reverra le patient parce qu'on le connaît, et que 8 jours après sa tension elle va remonter, et c'est ce qu'il se passe, voilà. Et ça en effet, moi je préviens le patient en disant le traitement pour l'instant il est allégé parce que vous étiez pas bien la tension est plus basse, mais c'est vrai que ce n'est pas toujours compris que 8 jours après, 15 jours après ou un mois après, la tension il faut reprendre le traitement d'avant, ou reprendre un traitement plus fort ouais.

M : Et qu'en ressentez-vous, enfin comment...

P01 : *(Prend une grande inspiration)* Moi je... ben... s'il était pas bien pendant l'hospitalisation c'est compréhensible qu'on ait baissé le traitement à ce moment là, euh... Voilà. Après, je pense par exemple aux AVK aussi. Le nombre de fois où on a le courrier, où c'est noté « patient pas du tout équilibré, surdosage en AVK » Ben non, le patient était équilibré jusqu'au jour de l'hospitalisation et il était, il avait fait une défaillance quelconque, et bien l'AVK... l'INR a monté, voilà. Mais ce n'était pas, il n'y a pas... Je le prends pour moi là ! *(rire)* Je le prends mal en disant « non il y a une surveillance et l'INR était bien équilibré » et c'est la défaillance qui a fait déséquilibrer l'INR. On sait qu'un INR en 24h il peut bouger en effet. Donc, euh... là ouais je le prends... moi je le prends moins bien mais après si on a un problème autre, voilà, on est médecins tous et je fais confiance à ce qui a été fait, euh... au moment de l'hospitalisation. Mais ça me permet... voilà je réévalue derrière.

M : Et ça vous est déjà arrivé d'avoir des difficultés à la réévaluation justement, avec le patient, l'entourage ?

P01 : Il peut y avoir de l'incompréhension sur le coup mais quand on explique les choses, euh, voilà. Je pense au patient diabétique qui a fait son infarctus, en effet la famille comprenait pas qu'on avait arrêté tous les médicaments mais euh... en leur réexpliquant j'essaie toujours d'aplanir un peu les choses en disant, voilà, eux ça a été un moment T, à ce moment-là il n'y avait pas besoin, et puis là on remet... Voilà.

M : Mmh mmh.

P01 : C'est ni la faute du médecin de l'hôpital, ni ma faute, voilà c'est tout, à ce moment là il n'y a pas besoin, maintenant... Après il y en a besoin quoi. Donc voilà.

(Silence)

Tans qu'on explique, moi je pense que... Pour tout le monde ! Moi j'ai besoin d'explications du médecin hospitalier ou du pharmacien, parce si il y a un contact avec le pharmacien pourquoi pas, euh... Et moi de mon côté, euh.. Parce qu'après en effet à l'hôpital... Moi j'ai le retour du patient.

Parce qu'après entre ce qui est dit et ce qui est fait... Euh... Le patient me dit souvent je prends ce qui...voilà, c'est... Il est dans le contexte d'hospitalisation d'anxiété, tout ça, donc il imprime pas toujours ce qu'on lui dit, et du coup ben c'est aussi rassurer derrière. Quand il a eu changement de thérapeutique, ben euh c'est rassurer parce qu'ils non pas été rassuré, pas spécialement par un médecin qu'ils ne connaissent, pas, voilà dans le contexte d'anxiété, je vous dis, de l'hôpital.

M : Euh... Est-ce que vous avez d'autres remarques, d'autres expériences sur le sujet, d'autres axes par rapport à cette réévaluation du traitement qui peut être faite en milieu hospitalier, et comment vous le recevez ?

P01 : Non, je... voilà on a parlé des plus gros cas. C'est le diabéto, c'est le cardio, le psy, euh... la douleur, voilà, ça aussi, on a parlé des morphiniques, de l'antalgie en général...

Quand vous avez un patient qui vient tous les 8 jours parce qu'il a mal, mal au dos, ben on est un peu dans l'escalade thérapeutique, et quand il se retrouve hospitalisé et qu'il y a une réévaluation du traitement de la douleur c'est un bon point mais c'est toujours dans le bon côté des choses parce que là il y a un déclic qui se fait par rapport au patient et, euh... Et voilà. Je vais avoir aussi bien je vous le dis des ordonnances où je comprends, et ça m'a permis en effet de soulager les choses et de me soulager moi, sur ma prescription... *(Rire)*

M : *(Rire) ouais...*

P01 : Et puis des ordonnances qui vont revenir où je, je comprends moins bien ou je sais d'avance que ça ne va pas aller et que... Et que il y aura une modification de toute façon dans les semaines à venir, et voilà. Mais après... après c'est toujours pareil quoi, l'hospitalisation ça dure 8 jours environ, enfin la moyenne c'est ça, et que moi je suis au long cours donc c'est un peu normal que sur 8 jours il ya des propositions de changement ça voilà, mais que c'est pas toujours adapté sur la longueur quoi.

M : C'est deux versants, il y a deux versants de la prise en charge qui...

P01 : Mmh, mmh.

M : Et vous, ça vous est déjà arrivé justement de chercher la communication, après ou pendant une hospitalisation ?

P01 : Bien sur, ouais, sur des thérapeutiques où je comprends pas... alors ce n'est pas du quotidien hein, mais euh... Ouais ouais, bien sûr ! Ben premièrement je vous dis la chasse aux infos quand on a pas l'information de sortie, justement, sur le traitement. Ou euh, ouais, une thérapeutique que je comprends pas, alors euh... Est-ce que j'ai un exemple... *(réfléchi)*

Alors j'ai plus des exemples sur des consultations de spé en fait, que vraiment des hospitalisation... Je pense aux consultations de la douleur ou des choses comme ça, euh voilà. Des moments, des essais de traitements assez lourd, des neuroleptiques ou des choses comme ça où voilà, nous en ville on essaie de pas trop partir là dessus et je trouve que les médecins de la douleur et anesthésistes ils vont vite partir là dessus, euh... Voilà.

Mais après c'est pas le sujet, c'est de la consultation de spé. Donc là, euh, je n'ai pas de chose qui vienne en tête euh par rapport à ça.

M : Bon, voilà. Si vous avez d'autres, remarques ou expérience sur le sujet en particulier ?

P01 : *(Réfléchi)* Non.

Entretien n°2

M : Je précise juste sur l'enregistrement que je te tutoie car c'est comme ça qu'on a l'habitude de se parler, que on se connaît...

P02 : Ouais...

M : Comme l'enregistrement va être retranscrit mot à mot, pour que ce soit justifié.

Donc en premier lieu, est ce que tu as une expérience, quelque chose, récente ou non à me partager, à propos de ce thème-là ?

(L'informateur demande à ce moment un rappel du thème et de la définition de la conciliation médicamenteuse, que l'investigateur fournit succinctement)

M : (...) Là c'est un processus formalisé, avec un document à part.

P02 : Moi je trouve ça intéressant, au moins on voit les changements, après on voit pourquoi on a fait les changements, euh... après bon nous ça fait des années qu'on... enfin moi en tout cas, je regarde tout le temps un peu les traitements puis je me dis ce qui est importe pour le patient

M : Ouais ?

P02 : ça c'est... Forcément. Alors c'est pas toujours bien perçu par les patients !

M : Ouais...

P02 : Ils disent « Ouais mais à l'hôpital ils m'ont donné ça ? ». Oui mais c'est tel « sartan », vous vous avez tel autre « sartan »... Tu vois des fois ça peut être un, la même molécule quoi. La même molécule mais si c'est un nom différent, ça arrivait dans le temps mais maintenant beaucoup moins. Mais moi je trouve ça intéressant effectivement le parcours suivi par les deux... puis réadapter le traitement. Nous on a notre idée du patient, vous vous avez la vôtre aussi.

M : Mmh mmh.

P02 : Donc ça, ça intéresse bien aussi.

M : Et tu as une idée en tête justement, des petits cas concrets récents ?

P02 : Ben hier j'ai eu une dame, un patiente qui est sortie hier, j'ai du modifier des petites choses hein. Elle avait un sartan, euh, tu vois. Elle avait un sartan qu'elle avait déjà chez elle, ça avait été changé à l'hôpital, donc je lui ai remis celui de la boîte qu'elle avait chez elle, qui était disponible chez elle. Comme ça, ben elle n'est pas allée à la pharmacie.

M : Mmh mmh.

P02 : Donc tu vois. Alors bon, deux sartans, ils sont tous équivalents, moi je vois pas de différence entre les différentes molécules.

M : Ouais.

P02 : Mise à part l'olmesartan qu'on donne plus (*Rire*) Donc ça oui il y a ça, après d'autres traitements euh... Des associations avec le tramadol chez la personne âgée

systématiquement je le supprime, parce qu'on trouve ça, euh, un peu dangereux.

M : Mmh mmh.

P02 : Et puis quand c'est, ben, l'hôpital qui le dit, les gens ont encore plus confiance.

M : Ouais ?

P02 : Donc ils en prennent encore plus facilement.

M : Et il y a des fois où... Justement avec la patiente d'hier, ça se... Dans ce cas là ça se passe b...

P02 : Oh ça se passe très bien, oui oui. Ben on lui explique pourquoi donc euh... Puis elle était contente de ne pas devoir aller à la pharmacie, puis surtout qu'elle ne pouvait pas bouger, et devait envoyer quelqu'un à la pharmacie, du coup elle était tranquille.

M : Tu as eu d'autres moments ou justement ça ne s'est pas bien passé ?

P02 : Les modifications de traitement ?

M : Ouais

P02 : Ah non jamais, euh... Quand t'expliques au gens, les gens ils comprennent totalement pourquoi hein.

M : Oui ?

P02 : Ouais, t'expliques pourquoi, tu donnes les équivalences, t'argumentes... Non, tu le dis aux gens, tu changes sans leur dire ils ne vont pas être contents.

M : Ouais.

P02 : Ils vont dire « ben tiens le médecin il s'est trompé, c'est pas le même ». Mais si j'ai, t'expliques pourquoi tu changes le traitement, déjà tu dis que tu changes le traitement et puis tu dis pourquoi, là il n'y a pas de soucis, hein. Les gens sont... ils ont assez confiance. Et puis du moment que tu argumentes ça va.

M : Mmh.

P02 : Faut juste argumenter.

M:Et euh... Tu me disais tout à l'heure, tu me demandais un petit peu ce que c'était la conciliation, euh tu n'as jamais eu de patient qui est sorti de l'hôpital avec un document, quelque chose de spécifique d'une conciliation, tu n'as jamais eu le cas ?

P02 : Alors récemment j'ai eu une patiente qui est sortie avec une grande feuille avec tous les médicaments à prendre, un grand tableau, un tableau bien chargé quoi.

M : Oui ?

P02 : Avec tout ce que, les différentes prises de médicaments, la façon de les prendre, tout ça quoi.

M : Oui ?

P02 : Bon c'était... c'était un peu lourd quoi.

M : C'était un peu lourd ?

P02 : J'ai trouvé que c'était un peu lourd.

M : Ouais ?

P02 : D'ailleurs on a refait sa fiche de traitement comme on fait d'habitude.

M : Toi tu as déjà un modèle ?

P02 : Ah moi j'ai mes modèles... j'en faisais beaucoup avant. Maintenant, j'ai beaucoup de patient, quand on a des soucis, on a les modèles de traitements avec mes lignes et mes tableaux, et puis mes médicaments avec mes chiffres pour les prises... Et puis ça passe bien.

M : Et là ça rentrait en conflit ?

P02 : Non non, il n'y avait pas de conflit mais c'était moins clair.

M : D'accord.

P02 : D'ailleurs elle a voulu changer, elle dit « oh »... Ben je l'ai revue, je l'ai revue aussi hier, ou bien mardi... je l'ai vue mardi. Elle m'a dit euh, je lui ai dit « tiens vous êtes revenue à l'ancien tableau ? ». Elle m'a dit « oui, ben l'autre était beaucoup trop compliqué. »

M : Ouais ?

P02 : Donc elle a préféré revenir à un tableau que sa fille lui avait faite avec bien les noms des médicaments...

M : D'accord ?

P02 : Les prises, le truc à l'ancienne quoi.

M : Donc c'est sa fille qui lui avait fait ou c'était toi ?

P02 : Non c'est elle qui fait le tableau, moi je vérifie un peu.

M : D'accord ?

P02 : Je lui avait fait le tableau de départ, sa fille avait recopié.

M : Ouais ?

P02 : Et puis là elle avait repris le tableau à sa façon, sans faute hein.

M : Toi derrière tu as un regard dessus mais elle avait déjà quelque chose avant.

P02 : Oui déjà quelque chose avant, moi les patients en ville, on fait tout à fait attention. Et puis ben c'est important aussi pour nous qu'il y ait un tableau et un résumé, parce que quand t'arrives chez les gens en visite, t'as pas de support, t'as rien. Puis les gens ils ont leur boîte de médicaments avec leur... Leur petite boîte à chaussure avec toutes les boîtes dedans (*Sourire*) Hein, puis il te dit « ben je prends ça, je prends mon cachet rouge, puis mon cachet jaune, et puis la boîte allongée ».

M : Ouais.

P02 : Et puis après tu te débrouilles. Et donc euh, de temps en temps les boîtes sont finies. Quand le traitement est fini, il n'y a plus les boîtes. Alors des fois il reste des comprimés, si tu connais un peu les comprimés tu les reconnais. Mais... Quand c'est des génériques ça change un peu de forme. Donc là donc vaut mieux avoir des tableaux. On note un peu sur, euh sur, avec notre logiciel maintenant on a un logiciel qui est ambulatoire.

M : Mmh mmh.

P02 : J'arrive à me connecter en... Quand j'ai des soucis je me connecte directement dessus puis j'arrive à chercher le traitement. Mais je fais une feuille papier, un petit dessin, un petit tableau avec leur médicament, puis euh... parce que je fais ça depuis tout le temps quoi.

M : Mmh mmh. (Silence) Et en dehors de cette patiente hier, tu as eu d'autre expérience comme ça qui semblent avoir été de la conciliation, d'avoir un gros plan de prise comme ça ?

P02 : Ben là je vois dans les courriers en ce moment, depuis récemment j'ai remarqué qu'il y avait le changements, les modifications de traitement étaient notées, et pourquoi, c'était noté... J'ai remarqué ça. Mais c'est pas vieux hein.

M : Et comment tu trouves ça alors ?

P02 : Ben je trouve ça super bien. On se rend compte qu'il y a des gens en ville qui vont regarder derrière quoi. Ça c'est intéressant.

M : C'est intéressant pour ? Ta pratique, qu'est-ce que ça change dans ta pratique ?

P02 : Oui non mais comme ça, ça permet de savoir très vite ce qui a été changé au lieu de reprendre l'ordonnance d'avant, euh, les médicaments d'avant, ça permet de ne pas tout changer à l'ordonnance, de pas modifier l'ordonnance complète, pas recommencer tout. Parce qu'après on va renouveler le traitement, les gens ils ont des fois leur traitement en double... Automatiquement pour trois mois alors qu'il leur reste encore trois mois... C'est pas la peine quoi.

M : Ouais. Du coup globalement ça semble plutôt te faciliter la tâche...

P02 : Oh oui... De toute façon travailler en équipe, en partenariat... ça facilite la tâche de tout le monde.

M : Et justement est-ce que ça se fait en partenariat, quand ça t'arrive ? Est-ce que ça se fait avec une communication ?

P02 : Moi j'ai la communication par le courrier de sortie hein. La lettre de sortie, c'est tout ce que j'ai en communication hein.

M : Mmh. C'est la seule...

P02 : Ouais. Bon de temps en temps j'ai un médecin qui m'appelle. (Sourire)

M : Oui. Ça m'arrive... (Rire)

P02 : De temps en temps ça arrive... Bon quand c'est toi qui m'appelle, je ne suis pas

étonné, mais du coup j'ai des gens du CHR qui m'appellent... C'est rarissime.

M : Rarissime ?

P02 : Oui... Il y en a quelques uns qui m'appellent comme ça pour me demander, des anesthésistes, des... Oui ils se rendent compte qu'on existe hein, et qu'on a des informations à leur donner et c'est super intéressant.

M : Ça se passe toujours bien dans ces cas là ?

P02 : Ah toujours. Toujours ouais... Ouais toujours.

M : Est-ce que tu penses que ça devrait plus souvent se passer comme ça ? Est-ce que ça te plairait d'avoir plus de contact, ou une autre forme de contact ?

P02 : Non mais le contact oui, moi je trouve ça tout le temps bien hein... Quand on envoie un courrier, un patient... Quand on envoie un patient à l'hôpital un peu en urgences... Hier j'ai envoyé quelqu'un qui était agité qui a un Parkinson, qui fait une démence, un accès d'agitation sur un Parkinson...

M : Mmh mmh.

P02 : Je me suis dis, là je l'envoie en hospitalisation ils vont me téléphoner. Alors j'ai pas eu de coup de fil. J'étais un peu déçu quoi. J'ai dis... On pourra peut-être m'appeler pour demander un peu de renseignement... Bon ils ont fait tout le bilan hein, ils ont cherché une épine irritative ils n'ont pas trouvé, donc il n'y a pas... Scan normal, l'ECBU tout ça, tout était bon. Donc hier il est revenu avec un petit mot, ils ont changé le traitement mais j'ai que... que l'écrit.

M : Mmh mmh. Ça manque d'avoir...

P02 : Ouais, un petit coup de fil, même, dans des cas un peu délicats comme ça... ç'aurait été bien de le savoir. Même, la famille était proche du patient, ben puis c'était quelqu'un qu'était pas très vieux... On se rend compte que de temps en temps on aimerait bien avoir au moins une info quoi.

M : Surtout sur les cas complexes ?

P02 : Les cas complexes pour expliquer un peu... Bon pas pour un trauma il a rien... ça me dérange pas quoi. Mais un truc comme ça au moins pour donner mon avis et dire pourquoi je l'envoie quoi. Expliquer, donner un peu d'élément qu'on a pas dans le courrier...

M : Et... c'est intéressant si c'est complexe, et si c'est pas complexe est-ce que justement c'est intéressant qu'il y ait une communication...

P02 : Si ce n'est pas complexe ? Oh si c'est bien aussi ! Là j'ai, de temps en temps j'ai un radiologue qui m'appelle qui me dit « Voilà j'ai fait l'écho, j'ai rien trouvé d'anormal, on ne pousse pas les examens pour l'instant ». Hein, il me dit qu'il ne faut pas d'examen complémentaire, je n'en demande pas plus ! Il me le signale c'est bien. Bon il se décharge un petit peu... Mais c'est bien qu'il me le dise, c'est bien aussi même dans les cas non complexes. Même quand il ne se passe rien pour dire que c'est normal et de revenir vers lui si nécessaire, quoi. Tu vois c'est bien aussi. Il y a des gens... ce n'est pas qu'un truc anonyme.

M : C'est l'échange le plus important.

P02 : Oui, il y a des gens, on bosse depuis vingt ans avec eux, on ne les a jamais eu au téléphone. Bon.

M : Et justement cet échange, le moyen de faire cet échange, le moyen de communication est-ce que t'as une préférence ?

P02 : Ben quand c'est bref un coup de fil c'est bon, on est toujours joignables hein. Bon j'ai mon standard, il me transfère sur le portable, ça va super vite hein. Si c'est un truc plus complexe avec des éléments, il y a le mail. Bon il y a le dossier partagé aussi hein ! Il parle du... DMP... A l'hôpital on s'en sert pas non ?

M : Non.

P02 : Non. Mais vous avez un dossier en ligne qui est prévu non, il n'y a pas un truc comme ça ?

M : Ça va venir... Après ça dépend des hôpitaux, mais à Somain ça va arriver.

P02 : Oui parce que je sais qu'ils veulent essayer de faire un peu un genre de DMP mais à terme en intranet.

M : Mmh mmh.

P02 : Après je trouve que ça fait double emploi avec le DMP parce que le DMP il... là, parce que là il y a une plate forme qui va arriver au niveau du DMP, donc il y aura une plate-forme qui sera interfacée avec les pharmaciens et les médecins, on pourra échanger... Tout ça ce sera un peu intriqué. Je ne sais pas comment ça va fonctionner exactement, de toute façon faudra affiner le truc.

Bon si c'est comme le DMP ça va mettre trente ans quoi... *(Rire)*

M : Et tu penses que ça pourrait apporter une réponse dans ce contexte ?

P02 : Ouais, on peut donner des infos, mais bon c'est des trucs lourds là, il faut mettre des dossiers des courriers, des compte-rendus d'examen, balancer des scanners dedans comme ça quand on veut les consulter on peut les voir.

M : Mmh mmh. (Silence) OK. (Silence).

Hormis ça , sur la communication, sur la façon dont devrait-être organisée la conciliation ou tout du moins la révision du traitement, dans l'idéal comment ça se devrait se passer pour toi, à l'hôpital ?

P02 : Ben à l'hôpital c'est le médecin qui... enfin l'équipe médicale qui reçoit le patient qui fait le point. Puis après qui donne son avis, de toute façon ils ont plus d'éléments pour juger. Parce que nous on a que la clinique puis la biologie mais qu'on a tout le temps à retardement, la radio qu'on a toujours plus à retardement... Je vois, une IRM en ville c'est trois mois de délai hein... Donc l'équipe qui reçoit le patient peut avoir les éléments assez vite pour juger de la situation puis adapter le traitement. Après on peut faire le point secondairement. Dans la phase aiguë, on peut réadapter tout le traitement assez vite.

M : Tu parles de ces éléments, qu'est ce que tu penses que le médecin doit avoir comme élément avant de prendre ses décisions.

