BU bibliothèque Lyon 1

http://portaildoc.univ-lyon1.fr

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)

http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr

BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

Université Claude Bernard Lyon 1

UFR de médecine LYON-EST

Année 2018 N°121 et N°122

# Perception des médecins généralistes des modifications d'ordonnances par les gériatres hospitaliers

Thèse d'exercice en médecine

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 5 juin 2018
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Edith Bosveil née le 06/02/1990 à Valence
Elodie Favro (ép Monier) née le 02/05/1989 à Viriat

Sous la direction du Docteur MARECHAL François

BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

Université Claude Bernard Lyon 1

UFR de médecine LYON-EST

Année 2018 N°121 et N°122

# Perception des médecins généralistes des modifications d'ordonnances par les gériatres hospitaliers

Thèse d'exercice en médecine

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 5 juin 2018
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Edith Bosveil née le 06/02/1990 à Valence
Elodie Favro (ép Monier) née le 02/05/1989 à Viriat

Sous la direction du Docteur MARECHAL François


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

# Université Claude Bernard – Lyon 1

| | |
|---|---|
| Président | Frédéric FLEURY |
| Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales | Pierre COCHAT |
| Directrice Générale des Services | Dominique MARCHAND |

**Secteur Santé**

| | |
|---|---|
| UFR de Médecine Lyon Est | Doyen : Gilles RODE |
| UFR de Médecine Lyon Sud- Charles Mérieux | Doyen : Carole BURILLON |
| Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB) | Directrice : Christine VINCIGUERRA |
| UFR d'Odontologie | Directeur : Denis BOURGEOIS |
| Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR) | Directeur : Xavier PERROT |
| Département de Biologie Humaine | Directrice : Anne-Marie SCHOTT |

**Secteur Sciences et Technologie**

| | |
|---|---|
| UFR de Sciences et Technologies | Directeur : Fabien de MARCHI |
| UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS) | Directeur : Yannick VANPOULLE |
| Polytech Lyon | Directeur : Emmanuel PERRIN |
| I.U.T. | Directeur : Christophe VITON |
| Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA) | Directeur : Nicolas LEBOISNE |
| Observatoire de Lyon | Directrice : Isabelle DANIEL |
| Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Education (ESPE) | Directeur : Alain MOUGNIOTTE |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

# Faculté de Médecine Lyon Est

# Liste des enseignants 2017/2018

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2**

| | | |
|---|---|---|
| Blay | Jean-Yves | Cancérologie ; radiothérapie |
| Borson-Chazot | Françoise | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale |
| Cochat | Pierre | Pédiatrie |
| Cordier | Jean-François | Pneumologie ; addictologie |
| Etienne | Jérôme | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Guérin | Claude | Réanimation ; médecine d'urgence |
| Guérin | Jean-François | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| Mornex | Jean-François | Pneumologie ; addictologie |
| Nighoghossian | Norbert | Neurologie |
| Ovize | Michel | Physiologie |
| Ponchon | Thierry | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Revel | Didier | Radiologie et imagerie médicale |
| Rivoire | Michel | Cancérologie ; radiothérapie |
| Rudigoz | René-Charles | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| Thivolet-Bejui | Françoise | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Vandenesch | François | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1**