P02 : Ben déjà le bilan biologique, l'état clinique du patient, euh... la biologie, les ECG si il y a un problème cardiaque refaire un bilan cardio, refaire une écho rapidement, voir s'il n'y a pas d'autre élément à côté. Après ça permet aussi d'arrêter certains traitements puis de surveiller l'arrêt du traitement. Nous on en ville on peut pas savoir arrêter un traitement puis... après les gens ils sont chez eux hein ! Mettre en route certains traitements et les surveiller après quoi. Tu veux mettre... un agité tu lui mets un... truc pour le det... pour le calmer bien comme il faut s'il encaisse pas euh... T'es pas là pour surveiller hein !

M : T'as déjà eu des cas comme ça en ville, à avoir des difficultés à adapter des traitements qui auraient pu être mieux adaptés à l'hôpital ?

P02 : Ah moi j'hospitalise quand c'est comme ça. Je prends pas le risque, non non non. J'explique aux gens que mettre le traitement que je veux mettre ce serait trop puissant, ou pas adapté ou pas... quand tu as des grosses doses de diurétiques à donner, ou quand il y a des gros oedèmes, ce n'est pas la peine de mettre des grosses doses de diurétiques quand tu n'es pas à côté hein ! Tu peux pas avoir un iono... enfin le iono tu peux l'avoir le lendemain, mais surveillance tension, une personne âgée qui est plein d'oedème et qui a onze de tension euh... si t'es pas à l'hôpital t'hésites hein. On va pas balancer trop de diurétiques tout de suite.

Tu vois qu'il y a certains traitements qu'il faut surveiller, enfin modifier qu'à l'hôpital. Faire des sevrages de certains médicaments aussi.

M : Pour les sevrages c'est déjà arrivé que...

P02 : Non je... ça c'est, si, une fois j'ai eu une patiente qui... ça c'est vieux ça, une patiente qui prenait de la codéine en douce. Six à huit Dafalgan Codéiné par jour tout le temps, tout le temps, tout le temps. Mais elle voyait plusieurs médecins. Mais un jour elle a été hospitalisée donc on lui a arrêté sa codéine. Parce que ce n'était pas noté dans le traitement. Elle a fait un syndrome de manque, elle a failli y rester hein... Depuis ce temps là je me méfie tout le temps de ces trucs-là.

M : Mmh. On va vu que ça se passait globalement bien, est-ce que tu as déjà été en difficulté par rapport à un retour de patient, par rapport à une révision thérapeutique, ou par rapport au documenté de sortie ?

P02 : Ben document c'est les lettres de sorties principalement... Là je te dis je modifie assez facilement les traitements. Quand c'est pas adapté ou des médicaments qui ne servent pas... Les gens qui sortent tous sous vitamine systématiquement, sous B1 B6... sous vitamine B1 B6 qui vont rien changer de toute façon, qui ne sont pas remboursées en ville euh... ça tu vois je les enlève.

M : Mmh mmh.

P02 : Il plein de choses, des petites choses comme ça, bon, c'est des médicaments inutiles, quoi. Mains maintenant je pense qu'à l'hôpital on en met de moins en moins. Mais il y avait des services, euh, ils sortaient tous, pareil, sous B1 B6 tout le monde, allez, vas-y ! Tu vas en alcoologie tu sors sous vitamines. Ça n'a aucun intérêt hein ! C'est ça l'idée, ils recommencent... Même s'ils recommencent pas mais de toute façon ils, tu vas pas calmer la carence comme ça... Tu les refais manger normalement ils vont traiter leur carence. Bon sauf si c'est la B12 ou la vitamine D.

Vitamine D, je suis un peu sceptique sur la vitamine D. Les gens à l'hôpital ils balancent beaucoup de vitamine D sans contrôle. Toi tu fais une calcémie avant de donner un

ampoule ?

M : Nous on dose, ça fait partie du bilan.

P02 : Ouais, il faut. Puis donner des ampoules, toutes les semaines il faut donner une ampoule, je vais pas faire une calcémie avant chaque ampoule. L'hypercalcémie ça peut être dangereux, ça peut causer des convulsions...

M : Tu as déjà eu des patients qui avaient eu des effets indésirables sur des traitements qui avaient été révisés à l'hôpital ?

P02 : Euh... traitement de sortie, j'ai un patient qui m'a fait une thrombo... une agranulocytose sous Eliquis. Il était sorti sous Eliquis post-op, en chir, et puis ses plaquettes tombaient, ses blancs étaient pas très hauts, ses rouges étaient de plus en plus bas. Ca n'inquiétait pas le chirurgien, je dis « non, non, non », j'ai continué à lui doser et puis après je l'ai arrêté quoi. Et il me faisait une agranulocytose sous Eliquis.

M : Tu disais tout à l'heure, les patients, même quand ils reviennent avec un plan de prise ou un courrier qui explique très bien le traitement, systématiquement tu vas tout réévaluer, tout reprendre...

P02 : Ah ouais, toujours. Oui puis je regarde la modification thérapeutique, je regarde un peu ce qui a été changé, bon. Et puis après c'est bien, c'est bien fait euh... Mais... Et maintenant avec cette façon de montrer qu'est ce qui a été remis en place, arrêté, modifié, c'est encore plus facile.

M: C'est quelque chose qui aide pour la pratique ?

P02 : Ouais. Mais faut tout le temps regarder le traitement de sortie, toujours, ça c'est systématique.

(Silence)

M : Est-ce que sur le bilan, la révision de l'ordonnance, sur les bilan médicamenteux qui sont fait en hôpital, est-ce que tu as d'autres expériences, d'autres avis à partager sur la question ?

P02 : Non, après ce qui est... il y a une nette amélioration des traitements de sortie parce qu'on se rend compte que les, l'hôpital ils ont un petit peu notion des médicaments de ville. Avant il y avait un fossé. Ils mettaient toujours les mêmes traitements. Longtemps les hôpitaux ont traité, on sortait... l'ordonnance avec le nom de médicament, pas le nom de molécule. Maintenant c'est passé en DCI comme partout. Bon ça c'est bien. Et puis les traitements adaptés aussi hein, euh... Les traitements adaptés à la ville. Et puis pas essayer de changer forcément le traitement qu'avait déjà le patient, pas remettre un traitement auquel on a plus l'habitude, se rapprocher plus du traitement.

M : Mmh mmh. Tu avais déjà eu des soucis par rapport à la DCI / nom commercial ?

P02 : Ah non, nous on (Incompréhensible) donc on prend l'habitude.

M : Du coup, pour le patient, par rapport à ce document là ou le courrier plus détaillé, est-ce que tu penses que ça peut avoir un intérêt pour lui, par rapport à sa prise du médicament ?

P02 : Ah oui je pense, oui, qu'il comprend mieux. Surtout quand on lui explique en même

temps on lui dit « tiens, on vous a arrêté tel médicament » c'est bien, comme ça prendra celui-là à la place. Ben hier, j'ai vu quelqu'un qui sortait de neuro, un patient parkinsonien d'ailleurs, qu'a été mis sous Leponex, on avait arrêté... on avait switché l'Exelon, on avait changé le traitement, et c'est bien expliqué. Tout était vraiment bien carré. Donc j'expliquais à la famille, qui avait lu aussi, qui avait bien compris. Bon au moins c'est clair comme ça. Et en même temps ça acte un petit peu le changement. Parce que de temps il y a des traitements qui changent, de temps en temps, et on ne sait plus depuis quand. On dit « tiens, vous prenez tel médicament, depuis quand ça, depuis quand ça a été changé ? ». Tu sais des fois on me ressort des vieilles ordonnances hein. Tu vas chez les gens t'as l'ordonnance de deux ans avant, ils te la ressortent et il dit « ben non ce n'est pas mon traitement ! » parce que la dernière fois je prenais ça. Et donc là tu te rends compte... tu demandes c'était quand le changement et là ils savent plus. Tu recherches dans tes ordonnances, dans le PC, et là quand il y a un évènement hospitalier comme ça avec un... quand c'est bien noté le changement...ben oui « c'est tel jour que j'étais à l'hôpital et on m'a changé le traitement. ».

M: ça aide à faire un étape dans...

P02 : Ouais c'est des étapes, voir un peu dans l'évolution du patient c'est intéressant.

M : Mmh mmh.

Et dans ce que pourrait t'apporter cette révision du traitement, avec ou sans plan de prise, tu aurais d'autres choses que tu souhaiterais qu'elles soit faites, à l'hôpital ?

P02 : Non, après ce serait peut-être plus travailler en partenariat, mais ça ça devient un peu... Bon ça ça dépend des services hein. Des services ils veulent travailler tous seuls hein...

M : Ouais...

P02 : Mais enfin bon, ce n'est pas l'avenir hein. L'avenir c'est de travailler en équipe. Ca c'est sûr. Toute le monde s'en rend compte maintenant.

M : Tu le sens de plus en plus, que ça change !

P02 : Ah oui oui, il y a plus d'échange. Ouais, non, il y a des rapprochements, et puis c'est dans l'air du temps. C'est dans l'air du temps aussi ça.

M : Et justement tu vois que ça t'apporte quoi toute cette communication, ces rapports en plus avec l'hôpital, à la fois pour toi, à la fois pour le patient ?

P02 : Ben déjà le patient il est assez content que l'on discute, que le médecin ,soit d'accord avec l'hôpital, déjà ça le rassure quelque part, quand ça le conforte un petit peu dans son traitement, ça le rassure. Et puis nous aussi ça nous rassure un peu dans le suivi hein, parce que nous on bosse tout seul hein. Quand on peut avoir un échange c'est toujours intéressant. Avoir un avis un peu externe, extérieur c'est... c'est bien. Ça conforte un peu nos, notre vision des choses et notre façon de faire aussi hein.

M : Mmh mmh. Est-ce que tu as d'autres expériences ou souhaits sur le sujets ?

P02 : ... Mmh... le travail en équipe c'est... c'est primordial. Là je vois avec la MSP, on est en MSP maintenant donc on bosse là, entre médecins, pharmaciens, infirmiers, kinés, on a une ostéo, on a une orthophoniste, et on est vraiment, on bosse vraiment en équipe. Ce qui fait que on sait ce que fait l'autre, on sait les problèmes de l'autre. Par exemple pour

les prescriptions infirmiers, on sait ce qu'il faut noter, pas noter. Quand tu oublies de noter dimanche et fêtes comprises alors qu'elle passe tous les jours, après ils sont embêtés... Quand la pharmacie elle est obligée de courir après le médecin, qu'elle doit rappeler le médecin... En cas de soucis par exemple pour le traitement des AVK, en cas de soucis t'es pas là euh... Bon si l'infirmier a l'info il t'appelle, ou...c'est vachement plus facile hein.

M: Tu penses que ce processus là en dehors de l'hôpital il peut s'intégrer en ville là-dedans, avec cette méthode de fonctionnement ? Que c'est quelque chose qui pourrait être délocalisé ?

P02 : Oui c'est un partenaire supplémentaire l'hôpital.

M : Mais est-ce que tu préférerais que l'analyse des médicaments soit réalisée en milieu hospitalier, ou est-ce que ça pourrait être tou aussi bénéfique qu'il soit fait en ville avec un temps particulier, entre le pharmacien habituel du patient, du médecin, qu'ils se penchent tous les deux sur l'ordonnance comme on le fait à l'hôpital ?

P02 : Ouais ça pourquoi pas, après c'est un peu chronophage hein. Parce que faut pas que ça prenne trop de temps, ça on en a de moins en moins. Ca c'est une catastrophe hein. Ca c'est fou, on n'a plus de temps du tout.

M : C'est pour ça que pour toi tu trouves mieux si c'est fait en hospitalier du coup.

P02 : Oui c'est ça, après nous... l'idéal c'est que le médecin il fait ça quand il reçoit le patient. Il revoit la lettre de sortie il revoit le patient. Il refait l'ordonnance. Et après le patient ira chez son pharmacien qui va revoir un peu l'ordonnance. Parce que le pharmacien révise aussi les ordonnances. Quand tu as un nouveau traitement, régulièrement t'as le pharmacien qui appelle et qui dit « ouais avant il prenait tel truc ça a été changé, c'est normal ? ».

M : Oui, ça arrive...

P02 : Oui quand il y a un changement il m'appelle. Ca je trouve que c'est des bons réflexes. En général les gens le disent aussi. Ils sortent de l'hôpital, il y a un nouveau traitement. Mais des fois ils le disent pas. Ca arrive qu'ils n'aient pas l'information, ou que le pharmacien n'ait pas l'information. Donc la il appelle.

M : Comme ils le disaient alors (*NDLI : lors d'une réunion ou l'investigateur et l'informateur avaient assisté*) , le courrier, de sortie ou le plan de prise est-ce qu'il ne vaudrait pas mieux qu'il soit envoyé...

P02 : (*Complétant la phrase*) Au pharmacien du patient. De toute façon on va y venir, de toute façon il y aura une réunion dans pas longtemps pour ça je pense. C'est informer le médecin, informer le pharmacien, informer l'infirmière. Si il y a des soins infirmiers, envoyer un petit mot à l'infirmière, voilà il y aura tel pansement à faire. Après il faut être sûr d'avoir la bonne infirmière, d'avoir le bon pharmacien, les gens ils peuvent changer en cours de route. En général ils ont leur médecins, leurs infirmières et leur pharmacien... et ça bouge pas. Mais c'est vrai que les informer c'est bien. Ca c'est l'idéal quoi.

M: Par mail, ou... vous avez une messagerie particulière dans la MSP ?

P02 : Oui, par messagerie mais ça peut se faire par mail sécurisé hein. Maintenant si on a tous nos boîtes mails sécurisées euh... Avec des éléments, il peut y avoir des dossiers avec les ordonnances et des dossiers dans cette banque de données ou on peut dire, attention le patient sort de l'hôpital avec tel traitement, tout ça dans le dossier. Pour pas

que ça prenne trop de temps non plus, ce n'est pas la peine de faire des courriers de vingt pages pour dire voilà le patient sort de l'hôpital. On a un courrier qui serait accessible... Puis ça évite de dispatcher et d'avoir des courriers un peu partout aussi. Puis de numériser les courriers, c'est bien aussi ça. Ca évite de les scanner (*Rire*)

Et puis le numérique c'est bien hein. Chez moi tout est numérisé, depuis que je suis installé j'ai tout numérisé. Donc puis après ben... il y a quelques années c'était arrivé à 30 000. Donc maintenant on est à plus de 40 000 courriers. Avec les dossiers papiers c'est impossible.

Entretien n°3

Entretien n°3

M : Alors, en première intention j'aime toujours partir d'une expérience, est-ce que vous avez là, récemment, une expérience en tête justement, par rapport à ce sujet que vous avez vécue ?

P 03 : Euh... Alors, que je... Euh ben oui régulièrement j'ai des patients hospitalisés, là en ce moment en plus j'en ai eu quelques uns, avec réévaluation des traitements en particulier... J'ai aussi des internes des fois qui m'appellent des hôpitaux pour me demander pourquoi tel ou tel traitement a été instauré et tout ça, donc euh... Oui globalement c'est plutôt... Des fois ça permet de remettre des choses en question aussi ! Parce qu'il y a des traitements, c'est vrais, qu'on a tendance à renouveler un peu automatique, et qui finalement après on ne sait même plus pourquoi on les avait mis et... Alors après moi je ne suis pas encore là depuis des années, des années, alors il y a des gens qui ont des traitements depuis vant moi et c'est vrai que des fois, on remet pas toujours en question tous les traitements... Euh voilà...

Et récemment est-ce que j'ai eu des expériences... Oui euh... (réfléchit). Ah oui alors il y a des trucs... Oui, non ça va, rien de très... Enfin rien qui m'a choqué dans un sens ou dans l'autre, enfin je veux dire que globalement ça se passe plutôt bien en général. Je comprends en général pourquoi les choses sont faites.

M : C'est quelque chose que vous appréciez d'avoir comme ça une réévaluation du traitement, comme vous dites de pouvoir remettre en question...

P 03 : Ah ben oui, je trouve que c'est même... On prend pas assez le temps de le faire, ça fait partie des choses qu'il faudrait améliorer. C'est pour ça que dans notre maison médicale, là on est labellisé depuis l'année dernière, et pour l'année à venir on a un des projets de soins qui est la iatrogénie, qu'on fait en partenariat avec la pharmacienne, les infirmières et puis ma collègue médecin généraliste. Et donc maintenant on va essayer de revoir régulièrement les patients polymédiqués et puis essayer de passer en revue les ordonnances pour voir si tout est toujours justifié. Moi j'ai aussi des externes, là il est parti parce qu'il était de garde ce soir mais du coup comme il se pose des questions, il pose des questions, ça permet aussi de se remettre en question. Mais c'est vrai que sinon on a tendance à... Il y a souvent et sûrement toujours des traitements qui mériteraient d'être améliorés, éliminés et réévalués, en tout cas ça c'est sûr.

M : Mmh. Quand un traitement est réévalué, quand vous avez contact avec l'hôpital, vous avez parlé du côté un peu... utile de la réévaluation, est-ce que c'est déjà arrivé qu'au contraire ça ait un effet plutôt néfaste ?

P 03 : Justement c'est à ça que... J'essayais de me remémorer un truc de... quelque chose récemment... Il y avait eu une histoire comme ça, ils avaient essayé de supprimer un traitement à l'hôpital et puis j'ai quand même remis derrière parce que ça s'était pas bien passé. Je ne sais plus de quoi il s'agissait. J'essaie de me souvenir... (réfléchit). Je dirais, ça arrive en tout cas, c'est plutôt quand... ce qui est des traitements euh, je dirais dit « de confort », là on les supprime et on se rend compte qu'au final les gens, ils aimeraient bien le reprendre. Ça peut être des veinotoniques, des trucs un peu comme ça. Ou des fois, par exemple, c'est vrai qu'on renouvelle des fois des anxiolytiques, et l'hôpital ils essaient de baisser la voilure.

A l'hôpital les gens ils sont entourés, les infirmières machin tout ça, c'est plus facile. Et

puis ils rentrent à la maison, des fois on remet un petit peu derrière quand même. Alors on essaie de ne pas reprendre forcément les doses qu'ils avaient avant. Mais des fois on est obligés de reprendre un peu parce que les gens ils ont tendance à replonger un petit peu, du point de vue anxiété des choses comme ça quoi. Mais bon globalement, en général, moi j'ai tendance à penser que ça part plutôt d'une bonne intention.

Après ce qui peut arriver aussi c'est que dans certains services de spécialité, euh ils enlèvent ou alors ils précisent pas sur l'ordonnance les traitements qui regardent d'autres spécialités. Sur le courrier de sortie par exemple, genre « traitement de sortie » et il met que les traitements de cardio parce que c'est un service de cardio. Du coup retour à la maison, mes gens ils arrêtent tout, et après on leur dit « ah ben non ça c'est parce qu'ils n'y ont pas pensé, ils ne l'ont pas remis dans le courrier, mais il fallait le continuer. » Par exemple un traitement de, d'asthme ou je ne sais quoi... Alors que c'était un cardio. Enfin des fois il faut se méfier parce que ça peut avoir aussi des interactions...

M : ça manque de prise en charge globale.

P 03 : Oui c'est ça. Des fois on sent que les gens sont très centrés sur leur spécialité, voire des fois trop.. Ou ça veut dire que des fois... On sent que ils voient vraiment que leur spécialité, et les effets alors d'accord que sur leur organe, pas sur les effets généraux et des fois on a plus de bénéfice à garder un effet indésirable d'un côté pour... Enfin une balance qui n'est pas évidente.

Après moi c'est vrai que plus on peut essayer de réduire la volure, surtout chez les patients âgés , chez qui il y a quand même des gros problèmes de iatrogénie, c'est toujours valable.

M : Chez les patient âgés vous avez souvent des...

P 03 : Ben on a beaucoup de patients âgés polymédiqués, puis qui réclament aussi, parce que... « Vous auriez pas un truc pour ci, un truc pour ça, machin... ». Et puis à la fin ça s'accumule et ils viennent avec leur liste, il faut tout leur remettre et puis... Et puis des fois ça fait du bien qu'on leur dise « ben non, ça, ça sert à rien, ça, ça sert à rien ». Moi j'essaie quand même, voilà, justement, du fait des étudiants et tout, de limiter ce genre de traitements, non seulement inutiles mais parfois potentiellement dangereux. Mais euh... c'est vrai que ce n'est pas toujours évident. Les gens qui sont attachés à leur boîte... Et rassurés par le fait d'en avoir un stock dans l'armoire au cas où.

M : Ou opposants à leur arrêt ?

P 03 : Ah ouais, ben alors surtout si c'est pour dormir ! Des fois on peut oublier des traitements pour le coeur, pour le diabète et tout, mais alors si on oublie celui pour dormir, ils le remarquent tout de suite.

M : C'est le plus important !

P 03 : Enfin ça j'essaie déjà de presque pas beaucoup en instaurer, ou presque pas et puis de diminuer et inciter à diminuer... Pas toujours facile.

(Silence)

M : Est-ce que vous avez déjà été... pas confronté mais est-ce que vous avez déjà eu un document d'une conciliation médicamenteuse, est-ce que vous en avez déjà entendu parler avant que j'en parle ?

P 03 : Ben, euh... avec autant de formalisme pas tellement en fait. Alors quand je reçois les courriers de l'hôpital euh... par exemple, nous on travaille beaucoup avec l'hôpital de Seclin ici. En gériatrie et... principalement en gériatrie ils font « réévaluation »... Enfin il y a une partie dans le courrier « réévaluation des traitements à domicile », et il y a carrément un tableau avec traitements maintenus, traitements arrêtés avec une case pourquoi, traitements instaurés avec une case pourquoi. Et du coup traitements de sortie : tac, tac, tac. Et donc j'imagine que ça a dû être effectué en conciliation pluri-professionnelle, et tant mieux. Mais c'est vrai que je ne suis pas persuadé qu'ils mettent dans les courriers, que ce soit, ben voilà, que c'est fait comme ça.

M : En tout cas ça s'y apparente à un plan de prise. C'est déjà arrivé qu'un de vos patients sorte vraiment avec un document à part que le courrier de sortie ?

P 03 : Ben si, quand même, euh... Souvent il sort, à l'hôpital de Seclin ils ont quand même... Ils sortent avec euh, une feuille traitements en plus du courrier de sortie, qui est plutôt à destination des infirmiers et tout ça, avec les horaires de prise, la posologie, le mode d'administration et tout ça. Et d'ailleurs, je me demande, enfin c'est en double en général et ça sert d'ordonnance traitement, suivant les choses pour une semaine, un mois, à renouveler...

M : Et ça les patients, ils le reçoivent comment ?

P 03 : Ben ça va. Alors après des fois ils arrivent ils disent « oh il m'a tout changé, je comprends plus rien à mon traitement ». Donc on passe un petit peu de temps à expliquer à quoi ça sert, quel est le traitement, machin, mais globalement... Moi de toute façon en général je leur dis « Écoutez, si ils l'ont fait c'est qu'ils pensent que c'est mieux pour vous, on va voir, on va essayer, mais a priori vous allez mieux qu'en rentrant à l'hôpital donc c'est que ça doit être bénéfique. » Et puis ils acceptent.

Moi je ne suis pas du genre à me révolter contre l'hôpital sauf exception, des fois quand je trouve qu'il y a des trucs aberrants, ou alors par exemple quand ils essayent un truc qui avait déjà été mal toléré auparavant. Bon en général je ne pense pas qu'ils fassent sortir les gens juste après avoir essayé un truc. Souvent ils ont un peu de recul sur le médicament, parce qu'ils ont vu, ils ont suivi le patient deux, trois jours derrière donc, en général, ça se passe bien.

Donc oui, moi je... J'ai plutôt confiance et je pense justement que des fois pour les personnes, je dirais, avec des antécédents lourds, polymédiqués et tout, à part maintenant, avec la MSP et tout on prend le temps de le faire, mais sinon on fait pas forcément, euh, le travail. Et puis tout seul c'est toujours moins efficace et moins productif qu'à plusieurs, parce qu'on a que notre avis et donc, moi je pense que c'est tout à fait bénéfique qu'il y ait un regard pluri-professionnel, extérieur, qui donne son avis sur la question. Et en plus avec une expertise gériatrique, expertise de, des interactions, des effets indésirables et tout ça quoi.

M : Vous avez régulièrement des contacts avec l'hôpital à propos des thérapeutiques ? Que ce soit en entrée, en sortie ?

P 03 : Alors, euh, contact ça peut arriver. Après moi ça m'arrive de les rappeler quand il y a un nouveau traitement et que je pense qu'il n'est pas si bien supporté que ça, ou alors que par exemple ben on est chez un insuffisant cardiaque et il se trouve que sa fonction cardiaque se dégrade, et...

Alors là par exemple, ces derniers temps j'ai eu contact, parce que je suis très embêté

avec quelqu'un qui est à la fois insuffisant cardiaque et insuffisant rénal. Donc on marche sur une corde entre l'insuffisance cardiaque et l'insuffisance rénale. Quand on majore les diurétiques ou quand on les diminue, c'est vraiment toujours un petit peu l'équilibre fragile. Don là on est en contact assez rapproché avec l'hôpital, d'ailleurs la pauvre patiente fait des allers-retours réguliers entre les deux parce que, elle a toujours 4 à 5 000 de BNP et 25 de créat', et de clairance aussi d'ailleurs (rires). Donc voilà, on est un peu sur... Et donc là on discute souvent pour savoir qu'est ce qu'on va faire. Et ça arrive, euh, ouais...

Après aussi avec les soins palliatifs, moi je suis pas expert en soins palliatifs, quand j'ai un patient en soins palliatifs au domicile, je me sers souvent de leur avis et de leur expérience, parce que je ne maîtrise pas toujours ces traitements là et tout ça quoi... C'est toujours une aide.

M : Et... dans l'idéal, pour vous, cette révision du traitement à l'hôpital, comment ça devrait se passer ? Qu'est-ce qui pourrait changer par rapport à ce qui se fait maintenant, comme par exemple à Seclin ?

P 03 : Ben... non, je pense que ça se fait globalement pas trop mal. Qu'est-ce qu'on pourrait dire... Moi je pense que, voilà, ça mérite quand même toujours qu'ils prennent toujours un peu de temps de surveillance derrière le changement de traitement, pour ne pas nous les renvoyer avec un nouveau truc, parce que... ça peut arriver aussi parce qu'ils ont besoin de place, parce que ci, parce que ça. Et des fois on a quand même des surprises et pour nous c'est encore plus difficile à gérer en ville les effets indésirables, en plus si c'est parce qu'ils ont changé quelque chose, on est toujours un peu.. on se dit, ben si ils l'ont fait c'est qu'il y a une raison. En tout cas, moi j'estime ne pas avoir la science infuse, à chaque fois je suis encore plus frileux de modifier quelque chose quand c'est l'hôpital qui l'a instauré. Donc voilà quoi. Après s'ils prennent bien le temps de le faire et tout... Non moi je pense que des fois, et ils le font d'ailleurs, ils nous appellent : « pourquoi il y a ci, pourquoi il y a ça ? » et je pense que ça devrait être, si ce n'est systématique, au moins régulier parce que l'échange est intéressant.

M : Par téléphone ?...

P 03 : Ouais, voilà, alors est-ce qu'il faut nous appeler en plein milieu de la réunion, ça je n'en sais rien, mais en tout cas je pense que c'est valable d'avoir notre avis, parce que nous on connaît les gens, on sait comment ils vivent, on sait des fois pourquoi il a eu tel truc. Il est fort probable que les gens, eux, ils s'en souviennent pas toujours et donc... Et puis des fois il y a des traitements qui paraissent non justifié, et si on creuse on retrouve pourquoi ils étaient là, pourquoi ils étaient justifiés...

M : ça peut enrichir le résultat final ?

P 03 : Je pense. Je pense que voilà, la concertation c'est toujours... ça enrichit les choses et puis, pour nous, recevoir un coup de fil de l'hôpital, ça ne prend pas des heures et ça peut permettre d'améliorer les choses. Je pense que par contre si vous proposez l'idée que les médecins généralistes assistent à la réunion à l'hosto, on va vous dire non, parce qu'on a vraiment pas le temps. Par contre, qu'on soit consultés, avec plaisir je pense.

M : Dans le processus même de conciliation ?

P 03 : Ben après, si il y a un doute quoi ! Voilà, plutôt que de dire « oh, voilà encore un truc qui a été rajouté n'importe comment ! ». ça vaut le coup de se dire « tiens, pourquoi il l'a mis, c'est peut-être pas complètement con ! ». Et voilà quoi.

M : OK...

P 03 : Et « pourquoi il l'a enlevé, alors qu'on l'avait mis à l'hospitalisation précédente ». Des fois, plutôt que de dire « quel imbécile celui-là ! » (Rires).

M : ça vous arrive de vous sentir en colère sur des modifications de traitements, comme ça ?

P 03 : Boah, alors, euh... ça m'arrive quand c'est euh... Mais c'est rarement avec l'hôpital. C'est plutôt que j'ai déjà eu des échanges un peu... avec des confrères spécialistes, qui me jugeaient sur d'autres spécialités, sur par exemple, un cardio qui me jugeait sur l'adaptation d'un traitement antidiabétique alors que, a priori, je dis pas qu'il y connaît rien mais en tout cas il n'avait pas assez bien étudié le dossier parce que... Il a fait un truc, en plus il a dit que je faisais n'importe quoi, il a adressé la patiente en urgence chez une diabéto. Puis la diabéto a dit « ben non, il a fait ce qu'il fallait ». Et puis c'est tout quoi. Merci bonsoir. Mais entre deux je suis passé pour un con devant le patient, en fin voilà, quoi, et ça, ça m'énerve. L'hosto, ça va, je n'ai pas trop de remontées de ce genre là quoi. Mais voilà quoi. Je pense que des fois, des fois avant de dire qu'il y a une bêtise qui a été faite, ça vaut le coup d'essayer de comprendre pourquoi elle a été faite. Je ne dis pas qu'on en fait pas...

M : Ça vous arrive justement d'avoir des... de vous rendre compte avec un appel, comme ça : « Mince, c'était une bêtise ce traitement. » ?

P 03 : Oui, ça peut arriver... Il y a un temps j'ai eu un patient qui faisait... Alors c'était quoi... C'était une insuffisance cardiaque aussi, un patient un peu instable et tout. Et j'avais déjà eu le cas avec un autre patient, enfin je croyais, qui avait été mis, parce que du coup il avait une hypokaliémie chronique sans doute aussi due au fait qu'il prenne des diurétiques à blinde. Du coup j'ai, devant une nouvelle majoration plus hypokaliémie alors qu'on est déjà à 6 Diffu-K par jour, j'ai mis de l'Aldactone, et a priori c'était une connerie, et ça a potentiellement précipité le fait qu'il fasse une nouvelle décompensation cardiaque. Je m'en suis vivement excusé après, mais je ne savais pas quoi... Je ne vois même pas toujours pas bien pourquoi mais, soit. Je ne sais pas si vous avez une réponse intéressante (Rire).

Il ne me l'ont pas dit... Le cardiologue ne m'a pas accablé vis à vis du patient mais il a mis dans son compte-rendu « Décompensation probablement précipitée par l'introduction de l'Aldactone 25 »... En plus j'ai pas été trop bourrin ! Donc bon, ok... Je m'excuse. Donc oui, ça arrive, faut savoir se remettre en question. C'est jamais agréable de savoir qu'on a fait une bêtise mais, c'est bien, on la refera plus.

M : Est-ce que vous avez une autre expérience, une autre remarque ?

P 03 : Non non mais en tout cas je pense que ça devrait se généraliser, c'est intéressant. Et puis je pense comme toujours que le partenariat est important, et si on peut avoir un retour... Moi je pense que justement cette façon de, alors ça prend de la place, ça prend du temps et tout ça dans les courriers, mais je trouve que cette démarche du service de gériatrie de l'hôpital de Seclin de justifier à chaque fois pourquoi tel traitement a été arrêté, pourquoi tel traitement a été introduit, je trouve ça vachement intelligent, plutôt que de dire : « le traitement d'entrée était celui-là, le traitement de sortie était celui-là, et débrouillez-vous pour comprendre pourquoi ! ». Parce que nous, déjà enfin moi, déjà j'aime bien comprendre ce que je prescris, et puis en plus ça peut éviter de faire des erreurs et puis de comprendre mieux le patient et sa prise en charge quoi. Voilà.

Entretien n°4

M : La première question est large : est-ce que en tête vous avez une expérience récente sur le sujet à partager, quelque chose qui vous a marqué à propos de ce thème là ?

P04 : En hospitalisation ? ... euh... Le... le plus récent c'est de ce matin. C'est un de mes patients que j'ai fait hospitaliser, un peu rapidement pour un déséquilibre de son diabète. Il a une hémoglobine qui est à 14 donc... oui. Dans un contexte un peu social difficile mais, en l'hospitalisation pour justement revoir un petit peu tous les points. C'est vrai qu'à la sortie il y a toujours une confusion du patient qui ne comprend pas toujours les modifications apportées, euh.. par l'hôpital et puis surtout des différences entre les thérapeutiques qui ont été données à l'hôpital et les thérapeutiques à domicile. En l'occurrence chez lui, chez ce patient de ce matin, il avait une insulinothérapie à l'hôpital différente de celle de sortie d'hospitalisation, donc il comprenait pas, il disait « ben moi j'ai été hospitalisé, j'ai eu tant d'insuline j'ai eu tant de traitement, là je sors à la maison, j'ai pas le même traitement, comment ça se fait ? » .

Donc voilà, en gros, c'est peut-être effectivement la communication au patient sur le traitement de sortie qui sera peut-être pas le même que ce lui qu'il y a à domicile, et en l'occurrence là c'est le deux insulines hein, simplement. Donc il avait un schéma basal-bolus à l'hôpital et ils ont adapté pour le domicile avec une seule injection de rapide avec une seule injection de lente aussi. Après l'hôpital il avait ces trois injections de lente. C'était un peu particulier comme schéma mais c'est parce qu'il faisait des hypos ce monsieur. En cours de journée il faisait des hypos donc il aurait pas du faire de rapide toute la journée mais le matin il faisait des hypers... Mais voilà, enfin voilà (*rire*), c'est l'exemple type, et fallait que je réexplique tout ce matin en consultation (*rire, lève les yeux au plafond*). Et puis voilà, contexte social un peu difficile aussi. Donc oui ça prend beaucoup de temps... Ma dernière expérience ! Voilà, de ce matin.

M : L'incompréhension, donc...

P04 : Ben c'est ça, en fait c'est vraiment le patient qui était un peu perturbé du changement de traitement entre ce qu'il avait à l'hôpital et ce qu'il a à domicile depuis la sortie. Il dit « Je comprends pas, je suis hospitalisé j'ai tant d'insuline, je sors, j'ai tant. Et je comprends pas pourquoi j'ai qu'une seule injection et pas les trois que j'avais à l'hôpital. »

M : Forcément vous derrière, la consultation... après l'hospitalisation c'est... ?

P04 : C'est l'explication, c'est comprendre aussi pourquoi parce que je n'ai pas l'information dans les courriers. Donc c'est en voyant après les glycémie durant l'hospitalisation qui étaient vraiment basses au midi et le soir, j'en déduis qu'il n'y a qu'une seule injection. Parce que dans le courrier il était bien stipulé qu'il n'y avait qu'une seule injection de rapide le matin, plus la Toujéo hein, qui est la lente. Mais Apidra une seule le matin.

M : Mmh mmh.

P04 : Cette fois le matin. Donc voilà il y a la ré-explication de tout ce qu'il s'est passé à l'hôpital en sachant que, moi en même temps quand je les hospitalise c'est pour qu'ils les ré-éduquent, qu'ils prennent vraiment le temps de ré-éduquer aussi bien en faisant de la diététique, que sur le schéma thérapeutique pour ce monsieur voilà, des fois il est un peu perdu même si j'ai mis une infirmière à domicile depuis peu parce qu'il se met en danger et tout... En fin voilà on les met à l'hôpital pour qu'ils soient à 100 % focal sur leur

traitement, surtout avec la rééducation thérapeutique qui suit derrière... Ils ont beaucoup plus de temps que nous ! (*Rire*) Et là en l'occurrence j'étais obligé de revoir... Donc voilà, un peu la petite anecdote mais... J'en veux à personne hein ! C'est juste qu'il y a eu un peu ce qui pro quo de thérapeutique quoi.

M : Et vous donc c'est quelque chose que vous attendez particulièrement de l'hospitalisation ce rôle de rééducation et d'explication à propos du traitement ?

P04 : Ben surtout ouais ! C'est ça, parce que nous on... franchement avec toute notre bonne volonté en médecine générale, on n'a pas beaucoup le temps. Donc oui j'explique, mais c'est un court moment. On a dix minutes un quart d'heure, des fois les patients ils ont des thérapeutiques assez importantes, donc c'est vrai que quand il y a un changement important, on prend le temps, on explique. Mais voilà ça dure un quart d'heure quoi ! Et les patients ils ont d'autres problèmes, dans d'autres... L'importance de l'hospitalisation c'est vraiment de les focaliser, en l'occurrence pour leur diabète, pendant cinq jours, quatre jours ils sont focalisés sur leur thérapeutique, ils font un bilan complet, ils voient que ça toute la journée... Voilà, les rééduquer et puis les, les... Comment dire... Qu'ils soient vraiment à même de gérer leur thérapeutique, et quasi seuls quoi ! Et là... (*Grimace, rires*) ce monsieur il était un peu perdu !

Oui ce que j'attends de l'hospitalisation c'est vraiment ça.

M : Qu'il puisse se réapproprier le traitement.

P04 : Exactement. Tout à fait. Donc voilà un peu la dernière expérience...

M : Et euh... Quand c'est fait, cette rééducation, cette éducation à propos des traitements, quand c'est fait vous y voyez un réel bénéfice sur la consultation, et sur le patient ?...

P04 : Ah oui oui oui oui ! Parce que ça leur fait une grosse piqûre de rappel et d'autant plus, en l'occurrence pour le diabète, il y a tout un bilan général qui est fait. Il y a souvent le cardio, l'ophtalmo qui les voient, il y a le néphro... Donc voilà, il y a aussi parfois une réévaluation thérapeutique par rapport à l'hypertension, parfois même on découvre des, des micro, macro angiopathies, donc adaptation thérapeutique. Donc oui ! Euh...C'est ce qu'on attend de toute façon d'une hospitalisation, c'est vraiment une prise en charge globale du patient ! En sachant que parfois les patients on lutte pour aller leur faire faire des examens... En ville quoi ! Ne serait-ce que pour avoir une consultation de cardio, d'ophtalmo, dès que les délais sont un peu allongés, enfin c'est dans neuf mois... Voilà quoi. Donc là l'avantage de l'hospitalisation aussi c'est d'avoir le cardio, l'ophtalmo, le néphro... Pour qu'il puisse avoir un check-up complet quoi.

M : D'accord. Donc le principe de conciliation médicamenteuse en lui même c'est un processus formalisé à l'hôpital pour veiller à l'entrée et à la sortie, aux points de transition, aux traitements, d'agir dessus et d'expliquer les changements. Il y a souvent un document, à part, formalisé. Est-ce que vous avez déjà été confronté à une conciliation, vous connaissez le principe ?

P04 : Euh... Non.

M : Et au sein d'un courrier, un courrier qui intégrait des modifications de traitements ?

P04 : Si, si ! Qui intègre une modification de traitement si, si bien sûr ! Et heureusement d'ailleurs. Parce que voilà parfois effectivement il y a des modifications qui sont expliquées, légitimes... Voilà. Parfois il y a des modifications qui sont faites un peu à

marche forcée euh... Et le patient ne comprend pas et nous on se retrouve face à un patient qui nous dit « Pourquoi on a arrêté mon traitement, moi je ne dors plus depuis qu'on a arrêté mon traitement ». Qu'est ce que je fais ? Là aussi on est face au patient on doit tenir un discours qui est plus ou moins pas trop loin celui de l'hôpital (*rire gêné*), mais en même temps on est face aussi à la réalité. Si le patient arrête sa benzo euh brutalement à l'hôpital, et qu'il ne dort plus, ben voilà. Nous on doit faire face à ça. Parfois si il n'y a pas d'explication ! Parfois on arrête la benzo, on dit « voilà on arrête la benzo, ça c'est de la m**** . »

Après... il y a certains médecins de l'hôpital, je peux les comprendre hein ! Mais il y a un moment, le patient ça fait peut-être quinze ans qu'il prend une benzo pour dormir, il est hospitalisé pour je ne sais quoi, on lui arrête son traitement, sa benzo parce que c'est pas bien de prendre des benzos au long cours, ça tout le monde le sait je pense... et il sort de là, il est complètement déphasé quoi. Le patient, après nous derrière on rame, pour essayer de lui expliquer alors qu'on lui a rien expliqué à l'hôpital ! On a dit non, ça on continue pas, on arrête, on arrête. Le nombre de patient qui me disent « ben non je comprends pas, on me l'a arrêté, j'ai rien compris on m'a rien expliqué... » Voilà. J'en ai à la pelle !

M : Pour le cas des sevrages aux benzodiazépines, pour des patients pour lequel ça a été expliqué, ça a eu un effet ?

P04 : Ben on leur explique hein ! Nous déjà, enfin moi perso en ville je leur explique que les benzos c'est pas bon, c'est pas... voilà c'est pas de la thérapeutique qu'il faut prendre au long cours. Mais des fois il ne dorment jamais sans. Donc voilà on essaie avec des moyens euh... divers et variés de, de modifier, de faire une thérapeutique du sommeil, de faire... voilà. Mais à l'hôpital quand c'est arrêté brutalement, euh ils comprennent pas trop et quand on leur ré-explicquent bien sûr ! Souvent ils sont quand même un petit peu au courant mais... Pour autant ils arrêtent pas quoi. Oui effectivement, s'ils sont accros... il dorment pas sans. C'est un exemple parmi d'autres hein... Voilà.

Euh... Après d'autres traitements, oui souvent il y a effectivement ce que vous me demandiez sur le courrier il y a le pourquoi on modifie le traitement ou pas. Si, si, je le vois. Mais il n'y a jamais eu de document supplémentaire

M : C'était toujours intégré au courrier.

P04 : Souvent oui c'est dans le courrier, c'est expliqué dans le courrier, les modifications thérapeutiques sont expliquées dans le courrier.

M : En imaginant que ça se développe dans les hôpitaux environnants, qu'est-ce que vous attendrez d'un processus de conciliation médicamenteuse, dans votre pratique ?

P04 : Dans ma pratique ? Euh... Déjà que le courrier suive le patient c'est très bien. Et que les modifications thérapeutiques soient expliquées, c'est nickel ça. Surtout que ce soit expliqué au patient. Qu'on doive pas refaire le travail d'explication derrière, surtout que parfois on n'a pas tous les événements. Enfin si, souvent on a les événements, j'exagère. Mais parfois il y a des choses qui n'apparaissent pas forcément clairement sur le courrier. Moi des fois ça m'arrive d'appeler untel pour demande le pourquoi. Donc c'est une perte de temps, pour le patient il est un peu confus... Donc, enfin, voilà.

Mais oui, que le courrier soit effectivement accompagné d'une explication sur les modifications de traitements, ou si c'est dans le courrier, c'est très très bien. Voilà quoi, peut être faire apparaître en gras les modifications de traitements, qu'on ait pas à les

rechercher à chaque fois, pourquoi pas. Après la conclusion, « modification de traitement »... Why not ?

M : Que ce soit expliqué, c'est le plus important ?

P04 : Ce serait plus simple en tout cas d'avoir la modification thérapeutique, pour ne pas passer à côté premièrement, et puis si elle est en amont expliquée au patient c'est encore mieux quoi.