| | | |
|---|---|---|
| Breton | Pierre | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| Chassard | Dominique | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Claris | Olivier | Pédiatrie |
| Colin | Cyrille | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| D'Amato | Thierry | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| Delahaye | François | Cardiologie |
| Denis | Philippe | Ophtalmologie |
| Disant | François | Oto-rhino-laryngologie |
| Douek | Philippe | Radiologie et imagerie médicale |
| Ducerf | Christian | Chirurgie digestive |
| Finet | Gérard | Cardiologie |
| Gaucherand | Pascal | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| Herzberg | Guillaume | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Honnorat | Jérôme | Neurologie |
| Lachaux | Alain | Pédiatrie |
| Lehot | Jean-Jacques | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Lermusiaux | Patrick | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| Lina | Bruno | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Martin | Xavier | Urologie |
| Mellier | Georges | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| Mertens | Patrick | Anatomie |
| Miossec | Pierre | Immunologie |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | |
|---|---|---|
| Morel | Yves | Biochimie et biologie moléculaire |
| Moulin | Philippe | Nutrition |
| Négrier | Claude | Hématologie ; transfusion |
| Négrier | Sylvie | Cancérologie ; radiothérapie |
| Ninet | Jean | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| Obadia | Jean-François | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| Rode | Gilles | Médecine physique et de réadaptation |
| Terra | Jean-Louis | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| Zoulim | Fabien | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Première classe**

| | | |
|---|---|---|
| Ader | Florence | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| André-Fouet | Xavier | Cardiologie |
| Argaud | Laurent | Réanimation ; médecine d'urgence |
| Aubrun | Frédéric | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Badet | Lionel | Urologie |
| Barth | Xavier | Chirurgie générale |
| Bessereau | Jean-Louis | Biologie cellulaire |
| Berthezene | Yves | Radiologie et imagerie médicale |
| Bertrand | Yves | Pédiatrie |
| Boillot | Olivier | Chirurgie digestive |
| Braye | Fabienne | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie |
| Chevalier | Philippe | Cardiologie |
| Colombel | Marc | Urologie |
| Cottin | Vincent | Pneumologie ; addictologie |
| Cotton | François | Radiologie et imagerie médicale |
| Devouassoux | Mojgan | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Di Fillipo | Sylvie | Cardiologie |
| Dumontet | Charles | Hématologie ; transfusion |
| Dumortier | Jérome | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Durieu | Isabelle | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie |
| Edery | Charles Patrick | Génétique |
| Fauvel | Jean-Pierre | Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie |
| Guenot | Marc | Neurochirurgie |
| Gueyffier | François | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| Guibaud | Laurent | Radiologie et imagerie médicale |
| Javouhey | Etienne | Pédiatrie |
| Juillard | Laurent | Néphrologie |
| Jullien | Denis | Dermato-vénéréologie |
| Kodjikian | Laurent | Ophtalmologie |
| Krolak Salmon | Pierre | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie |
| Lejeune | Hervé | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| Mabrut | Jean-Yves | Chirurgie générale |
| Merle | Philippe | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Mion | François | Physiologie |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | |
|---|---|---|
| Morelon | Emmanuel | Néphrologie |
| Mure | Pierre-Yves | Chirurgie infantile |
| Nicolino | Marc | Pédiatrie |
| Picot | Stéphane | Parasitologie et mycologie |
| Raverot | Gérald | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale |
| Rouvière | Olivier | Radiologie et imagerie médicale |
| Roy | Pascal | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| Saoud | Mohamed | Psychiatrie d'adultes |
| Schaeffer | Laurent | Biologie cellulaire |
| Scheiber | Christian | Biophysique et médecine nucléaire |
| Schott-Pethelaz | Anne-Marie | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| Tilikete | Caroline | Physiologie |
| Truy | Eric | Oto-rhino-laryngologie |
| Turjman | Francis | Radiologie et imagerie médicale |
| Vanhems | Philippe | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| Vukusic | Sandra | Neurologie |