M : Vous parliez d'appeler les médecins de l'hôpital pour comprendre les modifications. Il y en a qui vous appellent ? Médecin ou pharmacien ?

P04 : Euh... concernant ?

M : Concernant le traitement ou les modifications, à l'entrée, à la sortie ?

P04 : J'ai déjà été contacté plusieurs fois. Souvent c'est dans les grands centres, quand il y a des externes ou des internes qui peuvent appeler, rarement par des médecins, parce que euh... ouais ils ont d'autres choses à faire aussi je crois ! En tout cas le CHR m'appelle souvent. Enfin souvent... En tous cas le CHR plus facilement. Les grands hôpitaux m'appellent plus facilement. Surtout pour l'entrée, les thérapeutiques d'entrée, et quasi jamais pour des thérapeutiques de sortie. C'est déjà arrivé de temps en temps hein... C'est déjà arrivé. Je dis pas non, c'est déjà arrivé une ou deux qu'on m'appelle pour me prévenir que le patient sort avec tel traitement, et j'ai trouvé ça super quoi. Du coup ça m'a préparé pour le patient, puis je le voyais à domicile en plus, donc c'était vraiment...

M : C'était un cas particulier ?

P04 : C'était un cas particulier, c'était un cas un peu lourd mais j'ai trouvé ça super bien. C'était la première fois, j'ai trouvé ça super bien.

M : En complément du courrier de sortie c'est quelque chose sur les cas particuliers, un petit peu plus lourds, qui pourrait être bénéfique ?

P04 : Ah oui, carrément.

M : Et sur le tout venant ?

P04 : Ah le tout venant non, on va pas non plus ajouter une charge de travail à nos collègues hospitaliers là dessus, mais c'est vrai que sur les cas lourds... Alors on communique assez facilement hein. Mais c'est vrai que sur les cas lourds, avoir une explication de modification, que ce soit oral ou... ça a un bénéfice certain.

M : Alors ça peut être difficile à caractériser mais qu'est ce qui serait un cas lourd pour vous ?

P04 : Oh, ben on en a beaucoup des cas lourds (*rires*). Ben euh... Un cas lourd, enfin voilà, mon patient de ce matin de 70 ans, diabétique hypertendu polypathologique, effectivement un appel voilà, ça prend trente secondes. « Écoute j'ai fait sortir ton patient, je pense que ça, ça, ça, on lui a expliqué ça, ça, ça et puis voilà ! ». C'est carré, c'est succinct, au moins je le reçois je peux répondre beaucoup plus facilement et avec beaucoup plus de certitudes à certains de ses questionnements.

M : ... sur le changement de traitement.

P04 : Voilà, tout à fait.

M : Et quand ils vous appellent à l'entrée c'est pour connaître les thérapeutiques ?

P04 : Voilà, connaître les thérapeutiques, parfois les antécédents parce des fois ils ont pas tous les antécédents. Ouais, c'est surtout ça.

M: Et l'historique du traitement ?

P04 : Assez rarement, mais oui...

M : Vous avez des contacts de temps en temps avec des pharmaciens de l'hôpital ?

P04 : Euh... non, plus rarement.

M : Concernant le mode de communication, de ce fait vous préférez que l'information soit plutôt sur le courrier, par téléphone pour les cas plus compliqué, pas d'autre mode de communication sur lequel vous...

P04 : Non, après c'est vrai qu'on a de plus en plus de messagerie sécurisée type Apicrypt et tout ça. On reçoit de plus en plus de courrier par MS Santé. Euh... donc à la rigueur, enfin voilà, si c'est écrit sur le courrier et que c'est bien identifié, ça suffit. Après dans des gros cas souvent on n'hésite pas à passer des coups de fils aussi. En tout cas pour ma part des fois j'appelle aussi hein. Mais c'est vrai que si c'est stipulé sur le courrier c'est déjà très très bien.

M : Est-ce que vous avez d'autres cas en tête où la réévaluation a pu apporter un bénéfice ou au contraire un aspect négatif à propos d'un patient, lors de son retour ?

P04 : Euh comme ça... Comme ça non... Euh... peut-être, enfin si, une de mes patientes qui est Alzheimer et qui, très très agitée, à qui j'avais rajouté un peu de Seresta, dans la journée. Et elle avait, il me semble du Seresta 50. Il me semble que j'avais dit de rajouter du Seresta dans la journée si agitation, et à l'hôpital en fait ils ont estimé que c'était un peu trop donc il l'ont arrêté. A l'hôpital ils ont estimé que ça allait plus ou moins mais par contre en revenant à la maison c'était une catastrophe, elle ne dormait plus cette dame.

Donc moi j'étais appelé en pleurs par la fille qui s'en occupait : « Docteur qu'est-ce que je fais, qu'est-ce que je fais, Maman ne dort pas »... Pendant 48 heures ce qui est infernal. Donc du coup voilà j'y suis allé, j'ai remonté un petit peu les doses et ça a été. Mais c'est vrai que ce qui me vient, voilà, ce n'était pas très longtemps, il y a quatre à cinq mois quoi, mais euh... C'est vrai que c'est le truc qui m'avait marqué, à l'hôpital ils avaient modifié le traitement, très bien je n'ai rien à dire là dessus mais la réalité est tout autre. Pour le coup, à domicile ce n'était plus la même chose. Alors est-ce qu'il y avait des trucs plus stressants à domicile je ne sais pas hein, peut être qu'il y avait beaucoup de monde, il y a peut être du bruit, enfin voilà, chez cette personne euh... Alzheimer peut être qu'il y avait plus de stress à domicile qu'à l'hôpital. Donc forcément ça génère beaucoup plus de stress, donc très certainement hein ! Mais en tout cas c'était cette différence...

M : Oui, ce décalage...

P04 : Gros décalage ! Pour le coup...

M : Vous pensez que cette communication, une intervention à propos de cette patiente aurait pu éviter cet effet au retour ?

P04 : Peut-être que si on m'avait appelé pour me dire « ben pourquoi vous avez ajouté... » J'aurais peut-être expliqué en disant que voilà, la dame était très agitée à domicile et que c'est pour ça que j'ai ajouté ce traitement là et que ça lui a permis de l'apaiser, et de bien dormir.

(Silence)

P04 : Peut-être que ça n'aurait pas entraîné de modification à l'hôpital finalement. Si, euh, on trouve que c'est beaucoup et qu'on passe un petit coup de fil et qu'on dit « ben pourquoi.. »... Je peux arguer et voilà. Mais est-ce que c'est possible à chaque fois je pense pas, parce que voilà ils ont peut-être pas que ça à faire aussi les médecins hospitaliers... c'est surtout ça !

M : Après, ça vous a pris aussi de votre temps à vous !

P04 : Pour le coup j'ai fait une visite supplémentaire sur des horaires de consult, que j'aurais pu... Donc oui ! Ça m'a fait une visite supplémentaire.

M : Avec un cas pas forcément facile à prendre en charge.

P04 : Ah non, absolument pas facile. Pour le coup celle-ci elle était vraiment compliquée parce que famille très demandeuse, et très anxieuse et voilà. Rajoutez à ça la maman derrière qui... très très anxieuse, ben voilà.

C'était un peu compliqué d'ailleurs ce cas là. Bon il a fallu une petite semaine pour tout remettre... Là, elle va beaucoup mieux ! Elle dort mieux et voilà. De toute façon ça ne va pas s'améliorer (Rires).

M : Avec la famille aussi c'était compliqué ?

P04 : Pour moi ce n'était pas compliqué parce que je les connais très très bien et que c'est mes patients tous, et puis voilà. Mais ils ne comprenaient pas qu'à l'hôpital on puisse modifier le traitement en ne sachant pas ce qui se passait réellement au domicile. On trouvait que c'était trop, ben c'est trop.

M:Et dans son cas, la famille administrait le traitement ?

P04 : Oui, c'est la famille qui s'en occupait.

M : Eux, de ce fait avaient reçu l'information sur la modification de traitement ?

P04 : Oui, oui, elle avait été reçue par le médecin hospitalier. Oui oui tout a fait.

M : ça lui avait été expliqué...

P04 : ça lui avait été expliqué en disant que ça faisait beaucoup, que voilà, que c'était pas bon, que c'était des benzos, enfin voilà. Chose qu'elle a compris hein ! Elle a pas non plus... elle a appliqué hein d'ailleurs la diminution. Ça a pris 48h avant que je m'en occupe, avant qu'elle m'appelle à la rescousse. Mais voilà quoi. Oui oui, ça a avait été expliqué.

Silence

M : Est-ce que vous avez une autre expérience, un autre sujet, un autre souhait, sur la modification des traitements ?

P04 : Non, comme ça non, après moi ça ne fait que deux ans que je suis installé et que je commence à connaître un petit peu les médecins aux alentours, enfin je parle des spécialistes donc j'ai beaucoup plus de facilités à les appeler directement quand il y a un soucis ou quand j'ai un problème avec un traitement donc... Je suis peut-être... dans 10 ans peut être que j'appellerai directement tout le monde (*Sourire*) ça sera peut-être plus simple !

Non, après ce qu'on a dit tout à l'heure, peut-être avoir un peu plus de, facilement, de visibilité sur les modifications de traitement et pas noyées dans un paragraphe pourquoi pas, voilà. Et que ce soit compréhensible, voilà. Parce qu'on ne soigne pas qu'avec des médicaments, on soigne aussi avec la persuasion que tel ou tel traitement va fonctionner, voilà. Ce que je peux dire.

Entretien n°5

(L'informateur et l'investigateur se tutoient sur proposition de l'informateur préalablement à l'enregistrement)

M : Alors déjà concernant ton mode d'exercice, ici c'est une maison de Santé ?

P05 : Alors ce n'est pas une maison pluri-professionnelle mais on est un peu au format. On est trois confrères, donc généralistes, une infirmière libérale et puis c'est tout, pour le moment.

M : ça fait longtemps que tu es installé ici ?

P05 : Alors ici, dans le bâtiment, à C. (*ville d'exercice*) je suis installé depuis 2009, on a changé de bâtiment, on est arrivé ici il y a 5 ans environ, un peu plus de 5 ans.

M : OK, OK, un peu plus de 5 ans. Et, qu'est ce que j'allais dire... ici c'est plutôt, comme environnement, semi-urbain, urbain ?

P05 : Oui, semi-urbain, alors c'est une commune de 8 000, un petit peu plus de 8 000 habitants, C. c'est 8 000 habitants. Ouais, c'est du semi-urbain.

M : Semi-urbain. OK. Euh... donc la première question est plutôt large, est-ce que, concernant le thème de la conciliation qu'on a évoqué tout à l'heure, tu as une expérience récente, quelque chose qui te vient en tête qui t'est arrivé il n'y a pas longtemps, est-ce que ça fait remonter un souvenir d'une expérience particulière ?

P05 : Vis à vis de la révision thérapeutique, ben euh... J'ai rien de marquant, un peu le quotidien des sorties d'hospitalisation. Alors moi je suis souvent frappé par une chose vis à vis de ce thème là, c'est, ben régulièrement l'absence de révision ! (*Rire*) C'est-à-dire qu'on a une personne qui est hospitalisée pour une décompensation cardiaque, on a un avis cardio ou, voilà... Par ailleurs il y a des troubles endocriniens... Il y a des... Et dans le courrier final on a fait la modif' au regard e l'épisode cardiologique aigu, et puis poursuite de la même thérapeutique, avec régulièrement, bon ça ce n'est pas du tut une critique, ça c'est parce que je pense que c'est difficile d'obtenir des informations, une discordance entre le traitement déclaré de départ...

M : Mmh mmh

P05 : En entrée d'hospitalisation, et le traitement de sortie. Alors ça, ça tient à une chose, enfin, je pense, pour les hospitaliers... Moi j'ai jamais été, j'ai été interne, mais j'ai jamais travaillé dans un service hospitalier sur des années...

M : Mmh mmh

P05 : ... C'est la difficulté de recueillir des informations quand on n'adresse pas les patients. Quand les patients sont amenés par les pompiers euh... Pour reconstituer l'histoire, je pense, eh ben régulièrement on a des internes qui nous téléphonent pour nous dire « ben votre patient il prend quoi, parce que moi j'ai, la famille me ramène une ordonnance d'il y a deux ans...

M : Mmh mmh

P05 : « Qu'est-ce que qu'il prend vraiment ? » Mais je suis sûr, dans le gros de la cohorte des patients qui sont hospitalisés hors le fait de les adresser, je suis sûr que on n'a pas le

dicième des bonnes informations à l'entrée sur le traitement réellement suivi, ça j'en suis certain. Parce qu'on a une fois de temps en temps un appel en disant « ben on comprend rien à votre traitement là, c'est trop ancien c'est pas possible ». Et puis ben on remet à jour avec vraiment ce que le patient prend à l'entrée et là on arrive à commencer vraiment à travailler. Je pense qu'il y a une difficulté vis à vis de ça. C'est à dire l'accès des hospitaliers à l'information, du patient, du traitement suivi réellement par le patient à l'entrée.

M : Ouais ?

P05 : Donc après pour faire la révision, si on navigue entre des ordonnances qui ont 6 mois de délai...

M : Donc l'information de l'historique du traitement...

P05 : La chronologie ! S'il y a eu des évènements aigus qui ont précédé l'hospitalisation, qu'est-ce qu'on a fait au préalable, quel est le point initial d'entrée et évidemment le point de sortie quoi.

M : Donc cette information là, si le patient ne la sait pas...

P05 : Si le patient la sait pas, ou pire s'il n'a plus son libre-arbitre et que l'entourage n'est pas super au courant, ne sait pas exactement... ils ne se débrouillent pas spécialement bien, je suis sûr que l'hospitalier qui accueille le patient il peut mettre plusieurs jours pour avoir une idée claire de ce qui était donné auparavant.

M : Mmh mmh

P05 : Si on n'arrive pas à joindre la famille, ou si il n'y a pas de famille réellement impliquée, ou si on n'arrive pas à me joindre ou... Bref. Je pense que ça doit être un casse-tête pour les hospitaliers, je pense.

Après quand on adresse à un confrère, une consœur hospitalière pour une réévaluation, un diabéto, enfin voilà, le patient il part avec son courrier il est fait du jour, hop, il n'y a pas de doute. Mais hors ce cas là, dans le cas de la semi-urgence... (*Silence*)

M : Et qu'est-ce qui pourrait améliorer ce cas de figure là ?

P05 : Je ne sais pas, et ça c'est vrai, bon, ma vision de sortie d'internat de l'hôpital, à l'époque je n'ai pas de souvenir moi quand j'étais aux urgences, j'ai pas de souvenir qu'on regardait, qu'on avait un accès informatique à la dernière prescription par exemple des confrères de ville. Alors je ne sais peut être que actuellement maintenant c'est facile ? Est-ce que vous avez, euh, un... ?

M : Non, on n'a pas...

P05 : Avec la carte du patient, moi avec la carte de n'importe quel patient, je peux voir au mois ce qui a été délivré, hop, avec un aspect chronologique, même si ce n'est pas moi qui ai prescrit.

M : Nous on ne voit pas, nos pharmaciens sont en train de s'y intéresser, mais c'est les délivrances.

P05 : Oui les délivrances, moi j'ai accès à la délivrance.

M : On n'a pas le détail et forcément, pas l'historique parce qu'il y a aussi de ça dont tu

parlais tout à l'heure, l'historique et la chronologie, et ça c'est sûr qu'on n'a pas sur la délivrance, même... Je pense que seul le prescripteur a sur le dossier médical, celui qui a la main, qui détient ces informations.

P05 : Je pense... Il faudrait pas... Enfin bon là ils parlent du dossier médical, sur la carte, en ligne, là, qui est en train de s'ouvrir, bon, qui est pas encore à l'ordre du jour de notre côté puisque notre logiciel n'est pas encore certifié.

M : Ah OK.

P05 : Mais bon il va falloir se mettre à niveau vis à vis de ça, obligatoirement. Pour le moment c'est pas possible, sur le moment c'est pas disponible. Il faudrait pas grand-chose pour que à chaque fois je fais une ordonnance elle soit injectée systématiquement sur le dossier personnel du patient hein ! Accessible à n'importe quel médecin qui participe aux soins. Ça je pense que vis à vis des hospitaliers moi je me mets souvent à la place, quand j'apprends qu'un de mes patients a été hospitalisé par le biais du SMUR ou... Je me dis mais quelle galère ça doit être ! Récupérer un patient, voilà, polypathologique, peut-être il faut reconstituer un peu l'histoire avec les derniers courriers de spé mais...

M : Et cette galère de récupérer des traitements, pour l'hospitalier, ça se répercute sur la sortie d'hospitalisation ?

P05 : Ben je pense oui, évidemment, euh, oui à mon avis ça doit avoir un impact, parce que parfois, on le voit d'ailleurs. Le courrier de sortie il dit « ben voilà on a accueilli votre patient, il avait tel traitement, tel traitement, tel traitement » et ce n'était pas du tout ça ! Donc évidemment après il y a une réévaluation de la charge thérapeutique au lit du patient mais si dès le point de départ on n'a pas les bonnes infos, à mon avis la conduite à tenir qui est derrière, peut être qu'on a essayé certains traitements préalablement, on aurait pu avoir cette expérience là, et en cours d'hospitalisation ça doit rendre les choses quand même plus compliquées je pense.

Bon je ne sais pas si il peut y avoir une solution toute trouvée, univoque, pour avoir vraiment une traçabilité de ce que les gens prennent au quotidien...

M : Ce serait le pré-requis pour que ce soit bien fait à l'hôpital...

P05 : Ben pour que ce soit déjà plus facile, pour qu'on ait... Parce que moi je suis toujours étonné du faible retour d'hospitaliers qui appellent en disant -ou l'externe ou l'interne quoi – en disant « votre patient on l'accueille mais on ne comprend, rien, il faut nous aider » et c'est assez rare, deux trois fois par mois maxi quoi. Alors que des patients hospitalisés c'est hebdomadaire quoi. Il y a toujours un ou deux patients qui sont à l'hôpital.

M : et ça apporte quelque chose sur ces patients là ?

P05 : Ben, j'ai pas de, j'ai jamais vraiment fait de pointage mais à mon avis, tout ce qui concourt à avoir une idée précise de comment était le patient préalablement, et notamment à propos des thérapeutiques, ça doit évidemment avoir un impact en sortie d'hospitalisation, avec, hein, je pense.

Je pense... Mais... Je pense que ça doit vraiment être une galère d'accueillir un patient en semi-urgence quand on est dans un service de médecine. Bon quand il y a déjà eu un passage hospitalier de plusieurs jours, voire plusieurs semaines, par exemple après un transfert en SSR, là on sait ce qui fonctionne, on sait ce qui a stabilisé le patient, et on peut, bon faire un peu... Mais je pense que pour celui qui accueille en service de

médecine initiale, ou aux portes de l'urgence, ça doit être pénible quoi. Ça doit être pénible à mon avis.

M : D'aller à la chasse aux informations ?

P05 : D'aller à la chasse aux informations ou ça doit être une galère.

M : En contrepartie à la sortie, comment tu le perçois dans la pratique quotidienne l'information que tu reçois ?

P05 : Alors, moi il y a une chose qui m'étonne toujours mais... On a souvent l'impression, enfin j'ai souvent cette impression là, que celui qui rédige l'ordonnance de sortie, n'est pas celui qui rédige le courrier de sortie (*Rire*)... Alors on l'a tous vécu je pense, mais ça pose quand même parfois des problèmes.

M : Ouais ?

P05 : Parfois, il... ça arrive qu'il y ait quand même des discordances. Alors je ne sais pas si le courrier de sortie il euh... il est fait préalablement à la sortie, puis on garde la patient une journée de plus, et dans l'entrefaite... Mais on a souvent cette impression d'avoir une ordonnance de sortie rédigée par quelqu'un d'autre quoi. Je pense que c'est souvent le cas.

M : ça peut causer des incompréhensions, des soucis concrets ?

P05 : Oui, ben oui parce que parfois il y a des classes thérapeutiques qui changent alors que dans le déroulé du courrier on a aucune indication qui nous dit que ben voilà, on a mis tel médicament, on a eu un effet indésirable, ou alors on n'avait pas d'efficacité sur les dextros, on a switché sur une autre famille, une autre classe thérapeutique, euh... Le courrier de sortie indique tel antidiabétique oral et puis on en a une autre sur l'ordonnance de sortie daté du lendemain ! On se dit ben qu'est ce qui a abouti à ça, est-ce que c'est effectif, est-ce que...

M : Quand ça arrive, ce genre de cas de figure, qu'est ce que tu fais ?

P05 : Qu'est ce que je fais, ben je me débrouille. C'est à dire que ben au départ, on en parle souvent, j'ai un plus jeune associé... On est, on va dire, trois générations différents, mon premier associé qui a 67 ans maintenant, moi j'ai 44 et puis Dr P. (*anonymisé*) le dernier arrivé, il a moins de quarante ans. Vous voyez il me dit, quand c'est comme j'appelle et tout, sauf que j'appelle ça veut dire 45 minutes de perdues quoi ! Donc généralement au bout d'un certain temps on est pragmatique, on essaie de faire la part des choses et puis on arbitre, sans faire de retour. Alors je pense que ce n'est pas ce qu'il y a de mieux mais ce n'est pas envisageable de mettre 45 minutes à joindre

P05 : C'est concrètement ce que tu fais...

P05 : C'est pas possible, c'est pas possible. D'autant plus que souvent la personne qui a rempli l'ordonnance de sortie elle n'est pas dispo en direct. C'est à die que moi souvent quand j'ai ça j'ai le courrier de sortie, l'ordonnance de sortie, j'ai le patient aussi il faut que je lui dise qu'est ce qu'il va prendre ce soir ! Je vais pas lui dire attendez, il faut attendre que je joigne l'interne, que l'interne me fasse le retour, et puis je vais devoir téléphoner au pharmacien en catastrophe le soir en disant ben voilà, votre ordonnance de sortie de 8 jours, ne tenez pas compte de ça, ça, ça... Là c'est l'assurance d'avoir ça de boîtes (*mime une grande pile*) à la maison, et que le gens prennent tout en double. Donc quand c'est comme ça il faut arbitrer quand la personne est là... Et il arrive que je refasse

complètement l'ordonnance.

: Ouais ?

P05 : ça, ça peut arriver. Quand je vois vraiment qu'il y a des discordances et que je ne comprend pas la cohérence de ce switch, ou alors il y avait une case thérapeutique qui a été arrêtée alors qu'il n'y a aucune, il y a eu aucun évènement indésirable, en tout cas dans le courriers, ils ne parlent pas d'abaissement des facteurs de risque, ou... et bien c'est tout je le remets en place et ben voilà. Après il est possible que j'aie... que dans le courrier il n'y ait pas toutes les informations hein...

M : Ce que tu disais tout à l'heure, tu n'as pas toujours l'information sur la modification des traitements.

P05 : Il faut faire aussi à ce moment là un choix, et on a un temps chronométré. C'est à dire on ne peut pas temporiser un patient trois jours en disant attendez, on va essayer de savoir ce qu'il faut vraiment prendre en sortie d'hospitalisation, euh il faut... il faut être pragmatique dans ces cas là.

M : Comment tu te sens face au patient à ce moment ? Est-ce qu'il comprend ?...

P05 : Ah ben je lui explique ! Quand je comprend pas je lui dis, ça m'est arrivé encore ce matin, je lui dit « ben écoutez je comprend pas, le confrère qui vous a suivi pendant une semaine... » Souvent je demande aussi si celui qui a rédigé le courrier de sortie c'est celui qui a suivi vraiment le patient hein, au long cours quand c'est vraiment très épars, très émietté ben là le courrier de synthèse il a souvent moins de valeur. Quand la personne a été suivie par le gastro, qu'elle a vu le gastro pendant 5 jours d'affilée pour l'hospitalisation et qu'elle me dit « ben oui elle m'a expliqué ça, ça, ça » et qu'il y a une discordance sur l'ordonnance de sortie bon, généralement je fais plus confiance quand même en celui qui a suivi le patient. Euh...bon.

Après il arrive, ça été ce matin le cas de figure hein, un patient... d'une patiente hospitalisée pour une décompensation cardiaque dans le cadre d'une... d'un trouble du rythme suspecté. Dans le courrier de sortie d'un cardiologue dont j'ai pleinement confiance il me dit « tachycardie sinusale »... Ah bon... La personne sort sous Eliquis 2,5mg deux fois par jour. J'ai aucun argument dans le courrier de sortie qui pourrait faire penser à un passage en arythmie, et pour autant on la sort sous anticoagulant. Bon ben là, n'ayant pas réussi à joindre le cardiologue hospitalier, j'ai essayé, mais là... Ce que j'ai dit à la dame ! « Je comprends pas bien, il y a du se passer quelque chose en hospitalisation pour justifier la mise sous anticoagulation, et pour autant dans le courrier on dit qu'il s'est rien passé, en dehors d'une tachycardie sinusale. Bon ben ce que j'ai fait, j'ai ré-adressé au cardiologue traitant habituel, en vue de dire ben moi... J'ai eu le retour ce matin du cardiologue qui me dit « Effectivement, je ne comprends pas bien »...

M : Mmh mmh

P05 : Donc on fait un holter, on verra bien et on tranchera, si ça se trouve cette dame elle prend de l'Eliquis pour rien quoi !

M : Ouais. Et ça en plus ça mène à un examen complémentaire...

P05 : Ah ben oui et là clairement le cardiologue habituel traitant, dit ben « effectivement, je n'ai pas vraiment d'explication, on va jouer la sécurité, on fait un holter, et on jugera une fois... » Cette dame elle va avoir son holter au mois de juillet, en attendant elle va prendre

de l'Eliquis... enfin il est possible qu'elle prenne de l'Eliquis pour rien.

M : Mmh mmh.

P05 : ... Là c'est assez exceptionnel, ce cas de figure est assez exceptionnel. Bon souvent ça se règle en ayant directement le cardiologue au téléphone. Là j'ai essayé... là j'ai pris le temps d'avoir le... Mais j'ai dit allez, hop... Mais de toute manière je pense que ça aurait été la conclusion du confrère qui... Si je l'ai mis en place c'est que j'ai vu quelque chose au scope, ou sans l'authentifier sur un ECG... Et puis on refait un holter à distance pour valider, ou pas. Je pense que c'est ce qu'il m'aurait dit. Mais bon, personne ne le saura.

M : Alors on parlait du principe de conciliation, ce que tu me disais c'est que tu n'avais pas encore eu le cas de figure, alors le terme de conciliation ne te parle pas forcément ?

P05 : Ben, le terme non, et pour être franc je ne vois pas forcément ce qu'il recouvre! Car quand, pour moi on fait une conciliation quand il y a une opposition de point de vue ! Est-ce que c'est ça que ça recouvre réellement ?

M : Ce n'est pas à propos d'une opposition de point de vue non. On peut parler plutôt de bilan comparatif...

P05 : Voilà !

M : On peut parler d'un bilan comparatif, et c'est surtout pour faire une analyse du traitement aux points de transition, avec un document récapitulatif qui en ressort. Généralement c'est ça la marque de la conciliation médicamenteuse à la sortie, le patient sort avec un plan de prise, un document souvent à part, qui détaille le traitement, si il y a eu modification, et qui est établi par un pharmacien en collaboration avec le médecin qui a suivi...

P05 : Alors, j'ai jamais euh... Alors par exemple des patients qui sortent de médecine à l'hôpital de Douai puisque c'est l'hôpital du secteur... Bon souvent eux ressortent avec quelque chose de très détaillé pour ce qui concerne le traitement de sortie, par contre j'ai jamais perçu que le pharmacien hospitalier avait, enfin je ne sais pas que le pharmacien hospitalier relisait... enfin je n'avais pas cette connaissance là. Je pensais que c'était un confrère hospitalier qui faisait ça, qui faisait sa prescription.

M : C'est peut-être le cas hein, mais dans la conciliation médicamenteuse il y a au moins un regard du pharmacien.

P05 : Mais de façon systématique sur toutes les ordonnances ?

M : Alors non, ça peut être ciblé par service, ou alors pas type de patient, avec des scores.

P05 : Mais le but c'est quoi, par exemple quand on a demandé un avis sur une antibiothérapie large spectre ou quelque chose comme ça ou c'est plus...

M : Alors c'est plutôt qu'on va prendre tel patient, on va voir qu'il a tel âge, un anticoagulant, deux antihypertenseurs, un anti-arythmique, c'est des médicaments à risque, on va aller le voir, est-ce que c'est bien son traitement, on va appeler la pharmacie, croiser les sources pour connaître concrètement ce qu'il prend et comment.

P05 : Et alors ça c'est le pharmacien hospitalier qui fait ça ?

M : Il peut y avoir un travail déjà fait par le médecin à l'entrée et le pharmacien peut compléter, croiser, coupler les informations.

P05 : J'avais pas cette... Cette notion.

M : Quand tu envoies un patient, que tu l'adresses en hospitalisation, à propos du traitement, on a vu l'importance de l'historique tout à l'heure, qu'est ce que tu en attends, de ce qui est fait comme modification, comme analyse à l'hôpital ? Est-ce que tu t'attends à ce rôle déjà ?

P05 : Ah ben... c'est toujours très intéressant d'avoir une vision, un œil neuf hein, surtout sur les patients chroniques. Les patients qui ont une polythérapie avec des traitements relativement stables depuis quelques années, c'est toujours intéressante de voir s'il n'y a pas moyen de faire mieux et d'avoir un œil différent sur des nouvelles classes thérapeutiques ça c'est intéressant ! D'écrêter certaines prescriptions c'est toujours pertinent. Notamment pour les classes des benzos et des hypnotiques. Ça nous aide quand même bien. Parce que les patientèles bougent quand même de temps en temps et quand on récupère un patient avec euh... Des benzodiazépines à longue durée d'action plus un hypnotique systématique, depuis combien de temps... Bon, le fait d'une hospitalisation avec réduction de la charge, c'est toujours très intéressant. C'est toujours très intéressant.

M : C'est intéressant par rapport à des difficultés particulières en ville ?

P05 : Pas de le faire, mais de le faire accepter ! De le faire accepter parce que bien sûr, quand je vois, ça m'arrive, rarement, mais ça m'est déjà arrivé de prendre en charge des patients avec des thérapeutiques qui m'apparaissaient comme... Surtout avec des benzodiazépines à longue durée d'action, multiples, avec des traitements qui m'apparaissaient au minimum inadaptés ou pire toxiques. C'est... ça m'est déjà arrivé de ré-adresser au spécialiste pour dire... Avec des thérapeutiques qui avaient été prises pendant 10, 20, 30 ans, pour des indications assez nébuleuses hein, alors bon, quand la pathologie est débutée à 30 ans, quand les patients ils allèguent des troubles de l'humeur avec des thérapeutiques qui sont pas du tout adaptées, c'est aussi un intéressant alors, soit au cours d'une courte hospitalisation ou au moins d'une consultation, de dire « Ah oui ben là on n'est pas du tout d'accord. ». Pour nous, enfin en tout cas pour moi, changer une thérapeutique qui est instaurée depuis 30 ans chez un patient qui ne demande rien, qui est complètement équilibré avec cette thérapeutique, mais qui paraît délétère, c'est toujours très compliqué. Parce que c'est l'assurance pour que le patient, trois jours après, nous dise « c'est la catastrophe », même si après c'est pas vraiment le cas... Il faut en revenir à, au traitement précédent. C'est vrai pour la prise de neuroleptique, en l'absence de toute indication, il y en a quand même pas mal de patients comme ça !

M : Et en quoi est-ce que tu penses que c'est mieux accepté par le patient ?

P05 : Ben je pense que ce qui est mieux accepté par le patient c'est qu'il a pas le choix, à l'hôpital ! Il n'a pas sa pharmacie, et il y a aussi l'institution, il y a aussi le fait que le médecin hospitalier probablement, il dit « Nous on a réévalué », le fait aussi d'avoir le... le caractère pluri-disciplinaire et collégial à la prise de décision... Si il y a trois médecins successifs qui disent sur trois jours « ben on va devoir ré-écrêter votre traitement parce qu'on comprend pas bien, on va faire le point »...

Nous on a toujours cette problématique de temps. On a le patient, même si on le voit tous les mois, tous les trois mois, on a un temps court. Et quand on a 4 jours d'hospitalisation,

pour un épisode aigu chez un patient qui prend des benzos à longue durée d'action, là on a plus je pense de légitimité, même si ce n'est pas l'objet de l'hospitalisation, on a plus de légitimité pour dire de manière collégiale, « nous on ne suit pas votre traitement, on ne comprend pas ce que le médecin traitant a fait, on ne comprend pas, donc on le change.»

Je pense que c'est plus facile. Et généralement, au sortir de l'hospitalisation, ben on se rend compte que ça se passe plutôt bien, et que ça n'a pas bouleversé les équilibres. Et je suis persuadé, pour l'avoir expérimenté, je pense que la même variation de traitement si c'est moi qui l'avais instauré uniquement après une consultation voire maximum deux consultations successives, aurait été moins acceptée.

M : D'accord.

P05 : Je pense. Et donc moi ça me plaît toujours quand j'ai un patient accroché à son demi Zopiclone ou... qui est hospitalisé et qui ressort avec plus rien du tout, c'est sûr que c'est plu facile hein !

M : Ouais ?

P05 : C'est plus facile. Et je pense qu'il y a une part de légitimité supplémentaire qui est induite par l'hospitalisation, ou... ça c'est une certitude.

M : Le milieu...

P05 : C'est vrai aussi pour les patients qui sont en EHPAD, qui passent en secteur gériatrique, là il y a... les gériatres souvent écrèment beaucoup les traitements qui ont été empilés au fil des décennies. Et c'est beaucoup plus facile.

M : Et concernant la communication à propos des modifications de traitement, plutôt à la sortie, toi qu'est ce que tu en penses, qu'est ce que tu en attends ?

P05 : Pour ce qui est du retour à la maison, ce qui est du transfert d'information ?

M : Oui.

P05 : Ben ce que j'en attends... enfin, il n'y a pas de difficulté généralement, vis à vis de ça. Le transfert de l'information, généralement voilà le courrier est établi, il y a rarement des difficultés vis à vis de ça. Ce qui peut arriver, ce n'est pas rare c'est la difficulté pour certaines soties, qui sont faites le samedi ou... Mais là c'est plus de la cuisine là, c'est le fait de l'organisation, de la prise initiale quoi. Et plus côté patient que...

M : De la prescription de sortie ?

P05 : Oui voilà, voilà. Je trouve que parfois c'est complètement anachronique de faire une prescription de traitement de fond pour trois jours ou... c'est pas pertinent ni pour moi, parce que ça aboutit obligatoirement à une consultation immédiate, c'est pas pertinent pour la famille ni pour le patient, il vient juste de reposer ses valises à la maison et on lui dit ben faut vite vite aller à la pharma... Bon. Ça rend les choses plus complexes. Mais là ça relève plus de... c'est de l'organisation, c'est pas vraiment le transfert de l'information.

M : C'est penser au patient, quand il sort, qu'est ce que ça implique.

P05 : Et éviter de faire sortir le patient avec des prescriptions hospitalières qui ne sont pas impératives.

M : C'est à dire ?

P05 : Ben des thérapeutiques qui ne sont pas disponibles en ville quoi. C'est rare hein quand même. Après on switche et puis c'est tout, on trouve une adaptation. Non bon dans le transfert d'information dans l'autre sens... Sauf... Bon il y a une chose et pour ça je pense que pour ce qui est du transfert de l'information, le fait d'être informatisé et, que le service de soins utilise les canaux de la transmission informatique, ça c'est un point très important par contre.

Encore il n'y a pas longtemps, j'ai eu le cas de figure d'une sortie d'hospitalisation de SSR d'ailleurs. Ce n'est peut-être pas le tien (*Rires*). Sortie d'hospitalisation, je vais voir la dame, sortie d'hospitalisation. Et je dis, je n'ai pas votre courrier. Et on me dit ah ben on me l'a donné. Mais elle me dit non je ne l'ai pas, je l'ai fait mettre dans votre boîte aux lettres ! Donc je me suis retrouvé à retourner... donc du temps pour rien, ce qui n'avait pas de sens. Et ça ça arrive de temps en temps quand on donne son courrier de sortie au patient, pas de transfert informatique, c'est l'assurance de ne jamais retrouver le courrier. On cherche, on farfouille pendant, et puis... Parfois le pharmacien a pris le courrier pour essayer de commencer à avancer le travail, mais le courrier on sait pas où il est, on sait pas chez qui ça a été déposé, on se retrouve à courir... Quand c'est transféré jour de sortie, boum, on l'a dans le dossier patient avant même, parfois avant même, et ça c'est dans l'idéal, que le patient soit arrivé chez lui, je sais ce qu'il s'est passé j'ai déjà lu le courrier en direct, et je vais chez le patient et je dis « Ben oui je sais ce qui vous est arrivé et j'ai déjà l'ordonnance ! ».

M : ça apporte...

P05 : Ah ben c'est une plus-value énorme. C'est énorme. D'une part parce que ça permet d'être à tête reposée et lire le courrier dans de bonnes conditions. Ça c'est une plus-value énorme. Mais bon ça c'est un combat... Obtenir l'information sous forme informatique en temps raisonnable, ça c'est quelque chose de... C'est le Graal pour nous.

(Tape plusieurs fois sur une pile bien fournie de documents médicaux sur son bureau)

: Voilà la problématique. C'est le Graal parce qu'on a quand même des courriers de sortie papiers avec parfois des changements de thérapeutique qui sont mis en place trois semaines à un mois après la sortie du patient !

On se dit...c'est quand même un problème quoi ! Alors normalement, normalement dans l'entrefaite le patient, lui, est ressorti avec son ordonnance, donc il suit ce qu'il a été mis sur l'ordonnance mais ça ça arrive aussi assez fréquemment...

M : Oui ?

P05 : Pas de courrier médecin ou pas dans temps raisonnable, un courrier d'hospitalisation, une ordonnance de sortie d'hospitalisation remis au patient, que le patient va chercher avant de m'appeler, et, je fais des visites tous les jours mais ça arrive fréquemment qu'on me dise « Sortie d'hospitalisation le lundi matin... » Je passe mercredi. Et dans l'entrefaite le patient il a fait un mix entre son ancien traitement et son nouveau traitement avec des doublons, des redondances, des choses incohérentes, ça ça arrive, c'est pas du quotidien mais ça arrive quand même !

M : Avec des conséquences parfois ?

P05 : J'ai jamais eu des conséquences médicales, mais j'ai déjà vu des personnes prendre du Previscan et de l'Eliquis quoi. Il n'y a pas d'erreur de prescription de la part de l'hospitalier ! Mais les gens, ayant la nouvelle ordonnance et ayant tellement l'habitude de prendre le Previscan, se sont dit « Le pilulier de la semaine précédente il

était sur la table, on met ce que... » Voilà, ça arrive quand même.

M : Le patient n'avait quand même pas compris la modification qui avait eu lieu ?

P05 : Alors soit il avait pas compris ou il pensait qu'intuitivement on était tous en liaison permanente et que la validation avait eu lieu de mon côté ! Moi je le dis toujours hein. Joindre un collègue hospitalier, je vais mettre autant de temps que vous, je n'ai pas de passe droit hein, je vais mettre 40 45 min à cheminer, et il arrive, oui, qu'il y ait des erreurs mais qui son liées toujours à ce défaut de transmission de l'information, oui ça peut arriver oui. J'ai jamais de catastrophe, enfin je ne pense pas... Mais, oui, euh... Mais des fois ça arrive comme ça.

Mais bon souvent on est quand même... Parfois on est quand même interloqué quoi, le patient il prend du Lasilix, 80 mg jour avant son hospitalisation, il sort avec 250 mg fois deux et euh, régulièrement on dit « Je fais quoi, les 250 plus 80 ou je fais 250 fois deux? » . Et je pense que ça ne choquerait pas du tout de faire l'addition des deux et de continuer comme ça. Et donc ça, je pense que ça peut être à l'origine de difficulté.

Entretien n°6

M : Alors déjà est-ce que je peux vous demander de décrire un peu l'environnement de votre pratique ici ?

P06 : De médecine générale ? Alors on va dire qu'on est à peu près en semi-rural ici.

M : Oui ?

P06 : Est-ce que... on ne peut pas dire qu'on est vraiment à la campagne dans le sens où on a quand même à proximité quand même tout ce qu'il faut. Nous ici on est en cabinet de groupe, c'est-à-dire qu'on est à deux médecins, deux orthophonistes et deux infirmiers, euh on travaille surtout entre infirmiers et médecins.

Voilà, on a une activité euh, on va dire assez compliquée parce qu'on va dire... enfin ce n'est pas un désert médical, mais là, ils ont refait un peu le point sur la région, il manquerait quand même, il y aurait 5 000 patients qui n'auraient pas de médecins généraliste quand même. Donc c'est quand même assez conséquent.

Bon sinon voilà, le contexte sinon moi je suis installé, je ne sais pas s'il faut le dire mais je suis installé déjà, depuis déjà 2015, ça fait sept ans que je suis déjà installé. Moi je travaille avec mon téléphone portable qui prend les appels que j'arrive à prendre et également Doctolib pour les patients qui veulent prendre sur Doctolib, mais je reste à disposition pour les patients qui ne souhaitent pas aller sur Doctolib. Donc voilà.

Après, moi je fonctionne de la manière sur rendez-vous et pas sans rendez-vous. J'avais remplacé un peu avant sans rendez-vous c'était un peu compliqué, voire catastrophique... Plus pour le médecin que pour les patients on va dire ! Donc moi actuellement je fais des horaires à peu près... Ben là ça se calme, ce n'est pas la période hivernale, mais je commence à 7h40 du matin, et je termine vers... Au mieux 19h00 on va dire, avec les visites à domicile toujours entre les midis comme ça c'est plus simple pour moi...

M : Très bien, c'est assez complet.

En première question sur le thème, ce thème est-ce qu'il vous évoque quelque chose, une expérience récente ?

P06 : Ben non, je veux bien, vous disiez tout à l'heure, conciliation médicamenteuse hospitalière je veux bien savoir ce que c'est en fait !

(L'investigateur explique succinctement à l'informant ce qu'est la conciliation médicamenteuse hospitalière)

P06 : Nous actuellement, alors, je l'ai déjà reçu ce papier, en effet avec la prise médicamenteuse matin, midi, soir, avec vraiment la bonne prise des médicaments et à quelle période les per os doivent être pris. Après je ne vais pas vous mentir, c'est assez rare quand même que j'aie reçu ce papier là, alors que c'est dommage parce que je trouve ça très très bien. Ou la plupart du temps, je ne vais pas vous mentir mais quand les patients sortent d'hospitalisation, ils viennent nous voir affolés, honnêtement, « je ne sais pas ce qu'on a fait à tous mes traitements, qu'est ce qu'il s'est passé ? » Voilà. La plupart du temps c'est ça. Voilà. Alors je ne sais pas si à Denain ils le font aussi ? Parce que nous nos sorties d'hospitalisation c'est plus Denain et Valenciennes la plupart du temps. Là on a plus le courrier de sortie.