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe**

| | | |
|---|---|---|
| Bacchetta | Justine | Pédiatrie |
| Boussel | Loïc | Radiologie et imagerie médicale |
| Calender | Alain | Génétique |
| Chapurlat | Roland | Rhumatologie |
| Charbotel | Barbara | Médecine et santé au travail |
| Chêne | Gautier | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| Collardeau Frachon | Sophie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Crouzet | Sébastien | Urologie |
| Cucherat | Michel | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| Dargaud | Yesim | Hématologie ; transfusion |
| David | Jean-Stéphane | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Di Rocco | Federico | Neurochirurgie |
| Dubernard | Gil | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| Dubourg | Laurence | Physiologie |
| Ducray | François | Neurologie |
| Fanton | Laurent | Médecine légale |
| Fellahi | Jean-Luc | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Ferry | Tristan | Maladie infectieuses ; maladies tropicales |
| Fourneret | Pierre | Pédopsychiatrie ; addictologie |
| Gillet | Yves | Pédiatrie |
| Girard | Nicolas | Pneumologie |
| Gleizal | Arnaud | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| Henaine | Roland | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| Hot | Arnaud | Médecine interne |
| Huissoud | Cyril | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| Jacquin-Courtois | Sophie | Médecine physique et de réadaptation |
| Janier | Marc | Biophysique et médecine nucléaire |
| Lesurtel | Mickaël | Chirurgie générale |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | |
|---|---|---|
| Levrero | Massimo | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Maucort Boulch | Delphine | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| Michel | Philippe | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| Million | Antoine | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire |
| Monneuse | Olivier | Chirurgie générale |
| Nataf | Serge | Cytologie et histologie |
| Peretti | Noël | Nutrition |
| Pignat | Jean-Christian | Oto-rhino-laryngologie |
| Poncet | Gilles | Chirurgie générale |
| Poulet | Emmanuel | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| Ray-Coquard | Isabelle | Cancérologie ; radiothérapie |
| Rheims | Sylvain | Neurologie |
| Richard | Jean-Christophe | Réanimation ; médecine d'urgence |
| Rimmele | Thomas | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Robert | Maud | Chirurgie digestive |
| Rossetti | Yves | Physiologie |
| Souquet | Jean-Christophe | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Thaunat | Olivier | Néphrologie |
| Thibault | Hélène | Physiologie |
| Wattel | Eric | Hématologie ; transfusion |

**Professeur des Universités - Médecine Générale**

| | |
|---|---|
| Flori | Marie |
| Letrilliart | Laurent |
| Moreau | Alain |
| Zerbib | Yves |

**Professeurs associés de Médecine Générale**

| | |
|---|---|
| Lainé | Xavier |

**Professeurs émérites**

| | | |
|---|---|---|
| Baulieux | Jacques | Cardiologie |
| Beziat | Jean-Luc | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| Chayvialle | Jean-Alain | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Cordier | Jean-François | |
| Daligand | Liliane | Médecine légale et droit de la santé |
| Droz | Jean-Pierre | Cancérologie ; radiothérapie |
| Floret | Daniel | Pédiatrie |
| Gharib | Claude | Physiologie |
| Gouillat | Christian | Chirurgie digestive |
| Mauguière | François | Neurologie |
| Michallet | Mauricette | Hématologie ; transfusion |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | |
|---|---|---|
| Neidhardt | Jean-Pierre | Anatomie |
| Petit | Paul | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Sindou | Marc | Neurochirurgie |
| Touraine | Jean-Louis | Néphrologie |
| Trepo | Christian | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| Trouillas | Jacqueline | Cytologie et histologie |
| Viale | Jean-Paul | Réanimation ; médecine d'urgence |

**Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe**

| | | |
|---|---|---|
| Benchaib | Mehdi | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| Bringuier | Pierre-Paul | Cytologie et histologie |
| Chalabreysse | Lara | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Germain | Michèle | Physiologie |
| Jarraud | Sophie | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Le Bars | Didier | Biophysique et médecine nucléaire |
| Normand | Jean-Claude | Médecine et santé au travail |
| Persat | Florence | Parasitologie et mycologie |
| Piaton | Eric | Cytologie et histologie |
| Sappey-Marinier | Dominique | Biophysique et médecine nucléaire |
| Streichenberger | Nathalie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Tardy Guidollet | Véronique | Biochimie et biologie moléculaire |

**Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe**

| | | |
|---|---|---|
| Barnoud | Raphaëlle | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Bontemps | Laurence | Biophysique et médecine nucléaire |
| Charrière | Sybil | Nutrition |
| Confavreux | Cyrille | Rhumatologie |
| Cozon | Grégoire | Immunologie |
| Escuret | Vanessa | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Hervieu | Valérie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Kolopp-Sarda | Marie Nathalie | Immunologie |
| Lesca | Gaëtan | Génétique |
| Lukaszewicz | Anne-Claire | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| Meyronet | David | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Phan | Alice | Dermato-vénéréologie |
| Pina-Jomir | Géraldine | Biophysique et médecine nucléaire |
| Plotton | Ingrid | Biochimie et biologie moléculaire |
| Rabilloud | Muriel | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| Roman | Sabine | Physiologie |
| Schluth-Bolard | Caroline | Génétique |
| Tristan | Anne | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Venet | Fabienne | Immunologie |
| Vlaeminck-Guillem | Virginie | Biochimie et biologie moléculaire |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

**Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe**

| | | |
|---|---|---|
| Bouchiat Sarabi | Coralie | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Casalegno | Jean-Sébastien | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Cour | Martin | Réanimation ; médecine d'urgence |
| Coutant | Frédéric | Immunologie |
| Curie | Aurore | Pédiatrie |
| Duclos | Antoine | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| Josset | Laurence | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| Lemoine | Sandrine | Physiologie |
| Marignier | Romain | Neurologie |
| Menotti | Jean | Parasitologie et mycologie |
| Simonet | Thomas | Biologie cellulaire |
| Vasiljevic | Alexandre | Anatomie et cytologie pathologiques |

**Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale**

| | |
|---|---|
| Farge | Thierry |
| Pigache | Christophe |
| De Fréminville | Humbert |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

## Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

# Remerciements communs

**A Monsieur le Professeur Laurent LETRILLART**

Pour l'honneur que vous nous faites d'accepter d'être le président de ce jury. Merci de votre aide et de vos conseils. Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

**A Messieurs les Professeur Marc BONNEFOY et Pierre KROLAK-SALMON**

Pour votre disponibilité et pour nous faire l'honneur d'accepter de juger notre travail. Veuillez trouver ici le témoignage de notre vive reconnaissance.

**A notre directeur de thèse, Monsieur le Docteur François MARECHAL**

Au-delà de la direction de cette thèse empreinte de ton attention sans faille, tu as su nous transmettre tes connaissances et ta passion de la gériatrie. Merci pour tes conseils et ta présence.

**Aux médecins interrogés**

Merci pour votre participation à notre thèse et votre disponibilité.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

## Remerciements d'Edith Bosveil

**A ma co-thésarde**, après nos gardes aux urgences puis notre stage de gériatrie ensemble, nous nous sommes lancées dans cette aventure d'une thèse en commun, et j'en suis très heureuse. Nous nous sommes bien complétées ! Ça a été un plaisir de travailler entre amies. J'espère que malgré vos envies d'ailleurs nous garderons ce lien et continuerons à nous voir cette fois juste pour le plaisir !

**A ma mère**, merci de m'avoir accompagnée durant toutes mes études, des débuts chaotiques au CP jusqu'à la relecture de cette thèse aujourd'hui ! Merci de ta patience, ta disponibilité, ton écoute, ta bienveillance. Merci de me supporter dans les moments difficiles comme dans les bons moments d'ailleurs ! Merci de tout le temps et l'énergie que tu as consacrés pour me permettre aujourd'hui de m'épanouir dans ma vie professionnelle comme personnelle. Merci de m'aimer comme je suis. Je te dois tellement.

**A mon père,** merci par ton travail de m'avoir permis de faire ces études. Merci pour les moments de complicité de plus en plus forts que nous passons ensemble. Merci de ta disponibilité pour m'aider à réaliser tout ce qui est important pour moi.