Je l'ai plus quand ils sortent de maison de convalescence par contre ce papier là. Avec

vraiment en effet le détail de la prise médicamenteuse, très bien fait, où le patient en effet est conscient de ce qu'il prend, il est content d'avoir son petit papier « matin midi et soir, là je sais comment je prends mes médicaments ». « Tiens docteur on m'a retiré ça, on m'a retiré ça ». Mais lors des hospitalisations habituelles c'est vrai que le patient est plutôt perdu. Je vais prendre le patient hypertendu ou diabétique qui ne comprend plus rien, « ben tiens je ne comprends pas docteur, on m'a mis sous insuline ». il a vu qu'il y avait de l'insuline pendant l'hospitalisation, mais il ne sait pas comment ça fonctionne finalement en sortie d'hospitalisation. L'infirmier n'a pas forcément été prévenu non plus. Oui, sinon comment je le vois, c'est très très bien. C'est vrai que nous des fois en plus, je pense que c'est facile à comprendre, des fois en médecine de ville, on a des patients, même nous qu'on récupère des patients d'anciens médecins, où ils ont une liste de médicaments... Voilà, on donc nous essaie de refaire le tri, on essaie de faire, d'expliquer au patient, on regarde comment il prend son traitement parce qu'en effet, l'automédication en effet, les thérapeutiques des fois où je pense à des traitements inhalés, ou des paracétamols qui sont pris systématiquement tous les jours... Et donc en effet nous déjà on essaie de faire un tri.

Et c'est vrai qu'il y a des choses qui ne peuvent être faites qu'à l'hôpital, où il y a des sevrages qui devraient être faits, et c'est plus simple de vérifier aussi sur des traitements on va dire diurétiques, avec aussi des choses comme la surveillance de l'urée et de la créat'. C'est vrai que je trouve que c'est beaucoup mieux. C'est vrai que si entre guillemets nous on les faisait à notre sec... dans les hôpitaux des alentours Valenciennes et Denain, c'est vrai que je vois ça comme une très bonne chose ! Parce que c'est vrai que la révision des traitements, où on voit que chaque spécialiste a rajouté sa petite touche, entre guillemets, à la thérapeutique du patient et vous vous retrouvez avec des patients avec vingt médicaments... Même si nous on essaie de faire le tri ça reste compliqué quand même.

M : Donc ça fait appel... ça permet de résoudre certaines difficultés que vous avez actuellement...

P06 : Tout à fait.

M : Vous avez parlé notamment des sevrages ? Vous avez quelles types de difficultés ?

P06 : Tout à fait, ben par exemple on va expliquer, euh, certains patients qui ont eu plusieurs spécialistes, ou plusieurs rendez-vous psy hein, euh, je vais dire, et vous vous retrouvez avec des patients qui ont euh deux anxiolytiques, un neuroleptique plus un anti-dépresseur, et donc c'est vrai que des fois, par rapport à la prise en charge du patient où vous avez un petit peu peur entre guillemets de le sevrer un peu trop rapidement ou soit de faire ré-apparaître des syndromes psychotiques, c'est vrai que si ça peut être fait lors d'un cadre hospitalier avec surveillance, c'est beaucoup mieux.

Et aussi même chose, on parlait de l'auto-médication tout à l'heure, vous avez aussi des fois les patients ils vont prendre... Vous allez leur prescrire du Seresta pour un syndrome anxieux, vous allez leur expliquer qu'il fallait faire attention, qu'il va y avoir une décroissance progressive, des fois c'est compliqué. Si on leur explique avec un schéma détaillé c'est plus simple quand même en hospitalier. Peut être que ce soit mieux expliqué, enfin pas mieux expliqué... Nous on a des consultations, on va dire entre guillemets une consultation moyenne ça dure un quart d'heure...

M : Mmh mmh ?

P06 : Mais il faut savoir que en un quart d'heure on n'a pas le temps de faire tout. On est des fois aussi dans un schéma euh, « Ah bonjour vous venez pour un renouvellement de traitement ? ». Hop, des fois le patient il ne discute pas, nous on pose la question « Est-ce que ça va, votre traitement vous convient ? »... des fois on n'en parle pas. Alors c'est vrai que des fois c'est bête, mais dans une hospitalisation, par exemple pour une personne âgée, une chute, euh, ou un épisode de plaie, où le traitement est revu, c'est vrai qu'il y a une période de temps qui est plus longue qui permet au spécialiste ou au médecin généraliste hospitalier de revoir dans sa globalité tout le traitement.

Nous on n'est pas, de toute façon on ne voit pas d'un mauvais œil quand le patient on lui a changé son traitement en cours d'hospitalisation, on le sait bien que le patient a été vu sur une semaine où on a pu adapter. Certes des fois il y a des choses qui sont adaptées mais qui ne correspondent pas au mode de vie de la personne lorsqu'elle revient au domicile. Je pense des fois au traitement antidiabétique, où en effet le patient il a eu son régime diabétique à l'hôpital, et on sait très bien que quand il revient à la maison le régime diabétique il n'est plus fait. Après nous on ré-adapte, c'est pas grave. Mais c'est vrai que moi je le vois en effet par rapport à nous notre manque de temps, pour, en effet trouver des mots, le manque de temps qu'on peut avoir en consultation, cette révision des traitements à l'hôpital avec une hospitalisation qui est un peu plus longue, permet en effet pour nous médecins généralistes, revoir des patients qui ont vingt médicaments, de refaire au moins un petit tri parmi ceux-là.

M : En ville il n'y a que le temps qui est un facteur limitant ou il y d'autres difficultés que hospitalisation peut surmonter ?

P06 : Moi, je... Moi je trouve que, la révisions des médicaments, oui... Après peut être que la seule chose que je pourrais dire en effet par rapport à la révision des médicaments c'est en effet un avis spécialiste aussi, qu'on a plus de mal à avoir. Faut savoir que par ici, une consultation de cardiologue ça peut être 4 mois voire 6 mois. Une consultation d'un endocrinologue des fois ça ne peut se faire qu'uniquement que par avis téléphonique. Bon dermato, on n'a pas besoin de traitement, ça je ne vais pas en parler, là on est plus sur la durée du, de la visite, c'est plus long. Et c'est vrai que, c'est vrai que on voit peut être aussi mettre ça en jeu, la durée d'une, d'avoir un spécialiste. Ou alors à l'hôpital on peut faire déplacer le spécialiste de l'étage pour demander l'avis : « est ce que ça c'est encore nécessaire, est-ce qu'il nécessite d'avoir encore son bêta-bloquant ? ». il va lui faire un échographie, oui, non, en effet. L'adaptation des traitements elle est plus simple à l'hôpital aussi par la durée d'avoir un spécialiste aussi, tout à fait, oui.

Après je ne vois pas vraiment d'autre point, que je pourrais mettre en lien avec la révision des traitements. Ou vraiment, ou peut-être je remettrai dans le temps entre guillemet, où le patient quand il va être hospitalisé, il va peut-être avoir plus de temps à lui pour poser des questions, peut-être aussi au corps médical. Parce que nous, même si on le connaît très bien notre patient, des fois, peut-être, peut-être que je l'analyse comme ça, il a pas envie de nous gêner entre guillemet, peut-être qu'il croit qu'on est pressé, et peut-être qu'il se dit « ah bon, peut-être, j'aurais peut-être du lui parler de ça mais je lui en ai pas parlé ». Et ça arrive que, des fois à la consultation d'après : « J'ai pas osé vous parler la dernière fois à la consultation mais ce médicament là il me provoque ci, il me provoque ça ». Les effets secondaires il va pas forcément nous en parler à la première consultation, il va nous en parler à la suivante. Et peut-être que lors de hospitalisation, où lui il a plus de temps et peut-être aussi plus de temps pour se questionner lui-même, ça peut être aussi une bonne chose pour lui aussi.

M : ça permet d'aller plus vite dans la réflexion du traitement ?

P06 : Tout à fait. Puis je pense aussi à... l'hôpital est pluri-disciplinaire aussi hein, donc ça, ça joue beaucoup aussi. Il y a l'infirmier par exemple qui passe aussi, qui peut avoir aussi : « ben le patient finalement, il a du mal à le prendre, il faudra le passer en gouttes ». Alors que nous finalement, on fait de moins en moins de domicile aussi, et donc je pense que ça aussi, le fait d'avoir le contact infirmier, aide soignant et médecin à l'hôpital ça aide aussi beaucoup pour une prise en charge pluri-disciplinaire du patient.

M : Et d'être là au moment de la prise.

P06 : Et ça aussi, c'est ça, tout à fait.

M : Les patients chez qui ça a été réévaluée, que ce soit dans le cadre de la conciliation ou non, vous voyez une différence quand vous les recevez après l'hospitalisation en consultation ?

P06 : Comme j'ai dit, je n'ai pas eu beaucoup de conciliation médicamenteuses, quelques unes. ? Moi je vais dire, on va dire, j'en fait, enfin quand j'ai un nouveau patient et je vois une liste avec plus de vingt médicaments, même dix déjà, je réévalue les traitement. Euh, généralement les patients le voient d'un bon œil parce qu'il n'y a aucun patient qui sera content de prendre plus de dix médicaments dans tous les cas. Donc ils le voient d'un bon œil. Et le peu de patient que j'ai eu qui avaient leur diagramme justement avec la prise indiquée du médicament à telle heure, ils le voyaient, et le médecin aussi, on le voit d'un bon œil. Oui tout à fait. Généralement après on voit aussi, on va dire, chez les personnes âgées, chez qui on revisite aussi le traitement, pour les anxiolytiques, je parle ou les somnifères qui, alors généralement ce n'est pas le médecin généraliste qui met le somnifère mais plutôt la personne âgée qui en prend depuis euh... Bon moi étant jeune installé, voilà généralement vous avez beau leur dire, non vous n'avez pas besoin de votre somnifère, bon, ils vous font noter leur somnifère. Et finalement des fois en hospitalisation, des fois il y a un bond aussi là dedans où ils vont pas forcément avoir leur somnifère, ils se rendent compte qu'ils arrivent à dormir en hospitalisation, et voir dans le bon sens : je me sens mieux, j'ai moins de risque de chute, voilà.

Je suis désolé je parle beaucoup !

M : Non, c'est très bien, moi ça m'arrange ! (*Rires*)

Les rares cas de conciliations que vous aviez eu, c'était sur des patients, gériatriques, ciblés ?

P06 : Gériatriques, comme je vous disais qui sortaient de, généralement de convalescence, souvent d'Escaudain, de Somain ou même de la clinique Saint Roch, et donc en effet c'est le patient et aussi l'entourage qui est, qui a.. parce que des fois c'est aussi la famille qui vient pour préparer les médicaments, quand le patient malheureusement ne souhaite pas qu'un infirmier vienne à domicile. Ça peut arriver. Et donc nous c'est, généralement, c'est bien suivi, et c'est bien accueilli, c'est bien présenté aussi. Et on voit aussi que le patient comprend mieux aussi son traitement la plupart du temps, grâce à ça.

M : D'accord. Et ça se traduit comment ? En consultation avec le patient quand il comprend mieux son traitement ?

P06 : Je dois dire qu'il comprend mieux aussi l'utilité du médicament. C'est à dire que des fois vous avez beaucoup de patients qui prennent des médicaments, et ils ne savent pas, que ça c'est pour sa tension artérielle, ça c'est voilà. Et donc il y a une meilleure

observance car il y a des patients qui prennent un, comment dire, je parlais d'une statine par exemple, ils vont y voir que les effets secondaires de crampes, de troubles du sommeil. Quand en hospitalisation on leur a expliqué, même nous on leur a expliqué qu'en effet ce traitement, c'est une prévention pour leur éviter donc des accidents cardiovasculaires ou autre, on voit quand même que leur observance est meilleure. Et, euh, et donc, il y a quand même moins de risque aussi de surprise aussi, parce que ça peut arriver aussi que des fois, on en parlait tout à l'heure, les patients qui prennent 4 ou 5 Doliprane, là ça permet grâce à ce diagramme aussi, de régulariser les choses auprès du patient.

M : Et à propos du document justement, est-ce que euh, dans l'idéal, comment le résultat de cette conciliation il devrait être transmis ?

P06 : Vous voulez dire auprès du médecin généraliste ?

M : Auprès du médecin, comme du patient...

P06 : Ben je ne sais pas comment actuellement c'est fait. Après moi ce que je pense, c'est que actuellement, enfin à mon avis je pense que c'est comme ça que c'est fait. Le schéma, à mon avis, il est mis directement dans le courrier médical. Je pense qu'en effet, il devrait y avoir à la fois une copie pour le médecin, une copie pour l'infirmier, à la fois une copie pour le patient. Euh je pense qu'aussi, il devrait mettre, bon pour le médecin la famille il n'y a pas besoin, mais un petit blister. Je pense que pour le patient ça peut être très intéressant en fait, parce que en fait, je ne sais pas si vous avez déjà vu mais le patient en fait se balade souvent avec leur, leur, comment on va dire, leur carnet de soin, enfin ce n'est pas un carnet de soins mais c'est là où ils ont leur carte de mutuelle, leur carte vitale, je pense que ça devrait être aussi mis, peut-être pas plastifié, mais tout du mois en format à rentrer dans leur petite pochette, je pense que ça peut être très bien parce que le patient, les patients sérieux que j'ai, on va dire que eux justement ont fait déjà leur chose et sont contents de faire voir, et d'avoir la possibilité si jamais ils ont un malaise, d'avoir la, l'actualisation de leur traitement dans leur fichier ou dans leur pochette, je crois que ça doit être comme ça que ça doit être fait. Et ça devrait être aussi fait en réunion avec le patient aussi, pour bien leur expliquer chaque médicament, chaque motif de prise de médicament. En effet, si il y a certains médicaments qui doivent être pris avant le repas, ou à jeun, euh je pense le Lévothyrox, tout ça ça devrait bien leur être expliqué, mais dans une réunion à l'hôpital, au lit du patient. Mais en prenant une bonne demi-heure avec le patient pour lui expliquer tel ou tel médicament, le but du médicament, et la durée aussi du médicament. Des fois, les patients ils sortent, ils savent pas forcément que euh, c'est un antibiotique, ils ne vont l'avoir que pour 7 jours, euh voilà. Des choses comme ça.

M : Ok. Et pour vous, entre la forme dématérialisée informatique et la forme papier ?

P06 : Ben pour le médecin généraliste, la forme je pense que ce n'est pas très grave parce que nous on travaille beaucoup avec Apicrypt donc c'est une forme dématérialisée, et c'est même beaucoup plus pratique pour nous, parce nous ça rentre directement dans le dossier du patient, ou sinon on le scanne mais ce n'est pas très grave, donc la forme dématérialisée pour le médecin généraliste je pense que c'est, c'est parfait. Après je pense que oui, comme je vous le disais, pour le patient pas forcément une feuille A4 qui va finir par aller à la poubelle, ni une feuille A4 qu'on doit replier parce que finalement au final, elle va jamais être utilisée. Je pense que le mieux c'est vraiment le petit format, finalement, on va dire le format enveloppe, entre guillemets, qui peut être mis dans sa petite pochette et qui peut être bien pratique pour lui.

M : Qui est plus destiné dans ce cas là aux soignants qu'à lui-même ?

P06 : Ben dans ce cas là moi j'aurais dit quand même au patient aussi, parce que de toute façon lui quand il va utiliser sa carte vitale, il y aura toujours accès. Et les patients quand il vous font voir leur traitement, la plupart du temps ils vous ont replié l'ordonnance qu'ils ont mis dans leur pochette aussi. Donc vraiment, on se dit, ils le plient vraiment en format enveloppe et le mettent dans leur pochette. Donc c'est pour ça que je dis dans ce sens là, c'est plus, si c'est déjà pour une personne âgée, je pense que ça peut être très bien.

M : Est ce que vous avez d'autres expériences en tête, ou d'autres attentes ?

P06 : Après au niveau attentes non, moi c'est ça, c'est vraiment la prise en charge pluri-disciplinaire, par rapport, une réé... Voir aussi c'est pour revoir vraiment tous les traitements, on l'a dit tout à l'heure, parce que nous c'est vraiment ça le soucis, je pense, des fois on se retrouve comme je disais tout à l'heure, chaque spécialiste qui a ajouté sa touche à l'ordonnance donc on se trouve avec un homme avec des traitements de l'urologue, des traitements du cardiologue, de l'endocrinologue, et des fois euh, euh sans même eux se soucier s'il y a des interactions médicamenteuse, parce que le patient il n'est pas forcément venu avec son traitement voir son spécialiste, et je pense que vraiment c'est ça que j'attends de l'hôpital c'est que, la possibilité pour chaque traitement d'avoir aussi un avis de chaque spécialiste, s'il y a encore nécessité, ou la possibilité d'alléger le traitement.

Et nous c'est vrai que, des fois on se dit que c'est dommage qu'il est resté deux semaines à l'hôpital, et c'est un gros cardiaque il n'a pas été vu par un cardiologue. Même si bon, il n'est pas rentré pour une cause cardiologique, mais je pense que c'est vrai que peut-être que pour quelqu'un de 45 qui est équilibré, qui est juste hypertendu il n'y a pas de problèmes. Mais pour quelqu'un de 85, son traitement il n'a pas forcément été revu depuis un an, du fait de la difficulté d'avoir un spécialiste en ville, je pense que ça peut être bien, même si le cardiologue n'était pas à prévoir avant le contexte de l'hospitalisation, je pense que ça peut être bien, enfin cardiologue endocrinologue ou un autre spécialiste, je pense que c'est la chose qui peut être bien, à être faite, à faire pardon, si, dans le cadre de la conciliation médicamenteuse.

M : Très bien. Je ne sais pas si vous avez...

P06 : Ben non, moi je pense que, après si cette chose là ça pouvait être fait a chaque sortie d'hospitalisation.

M : Pour tout le monde ? Ou ciblé ?

P06 : Ben ciblé après on va dire c'est les poly-pathologiques. C'est ça, en effet après je pense pas que c'est nécessaire pour quelqu'un qui sort d'une, d'une opération par exemple chirurgie de la hanche ou chirurgie du genou, je ne pense pas que ce soit nécessaire d'avoir une conciliation sur le traitement antalgique. De toute façon dans tous les cas à la sortie il va voir son médecin traitant donc je pense pas que ce soit nécessaire.

Je pense vraiment au patient, en revanche, poly-pathologique, ou vraiment la personne âgée, c'est important. Nous c'est souvent qu'on le voit, c'est à domicile. Quand on voit en effet le nombre de boîtes qu'il reste, on dit en effet, là maintenant on va faire passer l'infirmier.

M : Et ça c'est perçu comment ?

P06 : Généralement quand ça vient du médecin généraliste ça passe, ça passe généralement très bien. Après je pense que de toute façon, en ville, euh, on doit être aussi nous pluri-disciplinaire, jouer avec infirmiers, auxiliaires de vie aussi également, ça arrive aussi, avec euh une surveillance aussi. Et ça on ne peut pas faire sans, on ne peut pas travailler sans tous les corps de métier, c'est certain.

M : Le but c'est aussi d'être pragmatique, d'être ancré dans la réalité des professionnels en ville, tout à fait.

(La discussion devient un moment plus « personnelle » cette partie est coupée par soucis d'anonymisation, l'investigateur explique actuellement travailler en SSR).

P06 : C'est ça qui est bien en convalescence, moi quand j'étais interne j'avais été en convalescence, enfin en soins de suite, et c'est ça qui était bien, on pouvait prendre notre temps, baisser un anti-hypertenseur, ben voilà la plupart des personnes âgées ils ont un anti-hypertenseur central, et finalement on se rend compte qu'il n'ont pas forcément besoin, et que c'est plutôt facteur de risque de chute, et c'est vrai que c'est bien l'hospitalisation, voilà, on peut pas se permettre de mettre des MAPA en ville à tous les patients pour surveiller leur tension.

M : C'est sûr, la convalescence c'est un peu le terrain de jeu idéal pour réévaluer les traitements des patients, surtout chez les personnes âgées.

P06 : Oui, tout à fait, tout à fait ! Et c'est vrai que pour l'instant, vous voyez, on voit surtout la révision des médicaments lors des convalescences pour l'instant.

M : Parce que ça s'y prête le plus peut-être ?

P06 : Oui, là où on va le voir aussi, mais parce que ce sont des hospitalisations qui sont prévues pour ça, c'est lors des hospitalisations en endocrinologie. Là on va le voir aussi également. La cardiologie aussi, mais toujours là en ne se fixant que sur la révision du traitement cardiologique. C'est vrai que, on va dire que les néphrologues et les endocrinologues, c'est ceux qui vont vraiment regarder d'une façon globale au niveau des patients je trouve. En tout cas c'est ce qu'on a le sentiment en regardant les lettres de sortie, ou vraiment ils vont faire passer, en endocrinologie le cardiologue, enfin...

M : Il y a une culture de ça...

P06 : Exactement, les internistes, les néphrologues, les endocrinologues c'est de la prise en charge globale. Voilà. Mais bon que ce soit de la pneumologie, de la cardiologie, il y a une révision du traitement, mais c'est de leur spécialité. En hospitalisation programmée en gériatrie aussi, j'ai déjà eu des appels.

M : Ils vous appellent souvent ?

P06 : Je l'avais été pour un patient qui avait été hospitalisé, et aussi lors des sorties aussi, on est prévenu aussi, après on est prévenu lors des sorties pour l'HAD, après on a ça aussi. Donc ça c'est bien aussi l'HAD.

M : Oui, puisqu'il faut l'accord du médecin traitant pour l'HAD.

P06 : Tout à fait, c'est une obligation, après c'est un contrat à signer, mais c'est vrai que bon, ce serait bien que ça s'étende par la suite pas qu'à la convalescence finalement.

Entretien n°7

M : Alors en première question si vous pouviez décrire votre mode de pratique ici, l'environnement ?

P07 : Alors ici on est en maison de Santé, euh moi j'y suis depuis un an à peu près, bon c'est une activité qui est semi-rurale, qui doit être équivalente un peu à celle de Somain je pense ?

M : oui...

P07 : Sinon quoi dire, en maison de Santé on a notre propre activité, et puis on a des réunions de concertation aussi avec différents professionnels.

M : D'accord. Et vous m'avez dit que vous êtes également maître de stage universitaire ?

P07 : Je suis maître de stage oui.

M : Euh, vous exercez depuis combien de temps à peu près ?

P07 : Euh... depuis, je me suis installé en 2005. Enfin je remplaçais depuis 2002 donc ça va faire pas moins de 20 ans maintenant.

M : D'accord. Donc concernant le thème de la conciliation médicamenteuse, vous connaissez déjà le thème, est-ce que ça vous rappelle une expérience, un anecdote qui vous a marqué ?

P07 : Euh, pff, comme ça spontanément non, mais moi je trouvais que c'était très très positif sur le, la relation entre l'hôpital et la ville quoi.

M : Vous l'aviez vécu, à l'hôpital, comment vous le perceviez ? Quand le patient ressort de l'hospitalisation ?

P07 : Alors, enfin moi personnellement je trouve que ça nous facilitait vraiment dans le retour des patients à domicile, parce que quand il y avait des changements de traitement, en fait c'était sous forme papier dans le courrier, on avait en plus un tableau qui était intégré, avec les traitements à l'entrée de l'hospitalisation, les changements qui ont été fait, et le pourquoi du changement, et le pourquoi de l'arrêt de certaines thérapeutiques. Donc quand on se retrouve avec un patient qui sort de l'hôpital avec une longue hospitalisation, où il y a des changements, il y avait des traitements au long cours, on ne sait pas trop, euh... ben ça nous fait gagner du temps quoi, on évite de rappeler... On n'arrive pas toujours à joindre le médecin hospitalier qui s'est occupé du patient. Eux n'ont pas forcément le temps, nous on n'a pas forcément le temps donc c'est un gain de temps. Et puis ça nous facilitait dans la prise en charge quoi.

M : Donc...

P07 : Un outil positif.

M : ça faisait appel à des difficultés que vous aviez auparavant, comme sur les hospitalisations longues où vous n'aviez pas forcément ces informations ?

P07 : Ouais. Même si les courriers sont en général détaillés mais euh, là c'était quand même bien explicité, pourquoi le changement de traitement, pourquoi l'arrêt de certaines thérapeutiques, et par quoi ça a été remplacé, si ça a été remplacé.

M : Et donc en quoi plus précisément ça facilitait la tâche, face au patient, lors de la consultation ?

P07 : Ben la compréhension des changements en fait, tout simplement ! Et puis de rester en cohérence avec ce qui est fait à l'hôpital. Pas revenir en arrière. Parce que je pense que ça nous est tous arrivé : on a un patient qui sort, il y a des traitements qui sont là depuis très longtemps, qui ont été arrêtés ou qui ont été modifiés, on sait pas pourquoi et on revient sur la thérapeutique d'avant, alors que c'était peut-être quand même bien justifié que c'était bien justifié quoi.

M : Donc vous le ressentez sur la compréhension du patient, euh, il avait aussi la perception aussi que c'était un peu un processus en plus de l'hospitalisation, en plus de qui était fait habituellement ?

P07 : Je ne suis pas sûr que le patient il le perçoive ! Pour le médecin c'est un outil intéressant, pour le patient il sort avec le traitement qui a été prescrit. Je pense qu'il y a certains patients, en sortant d'hospitalisation, ils pouvaient être perdus par des changements de traitements, mais je ne suis pas sûr que cet outil... (*inspire*) Enfin pour moi en tout cas personnellement, je ne suis pas sûre que les patients ça leur rapportait... que ce soit un outil intéressant pour eux. Pas intéressant mais euh... ils perçoivent pas forcément. Ils sortent de l'hôpital avec leur traitement, ils continuent le traitement.

M : D'accord.

P07 : Alors est-ce qu'ils lisent ou pas... Ici on est dans une zone plutôt rurale, que voilà. Ils sortent avec le traitement, la prescription de l'hôpital, ils continuent la prescription de l'hôpital mais ils peuvent aussi être un peu perdus, et peut-être aussi cumuler les traitements qu'ils avaient avant avec les traitements de l'hôpital, et se retrouver avec des thérapeutiques... Enfin avec des interactions qui ne sont pas terribles quoi !

M : Finalement la conciliation vise à diminuer ce genre de, de divergence...

P07 : Oui, oui, tout à fait, ouais. Donc je pense que oui effectivement si c'est bien expliqué au patient, oui ça peut être intéressant pour le coup.

M : ça peut être intéressant, oui ? Pour son observance, sa compréhension à long terme...

P07 : Et puis éviter les associations à risque oui.

M : Et éviter les associations à risque. C'est des choses qui vous sont déjà arrivées auparavant ?

P07 : Ouais.

M : Sur quelles types de thérapeutiques ?

P07 : Ah ben, c'est « Je comprend pas j'avais du Lasilix, j'ai du Furosémide. » Bon là il n'y a pas de changement. Maintenant si, sur des anti-hypertenseurs, euh qui sont modifiés où on se retrouve avec un sartan par exemple, qui est délivré à l'hôpital, parce que les hôpitaux ont leurs habitudes, et ils se retrouvent avec une thérapie avec deux sartans, alors que... Ou sur des traitements qui sont arrêtés, c'est surtout ça en fait ! Des traitements qui sont arrêtés à l'hôpital, et puis il arrive à la maison et puis il a encore son traitement habituel avec ses boîtes de médicaments...

M : Ouais...

P07 : « Ah ça je ne comprends pas, on me l'a fait arrêter, ce n'est pas écrit mais ils ont du l'oublier ! » Donc il continue à le prendre alors que ça a été arrêté de façon justifiée quoi.

M : ça des difficultés auxquelles vous avez déjà été confronté par le passé ?

P07 : Ouais.

M : Euh, le mode de communication, quand il y avait conciliation, c'était sous forme... ?

P07 : Papier. Oui

M:Il y avait d'autres modes de communication ?

P07 : Non c'était papier, puis c'était très bien fait je trouve, c'était euh avec le courrier de sortie du patient, ou avec un tableau, le traitement avant, le traitement après, pourquoi ça a été arrêté, pourquoi ça a été modifié.

M : ça lui était remis également, c'était uniquement pour... ?

P07 : C'était remis au patient, enfin c'était remis au patient qui nous le remettait.

M : D'accord...

P07 : Alors est-ce qu'on le recevait... Parce que maintenant c'est vrai qu'on est tous quasiment sur Apicrypt, il y a certains hôpitaux qui nous envoient de toute façon, de façon dématérialisée directement, mais on n'a plus cette conciliation médicamenteuse !

M : ça ne se fait plus ?

P07 : Non, ça ne se fait plus non !

M : Vous avez su pourquoi ?

P07 : Peut-être changement de praticien, changement d'habitude, ça ne se s'est pas relayé, mais non on 'a plus cette conciliation... Les derniers dont je me souviens, 2016, 2017, 2018 peut-être. Et puis après peut-être changement de praticien, changement d'habitude hein, mmh.

M : Il y a des choses qui s'en rapprochent quand même sur les courriers actuellement ?

P07 : Ben on a le courrier classique de sortie d'hospitalisation, avec le traitement d'entrée et le traitement de sortie. Mais c'est vrai que cet outil là avec le tableau qui était clair, qui était... C'était vraiment un gain de temps. Et c'était clair.

M : C'était parfois... Lors des consultations, lors des visites, vous avez pu constater si c'était un document sur lequel le patient se basait pour faire sa prise médicamenteuse ?

P07 : Mmh non, ça je n'ai pas le souvenir. Ils se basent sur l'ordonnance de sortie.

M : D'accord. Vous même, vous avez des... vous établissez parfois avec les patients des documents sur leur traitement habituel ?

P07 : C'est-à-dire...

M : Par exemple si le patient fait la demande d'avoir une liste de traitement, ou la famille ?

P07 : Alors ils ont leur, jusque maintenant, les patients à domicile je travaillais sur un

cahier que je mettais à disposition, il y avait les traitements, les changements de traitement, je leur demandais de coller... bon c'est perfectible hein ! Maintenant j'ai la chance d'avoir une tablette ! Mais ils ont le duplicata de leur ordonnance systématiquement.

(Interruption courte de l'entretien pour répondre à la porte).

P07 : Mais ils ont toujours leurs duplicatas d'ordonnance. Et puis j'ai l'habitude, tout le traitement est noté de façon précise quoi. J'essaie ! *(Rire)* Dans la mesure du possible. Et à Somain il est possible de voir mes patients hospitalisés, si vous voyez passer mes courriers, le traitement il est détaillé hein. Mais ils ont le duplicata, ils ont le double.

M : Actuellement, si vous recevez des patients qui bénéficient à nouveau d'une conciliation, par quelle forme vous souhaiteriez avoir ces documents ?

P07 : Ben ça pourrait être de façon dématérialisée, c'est très pratique. Après je trouve effectivement que c'est intéressant que le patient l'ait sur lui, ça peut nous permettre de le sensibiliser aussi. Après nous dans le dossier informatique c'est quand même pratique de l'avoir.

M : Dans quel sens, quand vous dites le sensibiliser ?

P07 : Ben d'en discuter avec lui, voilà. « Il y a eu des changements dans votre traitement, voilà pourquoi, c'est bien noté. » Enfin quoi, voilà comment je le vois par rapport à l'outil que j'utilisais, qu'on avait avant il y a quelques années, euh, je... *(Mime de montrer une feuille)* Tac tac, ça c'est les traitements, je surligne : « Voilà, ça c'est les traitements que vous devez prendre maintenant, c'est ce que vous aviez avant, pourquoi on les arrête ». Enfin c'est des choses qu'on fait de toute façon dans l'éducation de nos patients d'expliquer les choses quoi. Mais c'est vrai que le fait de l'avoir sous forme papier du coup pour les patients c'est pas mal.

M : Donc...

P07 : Les deux c'est bien ! *(Rire)* Pour être claire les deux c'est bien. Nous on l'a dans le dossier et le patient il a le document.

M : D'accord, dématérialisé pour vous et plutôt papier pour le patient alors.

P07 : Mmh mmh.

M : Il y eu des cas où cette réévaluation vous a apporté des problèmes ?

P07 : Non, ça a été toujours très pertinent, et puis, enfin, quand on travaille avec, enfin on connaît les gens avec qui on travaille, c'est cohérent c'est pertinent, enfin moi je décroche facilement mon téléphone, je suis dans l'échange quoi. Donc euh, non, si c'est justifié, non pour moi ça n'a jamais posé de soucis quoi.

M : Mais dans les cas où justement vous devez recontacter l'hôpital ?

P07 : *(Rire)* Je n'ai pas eu à le faire en fait ! Sur cette conciliation, enfin ça fait quelques années et puis on n'a plus cet outil là, je ne sais pas pourquoi ça s'est arrêté... Parce qu'on met en place des choses, on travaille dessus, et... Ben moi j'avais travaillé dessus, j'étais en maison de Santé, donc j'avais travaillé dessus avec les équipes de l'hôpital, et

c'est dommage que, voilà, ça n'ait pas été pérennisé quoi. Mais euh, non, ça permet, c'est un gain de temps. Tout est expliqué, tout est... Après on peut ne pas être d'accord, je ne me suis pas retrouvé dans cette situation. Après à ce moment là c'est simple de décrocher son téléphone et d'appeler les collègues hein.

M : Quand on a le contact...

P07 : Oui, c'est ça, quand on a le contact !

M : Dans le cadre de ces réévaluations, vous avez décrits comment ça fonctionnait, est ce que vous en auriez d'autres attentes ?

P07 : Alors si j'oriente pour un avis pour une réévaluation de traitement, euh, pff... Elle est pas simple votre question. Parce que je fais confiance en général quand je demande un avis, je sais à qui j'envoie dans tous les cas, et je fais confiance. Ça serait plus dans le but... Je vais vous donner un exemple précis, un patient qui a des problèmes de chutes répétées par exemple, un allègement de traitement. Qu'est ce qui est plus licite d'alléger, de retirer, de... Un patient qui a une insuffis... ben là j'en ai une qui est hospitalisée actuellement, le traitement il est complètement modifié, et euh c'est justifié enfin, elle était tombée chez elle, elle faisait des chutes répétées, une insuffisance rénale, il y a des traitements ben... le spécialiste qui nous recommande de continuer à prescrire certaines thérapeutiques...

M : Oui ?

P07 : Donc on a ce, le, le poids du spécialiste quoi, et là l'hospitalisation ils ont largement allégé son traitement, ce qui n'est pas une mauvaise chose.

M : D'accord...

P07 : Donc ouais dans ce sens là c'est intéressant...

M : ça permet de contrebalancer les difficultés que vous avez habituellement à aller au-delà d'un avis...

P07 : ... D'un avis spécialisé ouais. Ben surtout si les patients sont suivi par ce spécialiste, bon. A partir du moment où on oriente vers un spécialiste pour un avis on suit ses recommandations. Les années, passent, on dit « les choses pourraient être allégées », ben non on continue avec le même traitement. Et là pour le coup pour cette patiente c'est intéressant parce que ça a été vraiment revu à la baisse. C'était très allégé.

M : ça, ça peut être intéressant, c'est le statut de l'hôpital, de l'expertise ?

P07 : Ouais, mai c'est surtout se sentir moins seul face à certaines prescriptions, et, pas légitimer, on sait ce qu'on fait, mais voilà. C'est de la concertation. Ça s'appelle comme ça ! C'ets pas se retrouver tout seul face au patient, et voilà.

M : OK.

Par rapport aux personnes qui auraient ce document, est ce que vous pensez intéressant que d'autres personnes soient...

P07 : Ah oui, les pharmaciens, les infirmiers, d'ailleurs c'étaient les pharmaciens qui s'occupaient de ça à l'hôpital.

M : Oui, c'est le principe de conciliation, c'est fait par le pharmacien et le médecin, c'est

co-signé par les deux...

P07 : Et ce serait même intéressant que les pharmaciens de ville aussi soient concernés. Complètement, ils ont complètement leur place dans ça. D'autant plus qu'à l'époque où nous on avait mis ça en place, le pharmacien intervenait dans la réalisation du pilulier du patient. Et c'était encore plus, je trouve, plus, judicieux, plus cohérent que ce soit l'infirmier que le pharmacien, parce que le pharmacien connaît les thérapeutiques, la chronobiologie et tout ça, et c'était encore plus judicieux.

M : Le pharmacien de ville ?

P07 : Oui le pharmacien de ville, on avait mis ça en place dans la maison de Santé, bon même ici on a les pharmaciens qui font partie de la maison de Santé. Bon on est encore une jeune, on est encore des bébés hein ! On est une jeune maison de Santé. On a commencé, on met en place tout doucement. Mais l'autre maison de Santé où j'ai exercé, il y avait des pharmaciens qui étaient là et qui participaient, qui ont participé d'ailleurs à l'élaboration de cette fiche. Et qui intervenaient dans la réalisation du pilulier et oui je trouve que c'est intéressant, enfin c'est normal qu'ils puissent avoir accès à cette fiche oui.

M : Et l'échange qu'on peut avoir aussi avec eux sur... sur les traitements ?

P07 : Mmh. Complètement oui.

M : Ok. Avez-vous une autre expérience en tête, bonne ou mauvaise, ou...

P07 : Là comme ça tout de suite, non désolée... Enfin vraiment je trouve ça dommage que, c'était vraiment un bel outil, je trouve ça dommage que, voilà, il faudrait vraiment que ce soit un outil qui soit, enfin, démocratisé je ne sais pas si c'est le bon mot mais, voilà. Qu'on ait l'habitude d'utiliser ce genre d'outil.

Entretien n°8

(Après une courte explication concernant le thème de l'étude, l'informant réagit rapidement, d'où un début « abrupt » de l'enregistrement)

P08 : Alors moi ce qui m'intéresse c'est la justification. Quand il y a des modifications thérapeutiques en fait. Quand vous dites modification thérapeutique en fait vous faites référence au toilettage d'ordonnance, euh, qui sont fait ?...

M : Oui par exemple...

P08 : Euh... dans la pratique de la gériatrie ?

M : C'est l'un des...

P08 : Moi ce qui m'intéresserait c'est que, euh, ce soit euh justifié. Avec euh, ben le référentiel auquel ça fait, voilà, sur lequel on se... le, le médecin hospitalier s'appuie. Comme ça ça permettrait aussi d'avancer, euh...

M : La source ? La source documentaire ?

P08 : Voilà c'est ça ! Voilà, c'est ça ! Parce que le, ben euh je dirais, du coup ça nous ferait une FMC en continu !

M : D'accord. Mais des fois les modifications ne sont pas forcément liées à des conclusions d'études mais à l'observation de tel effet indésirable par exemple.

P08 : D'accord, bon ça c'est bon, je veux dire qu'à chaque fois on ait bien la justification complète, voilà, ce qui a justifié la, le changement. Parce que ça ce n'est pas toujours notifié. Parce que ce n'est pas toujours... Après c'est vrai que les hospitalisations ont parfois longues. Et il ya parfois beaucoup de rebondissement. Donc on a à la fin le traitement sans forcément toujours comprendre pourquoi ça a été euh, pourquoi ça a été modifié.

M: D'accord. Cela fait appel à une situation particulière que vous avez vécu ?

P08 : Non, pas forcément. Ou parfois euh, moi je me pose la question est ce que ce n'est pas parce que c'est dans la liste des traitements utilisés à l'hôpital et que ce n'est pas forcément en lien avec la pathologie du patient ou ce qu'il s'est passé pendant l'hospitalisation. Donc d'être bien au clair du pourquoi.

M : Du pourquoi ?

P08 : Parce que ça amènera à plus d'adhésion à parvenir au traitement antérieur.

M : D'accord.

(Silence)

M : Juste en deux, mots, pouvez-vous décrire votre pratique, euh l'environnement dans lequel vous exercez ?

P08 : Alors ben ici on va dire c'est semi-rural. Euh on a la chance de ne pas avoir de carence en médecin, ouf ! Parce qu'il y a eu pas mal de départs en retraite niveau médecin générale, mais on a eu quelque chose comme sept installations euh, ces trois dernières années dans le secteur. Donc c'est plutôt bien. On a quand même relativement

beaucoup de facilité par rapport à la proximité du CH.

Donc ça c'est quand même assez confortable parce qu'on a le CH qui n'est pas loin. Donc moi je trouve que c'est quand même confortable même si ça l'est moins aussi dans la mesure aussi ou il y a quand même là pas mal de départ en retraite de spécialistes et qui ne sont pas forcément couverts. Donc là on va perdre notre rhumato fin, fin septembre, on a perdu notre dermato récemment, pas forcément remplacé. Mais je dirais globalement on ne peut pas, on ne peut pas se plaindre.

M : D'accord.

P08 : Au niveau du fonctionnement du cabinet, donc moi je suis associé avec mon époux, on est installé de longue date, depuis 31 ans.

M : D'accord.

P08 : J'ai une activité partielle au cabinet parce que je travaille deux jours par semaine en EHPAD comme médecin coordonnateur. *(Le téléphone sonne, l'informant le laisse sonner et continue l'entretien)*

M : D'accord.

P08 : J'avais passé la capacité de gériatrie du temps, enfin quand ça existait encore il y a une dizaine d'année.

M : Ah oui.

P08 : Donc ça fait neuf ans que je travaille comme médecin coordonnateur.

M : D'accord.

P08 : Donc moi c'est ça, je travaille au cabinet trois jours temps plein, et quand je suis en maison de retraite, je travaille le soir ou en nocturne au cabinet. Je ne travaille pas le samedi. Mon mari lui travaille cinq jours sur sept au cabinet.

M : OK.

Alors vous avez évoqué la justification des traitements, est-ce que ça fait appel à une situation, qui vous a marqué, récente ou non, de sortie d'hospitalisation ?

P08 : non pas forcément, pas forcément...voilà, là il aurait fallu que je réfléchisse avant ! *(Rire)*. Ça ne me vient pas.

M : Le processus de conciliation médicamenteuse vous connaissez ? Vous en avez déjà entendu parler ?

P08 : Je ne connaissais pas. C'est mis en place depuis combien de temps du coup ?

M : Le processus a été formalisé depuis à peu près 2015 par la HAS.

P08 : D'accord. Après c'est intéressant, je trouve que c'est une démarche intéressante. Qui ne doit pas être simple à mettre en place au niveau des hôpitaux !

M : Mais c'est intéressant que vous ne connaissiez pas le processus.

P08 : Ah je n'en avais pas du tout du tout du tout entendu parler. Non, du tout.

M : Selon vous, en quoi ce genre de processus peut répondre à un besoin, une difficulté dans la révision des traitements ?

P08 : Alors ça peut être un appui, parce que parfois c'est pas toujours simple de changer des médicaments qui sont prescrits depuis longtemps, non ça.... Ça peut être un appui.

M : En quoi ce n'est pas simple de modifier un traitement ?

P08 : Parfois les... les patients sont parfois accrochés à des molécules qu'ils ont depuis longtemps hein. Donc euh, leur, je pensais à une patiente qui est allée au cabinet relativement récemment, qui est une dame qui a euh, des anxiolytiques depuis, je dirais à mon avis inadaptés et depuis longtemps. Rien que l'idée de... de modifier un tout petit peu, d'essayer, voilà euh, c'est (*Mime la panique*) « Aaaaah !!! » (*Rires*). « Je prends ça depuis 20 ans, ce n'est pas possible... » Voilà.

M : L'hospitalisation peut aider...

P08 : Voilà. Ça peut être un moment opportun pour, euh, parfois, ça, ça peut être intéressant.

M : Qu'est ce que vous pensez que l'hospitalisation a de plus justement, peut apporter pour cette patiente par exemple ?

P08 : Le... Ben en hospitalisation je pense que ça sera mis en place et donnée tel que ça doit l'être, il y aura forcément une tent... Au moins une tentative ! Bon après ça marche, ça marche pas mais il y aura au moins un essai qui sera... Parce que là pour cette dame j'ai essayé trois renouvellements... Mais bon c'est tout ! C'est un non catégorique. Voilà, c'est comme ça depuis des années, comme c'est comme ça depuis des années, euh, on n'y touche pas.

M : Et vous pensez que cette patiente elle est plus à même d'accepter en hospitalisation de modifier le traitement ?

P08 : Je pense. Je pense. Je pense...

M : Parce qu'il y a un autre discours ? Le contexte ?

P08 : Oui, non, mais le double discours ça aide ! Ça aide quand même.

M : Ca aide ?

P08 : Ça aide, ça aide. Je l'ai déjà vu avec des remplaçants par exemple. J'ai parlé de choses pendant quelques mois, on me dit oui, oui, oui, on me dit non, non, non. Finalement le remplaçant dit la même chose et euh, ben la fois suivante euh... Je pense à une personne en particulier, hein, c'est encore une histoire psychotropes hein ! C'est une dame qui euh, là c'était l'inverse, qui euh était opposée à avoir la dose thérapeutique. J'avais beau lui expliquer que de toute façon, pour un antidépresseur si elle avait été sous-dosée, ben finalement elle aurait pas l'efficacité, et que on avait quand même des effets délétères ! Et le fait que le remplaçant lui ait mis la chose, lui ait redit la même chose, elle a accepté d'essayer. Donc...

M : Ce double discours là il peut être intéressant...

P08 : ça peut être intéressant, tout à fait.

M : D'accord.

P08 : Tout à fait donc euh... OK ! J'ai appris quelque chose que je ne savais pas que ça existait, c'est intéressant.

M : C'est intéressant aussi que vous ne savez pas que ça existait ! *(Rires)*

(Silence)

M : Pensez-vous que la conciliation peut être intéressante pour des types de patients en particulier ?

P08 : *(Inspire)*... La gériatrie assurément. La gériatrie, assurément.

M : Pour des raisons...

P08 : Ah ça je pense que oui. Le... En...*(Le téléphone sonne à nouveau, l'informant s'excuse et prend l'appel, puis raccroche)*.

M : On parlait du ciblage de la population gériatrique, pourquoi ça serait intéressant pour eux ?

P08 : Parce c'est une population, euh, fragile, polymédiquée, et les effets indésirables sont potentiellement plus embêtants à, à gérer.

M : Vous les ciblez déjà particulièrement ?

P08 : Oui, parce que j'ai eu cette culture avec la capacité de gériatrie, donc euh... voilà. Donc euh... je tente ! *(Rires)*

M : Vous tentez ? C'est pas tous les jours faciles ?

P08 : Je tente . J'ai pris l'habitude de dire aux patients qu'un médicament un jour ce n'est pas un médicament toujours. Qu'il soit au moins dans la démarche, que ça puisse être modifié... Et voilà.

M : Vous voyez la différence en consultation quand on explique le traitement à un patient, en sortie d'hospitalisation ?

P08 : Et bien j'ai... Je n'ai pas toujours l'impression que ça leur ait été expliqué. Je n'ai pas toujours...

M : Et qu'est ce qui vous fait dire ça ?

P08 : Ben, parce que parfois, ils ont pas toujours l'air d'être au courant. Euh, là où ils semblent être plutôt bien au courant c'est quand les gens sortent d'endocrino. Alors je ne sais pas s'ils pratiquent la conciliation médicamenteuse, mais, euh, là j'ai vraiment le sentiment voilà qu'il y a eu une éducation thérapeutique et que les gens sont bien... Mais sinon voilà. Mais sinon pas forcément.

M : Et le patient, ça se voit qu'il comprend bien son traitement ?

P08 : Ben le, enfin, je pense qu'en endocrino qu'ils sont plus habitués à l'éducation thérapeutique. Comment utiliser leur glucometer, comment aussi parfois adapter leur dose pour les gens qui sont sous insuline. Donc je pense qu'ils sont habitués, voilà, à être accompagnés en éducation thérapeutique et du coup ça devient une philosophie aussi.

M : Et ça change quelque chose dans la consultation ?

P08 : Oui ! Parce que ils sont plus impliqués. Ils sont plus impliqués. Et... Oui.

(Silence)

M : A propos du mode de communication, de ce genre de processus, avec la remise d'un plan de prise, la façon dont ça vous serait communiqué, ça serait quoi l'idéal ?

P08 : Non, dans le courrier, je pense que ça peut être... Mais dans ce cas là ça pourrait être noté quoi ! Maintenant que je connaît le processus ! « Cela fait suite à une conciliation médicamenteuse ». enfin là je pense que voilà, en tant que généraliste qu'on soit bien au courant que ça se fait. Je pense, que ça aurait pu être intéressant au préalable d'informer, euh, les, l'ensemble des confrères qu'il y a une mise en place de ce processus, et que forcément il y a des retentissements sur nous. Je pense que ça aurait pu être intéressant. De nous informer au préalable en disant voilà, en quelques mots la conciliation médicamenteuse c'est ça, on met ça en place à partir de telle date, et que du coup dans le plan de traitement ça apparaisse en disant, voilà, suite à la conciliation médicamenteuse on propose telle ou telle chose.

M : Vous préférez la forme d'un courrier papier, dématérialisé ?

P08 : De toute façon on tend vers la dématérialisation, ce processus est en, est en route, de toute façon ! C'est déjà bien avancé.

M : Et pour le patient ?

P08 : Ben le patient souvent maintenant il reçoit des courriers. Donc, euh... Donc après forme dématérialisé ou papier ça dépend de la tranche d'âge du patient !

M : Vous avez d'autres attentes, dans l'idéal comment ce processus pourrait se passer ?

P08 : *(Réfléchit)*... Écoutez, comme ça, non.

Entretien n°9

(L'informant souhaite employer le tutoiement pendant l'entretien)

M : En première question, déjà, comment tu décrirais ta pratique, l'environnement dans lequel tu travailles ?

P09 : Du coup je suis dans une grosse maison médicale, donc c'est plutôt cool ! On a une psy, une diet', des infirmières, un orthoptiste, une orthophoniste, enfin vraiment on a plein de paramédicaux, donc on a une bonne cohérence pour la prise en charge globale des patients. Je suis dans un milieu plutôt rural ! Et j'ai plutôt une patientèle jeune. C'est une patientèle qui me correspond, jeune et dynamique, j'ai pas mal de bébés, j'ai aussi des personnes âgées en maison de retraite. Après je me suis installée il y a trois ans.

M : D'accord.

P09 : En fin d'internat, et... et c'est trop cool ! *(Rires)*

M : Et bien super ! En première question, pour en venir au sujet, est-ce que le sujet qu'on a abordé ça te fait évoquer une expérience récente, ou non qui t'a marqué sur ce thème.

P09 : Oui... *(Rires)* Alors moi je trouve ça génial quand les hôpitaux font un gros point sur les traitements. Parce qu'on est généraliste, on est d'accord, on ne connaît pas tout et que les spécialistes rajoutent des traitements et qu'à la fin le patient il a une liste de médicaments affolante où on peut rien enlever parce que dès qu'il retourne voir son spécialiste il lui dit « Ben ouais mais, il est où là votre médicament ? ». Donc ça moi je trouve que ça serait bien.

Par contre moi j'ai eu un problème avec un patient en maison de retraite, un patient psy hein, complètement psy. Ils lui ont changé tooouuuut son traitement, tout, tout, tout, tout. Sauf que le patient est complètement déséquilibré au quotidien, du coup avant il était vachement équilibré, réévaluation de traitement, patient complètement déséquilibré, du coup moi je recharge ! *(Rire)* Parce que le quotidien fait que on doit recharger. Et après quand il va revoir l'hôpital, en hospit, ils me le re-rechargent... En fait ce qui m'embête, en hospitalisation, en psychiatrie, les patients ils sont pas du tout dans leur environnement, et ils ont pas du tout le même comportement que quand ils sont... Voilà, là en maison de retraite avec leurs habitudes et tout ça. Et ce qui m'embête, c'est de changer des traitements... Après je me suis pas faite engueuler mais... On m'a dit *(d'un ton énervé)* « Ouais, si on change le traitement ce n'est pas pour rien ! » Ouais, mais dans ce cas là, venez !

M : C'était par quel moyen, par téléphone, sur le courrier qu'on t'a dit ça ?

P09 : Euh non, c'était pas comme ça, mais c'était en gros « Merci de ne plus changer le traitement » et sauf que moi au quotidien c'est impossible à tenir. Du coup quand vous voyez un patient à l'hôpital, vous changez le traitement, vous le revoyez trois mois après il a « re » son traitement, je suppose qu'au niveau hospitalier vous vous dites « Mais pourquoi ils ont fait ça ? ». Mais c'est parce que nous on gère plus le quotidien, et du coup parfois... *(Souffle)* c'est, ici ils sont gentils hein ! Mais voilà.

M : Il y a différence entre les deux, entre le lieu de vie et le milieu hospitalier qui...

P09 : Ah ben complètement.

M : Et à part ce courrier, il y a eu une communication ? Parce que forcément il y a du y

avoir des allers-retours, des incompréhensions apparemment de leur côté ?...

P09 : Ouais, alors après j'ai appelé la psychiatre, j'ai expliqué tout ça, mais du coup elle a un peu modifié, mais il faut y aller doucement !

M : Oui, ce n'était pas évident comme rapport à avoir...

P09 : Non, et puis je suis jeune, et puis je suis médecin traitant... *(Rire)* Il y a... C'est... ça arrive de moins en moins, mais le côté médecin traitant... « C'est moi la spé » donc euh...

M : Et toi comment tu te sens par rapport à ça, quand tu dois appeler le psychiatre, que tu as ça comme réaction...

P09 : Euh... *(Rire gêné)* alors moi je suis plutôt sûre de moi ! *(Rire)* Je suis plutôt cash comme médecin, donc je lui ai dit « non mais votre traitement c'est n'importe quoi, venez voir sinon ! ». Et bien bizarrement ils ne sont jamais venus ! Donc voilà, après moi j'assume plutôt mes positions mais ce sont des réflexions contre les spé... Bon ça fait partie du métier.

M : Et le patient dans tout ça, comment il se sentait ?

P09 : Ah ben lui le changement il ne l'a pas du tout supporté, donc euh quand j'ai commencé à remettre tout doucement son traitement de base, là il est équilibré tout va bien.

M : Ouais.

P09 : C'est la différence.

M : Mais il avait compris que le traitement avait changé ?

P09 : Ah oui oui oui oui ! Il compte ses médicaments ! *(Rires)* Il est psy, il est vachement à cheval sur ses médicaments.

M : Mais le fait que ça ait changé ça ne l'avait pas perturbé plus que ça ?

P09 : Ah ben il était complètement agressif, il avait un gros changement de comportement. En maison de retraite du coup tu as les infirmières qui t'appellent en disant « Oulala ! Oulala ! Oulala ! ». Donc ça a été constaté donc... Après moi je... voilà.

M : D'accord, ok. A propos de la réévaluation en elle-même, un patient qui part en milieu hospitalier, comme ce patient en psy par exemple, euh, qu'est-ce que tu en attends, de l'hôpital ? Quand tu l'adresses à l'hôpital.

P09 : Ben, évidemment ça dépend du service dans lequel t'envoies. On va pas se mentir ! Il y a surtout ça. Après moi quand j'envoie à l'hôpital, je veux que, par exemple en gériatrie je veux qu'il y ait une réévaluation globale du patient. Et je veux, par exemple quand j'envoie aux urgences, en disant merci de prendre en charge tout ça, les médicaments à la limite je m'en... fiche, parce que ça je peux gérer. Mais euh... la réalisation d'exams complémentaires. Enfin, en ville on n'a rien. On a notre stétho et notre intuition. Du coup quand on l'envoie à l'hôpital ce n'est pas pour qu'ils disent *(inspire)* Ben voilà. L'hôpital a des moyens de faire des exams complémentaires plus facilement qu'en ville, parce que là où on est installé, des rendez-vous spécialistes en ville ou des exams complémentaires c'est compliqué à avoir, et euh... Moi je voudrais ça *(Rire)*.

Mais ce n'est pas toujours facile !

M : Et que ce soit global ?

P09 : Ouais, global. Mais ça dépend toujours de là où tu les envoies, enfin dans quel service tu les envoies.

M : Le fait de ne pas avoir d'examens complémentaires en ville te pose une difficulté pour réévaluer des traitements ?

P09 : Euh... Surtout les suivis spé. C'est surtout ça. Et euh... c'est surtout les suivis spé pour les traitements. Sinon je fais facilement le ménage dans les ordonnances, dès que je peux enlever deux trois trucs je les enlève. Quitte à revoir le patient plus vite que normalement, voir s'il est équilibré ou pas, ça je le fais mais c'est... C'est les spécialistes c'est compliqué.

M : C'est un frein pour voir si tel ou tel traitement marche bien...

P09 : C'est ça et ça rajoute une charge à notre boulot. Médecin généraliste, on traîne des diabètes qui n'ont jamais vu l'endocrino hein. Parce que un endocrino dans le coin c'est galère, parce que il y a des rendez-vous à 8 mois, le patient est déséquilibré ben c'est à toi de gérer. Ça rajoute une charge. C'est un exemple hein, ça rajoute une charge, c'est comme les pneumos, ça c'est à toi gérer.

M : ça rajoute une charge c'est à dire ?

P09 : C'est à dire que on est médecin généraliste, on est n'est pas spécialiste et on ne peut pas prendre le patient en charge n'importe comment en faisant « Boah, on va tester ça et on verra bien ».

M : Oui ?

P09 : Du coup ça sort un peu de notre cadre.

M : Et quand tu n'as pas accès à ces examens complémentaires, aux spécialistes...

P09 : Comment je fais ? *(Rire)*

M : Oui ?

P09 : Comment je fais, euh je gère avec les connaissances que j'ai, et après vu que je suis dans une grosse maison médicale en fait je sais que mes collègues dès que j'ai une question, ils seront là.

M : Vous discutez des dossiers ? De façon formalisée ou...

P09 : Ouais, euh, on fait des réunions régulièrement pour parler un petit peu des cas qui nous embête. Et après il suffit de voir le collègue passer et voilà.

M : Donc tu me disais, le terme de conciliation médicamenteuse en elle-même, tu...

P09 : Oh, ben j'ai du l'entendre pendant les études ! *(Rires)*

M : Est-ce que tu as déjà vu dans un courrier, ou un patient qui sortait avec, un plan de prise avec une réévaluation un peu plus poussée des médicaments ?

P09 : Euh... Ouais ça j'ai déjà eu. Toujours en maison de retraite. Je suis désolé, moi j'ai que des jeunes ici, c'est rare qu'ils aillent à l'hôpital ! *(Rire)*

M : Oui, c'est vrai que c'est plus fréquent en gériatrie, mais on retrouve aussi la conciliation en psychiatrie, en onco...

P09 : Ouais, c'est ça.

M : Quand t'en vois passer, ça vient des hôpitaux des alentour ?

P09 : Ouais

M : Globalement quand c'est un peu plus complet au niveau de la description des modifications de traitement, est-ce que tu ressens un bénéfice ou est-ce que ça ne t'apporte pas forcément grand-chose dans la pratique ?

P09 : Euh non c'est bien. Moi je trouve que c'est bien d'avoir un regard neuf sur les patients que tu suis depuis des années. Euh... après pareil je les revois souvent donc les réévalue... Et voilà. Mais quoiqu'il se passe je prends en compte, quand mes patients ils rentrent d'hospit, mon premier truc c'est que je prends en compte le traitement réévalué. Et après j'adapte en fonction quoi.

M : Donc systématiquement c'est réévalué en sortie.

P09 : C'est, euh, voilà. Il sort, il a sa nouvelle ordonnance, je fais les changements sur le logiciel pour qu'il ait ce traitement là, et après c'est réévalué.

M : Tu as déjà eu des cas ou des sorties d'hospitalisation t'ont apporté des difficultés par rapport à des traitements ?

P09 : Non.

M : Des divergences, des erreurs des doublons ?

P09 : Non, ça ne me parle pas.

M : OK. Avec l'idée en tête d'un processus comme la conciliation médicamenteuse, qu'est-ce que tu en attendrais ?

P09 : C'est à dire ?

M : Par exemple quel mode de communication...

P09 : Un courrier c'est bien !

M : Directement sur le courrier ?

P09 : Oui, sur le courrier direct.

M : Par voie postale, informatique ?

P09 : Moi je préfère le papier.

M : Oui ?

P09 : Après je scanne tout hein ! Mais je préfère le papier, puis au moins le patient il a son exemplaire à lui aussi.

(L'entretien est interrompu par la remise d'un recommandé)

M : Donc on était en train de parler des moyens de communication, tu disais que tu

préfèrais le papier ? Parce que c'est concret, le patient sort avec ?

P09 : Parce qu'il sort avec. C'est bête hein, mais il sort avec. Du coup si il a un doute ou quoi que ce soit, je suis plutôt proche des patients, c'est facile pour eux, je fonctionne plutôt par SMS. C'est facile pour eux de m'envoyer un SMS et de voir s'ils ont des questions, desc hoses comme ça il n'y a pas de soucis. Mais au moins ils ont une preuve écrite quoi. Parce que si je leur dit « On va faire ça, on va faire ça, on va faire ça ! », ils rentrent chez eux ils ont rien fait. Donc au moins il y a une preuve.

M : Pas de soucis avec les ordonnances de sortie ?

P09 : Ben quand c'est fait à l'ordinateur non. (*Rires*) Parce que des fois on ne comprend rien ! Mais bon on s'en sort.

M : OK ! Sur ce thème est-ce que tu as d'autres expériences, autant des difficultés que, euh... des bénéfices ?

P09 : Sur les prises en charges soins palliatifs, je suis en lien, je travaille aussi dans une clinique, où il y a un service de soins pall. Du coup pour moi c'est très facile d'appeler, d'avoir des conseils, ça c'est quand même vachement bien.

M : Pour les gestions au domicile ?

P09 : Oui. C'est quand même vachement bien, t'es en lien avec, et... C'est pas facile de gérer les soins palliatifs au domicile, quand t'es tout jeune ce n'est pas facile donc c'est bien d'avoir un milieu hospitalier derrière que je peux appeler et qui met en place tout ce qu'il faut, toutes les aides, ils m'aiguillent vachement. C'est un soulagement !

M : Est-ce que tu as d'autres attentes en particulier sur ce thème-là ? Par rapport au patient, les explications...

P09 : Euh... les explications à l'hôpital par rapport à la nécessité de la prise du traitement je trouve que c'est moins développé, et du coup c'est à nous de reprendre derrière. Du coup je sais que ils n'ont pas que ça à faire et que ils ont un boulot monstre et que voilà hein, mais réexpliquer au patient pourquoi il doit prendre le traitement prescrit. Parce que moi je leur dit, très bien, mais si il y a une deuxième couche de quelqu'un d'autre, encore mieux ! Ça c'est tout bénéf. Pour moi c'est tout bénéf.

M : La répétition c'est bénéfique quand le patient on lui a déjà bien expliqué...

P09 : C'est ça.

M : ça se ressent, ça se voit, c'est plus simple la consultation ?

P09 : Ouais ! Et puis le patient il arrive en disant « ben voilà on m'a expliqué que ce traitement là c'était mieux que celui que j'avais, du coup je veux changer de traitement.... » Ouais ! À ce moment là j'ai tout gagné quoi.

M : Un effet sur le patient aussi ?

P09 : Ah oui ! Il est beaucoup plus observant, du fait que ça lui a été expliqué, ça il n'y a pas de doute.

M : Ok. Tu as d'autres remarques, d'autres attentes ?

P09 : Écoute, euh, non.

AUTEUR : MICULIAN Maxime

Date de soutenance : 22 septembre 2022

Titre de la thèse : Conciliation médicamenteuse hospitalière : perceptions et attentes des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : Médecine

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : Conciliation médicamenteuse, étude qualitative, médecin généraliste, hospitalisation, médicaments, soins primaires, lien ville-hôpital

Résumé :

Contexte : La conciliation médicamenteuse (CM) hospitalière est un processus formalisé visant à corriger les erreurs médicamenteuses, notamment aux points de transition entre la ville et l'hôpital. Ce processus, ayant fait ses preuves quant à ses qualités médico-économiques, est promu par la HAS depuis un peu moins de dix ans. Cependant, peu d'études ont jusqu'à présent interrogé les médecins généralistes (MG) sur le sujet, bien qu'ils soient un des acteurs principaux du traitement. Cette étude vise à recueillir les perceptions et attentes des MG du Nord et du Pas-de-Calais à propos de la CM.

Méthodes : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes sélectionnés par échantillonnage théorique. Les verbatim retranscrits ont été étiquetés de façon triangulée avant l'analyse, inspirée par la théorisation ancrée.

Résultats : 9 entretiens ont permis d'obtenir une saturation des données. Les MG expriment d'importantes difficultés à optimiser le traitement de leurs patients en ville. Les freins principaux déclarés par les MG à ce sujet sont les sollicitations des patients, le manque d'accès aux spécialistes et aux examens complémentaires, ainsi que les défaillances de communication provenant de l'hôpital. Les MG attendent principalement de l'hôpital une alliance pour surmonter ces difficultés. La CM est un processus très peu connu des MG, pouvant répondre partiellement aux besoins exprimés, mais requérant une communication plus large.

Conclusion : La CM est un outil hospitalier pouvant faire écho à des difficultés que rencontrent les MG en ville. Les MG expriment néanmoins le besoin de reconnaissance des réalités de la ville par leurs homologues hospitaliers.

Composition du Jury :

Président : Pr François PUISIEUX

Assesseurs : Pr Marc BAYEN

Dr Morgane MASSE

Dr Anne-Marie REGNIER

Directrice de thèse : Dr Anne-Marie REGNIER