Vous êtes des parents formidables. Je vous aime très fort.

Merci à **Nathalie et Cédric** de rendre mes parents heureux.

**A mon papi**, merci de ton écoute dans les moments difficiles au début de ces études, et merci pour les coups de pieds aux fesses ! Merci pour tous les bons moments passés ensemble en famille qui me font tant de bien. Oui ça y est j'ai compris, les champs Elysées sont là ! **A ma mamie**, merci aussi pour ton écoute et ta gentillesse, ta douceur, tes bons petits plats.

A mes **grands-parents paternels** mais aussi mes **tantes et oncles, Thibault et Alexane, Rémi, Théo, Quentin, Margaux, Chris et Yann**, merci de tous les bons moments en famille que nous avons passés ensemble, et que nous continuons de passer aujourd'hui.

**A mon homme,** nous écrivons une belle histoire tous les deux, maintenant 10 ans de chemin main dans la main ! Toutes nos premières expériences se sont faites ensemble et j'en suis si fière. Nous avons une complicité inébranlable. Tu es mon repère et mon pilier. Ton optimisme et ta bienveillance me comblent. Merci pour ta patience quand parfois je m'emballe. Encore tellement de belles choses qui nous attendent, et tant de projets. Je suis si heureuse de partager ma vie avec toi. Je t'aime.

A nos plus belles réussites, d'abord notre **Hugo**. Mon trésor, ma motivation de tous les jours. Tu es un petit être formidable et je ferai tout pour te rendre heureux. Je t'aime plus que tout, tu me combles


(CC BY-NC-ND 2.0)

de bonheur chaque jour. Et ton **petit frère,** qui n'est pas encore là mais qui ne va pas tarder, et que j'aime déjà tant. J'ai tellement hâte de te rencontrer.

**A ma Julie,** que j'aime tant, et avec qui j'ai tant plaisir à parler du sens de la vie comme de la pluie et du beau temps d'ailleurs ! Merci pour ton soutien indéfectible, pour tes conseils, ta bienveillance, pour les soirées entre filles (même quand on s'endort devant la télé !). Tu es une amie en or, et la sœur que je n'ai pas eue. A ton mari **Tagada** et sa bonne humeur communicative, vos barbecues, et tous les moments de bonheur que nous partageons tous les six.

**Au G8** : Alix, Chloé, Marine, Marie, de merveilleux moments au lycée et encore aujourd'hui avec nos familles respectives. Vous avez marqué des moments clefs de ma vie et continuez à être présentes. Je vous adore.

A mes amis d'enfance **Alix et Alexandre** ainsi que ma marraine **Alexandra** et **Eric**. La vie nous a toujours éloignés géographiquement mais vous êtes toujours dans mon cœur et je sais que quand nous nous retrouvons c'est comme si nous ne nous étions jamais quittés. Merci d'avoir rendu mon enfance et mon adolescence si belles et si joyeuses !

A mes co-internes, **Laura** et notre co voiturage à Villefranche (parfois périlleux !)**, Margaux** et tes yaourts maison**, Adeline** et nos mercredis midi au goût de mangue**, Marie** et **Sandra** et nos pauses café à l'Arbresle !


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

# Remerciements d'Elodie Favro

**A ma co-thésarde**

Merci pour ces 6 mois de gériatrie passés ensemble où nos pauses thé agrémentaient notre après-midi.

Merci pour ce travail en binôme, pour ton côté « spontané » qui complétait bien mon côté « réfléchi »…

De ce stage et de cette thèse est né un beau travail mais aussi une belle amitié.

**A mes parents et ma sœur**

Pour m'avoir soutenue et supportée durant toutes ces études.

**A mes grands-parents**

Pour votre soutien sans faille et empreint de fierté.

**A mon mari**

Pour ta présence et ton épaule réconfortante durant ces longues années.

Merci pour ton amour, ton amitié et ta folie douce du quotidien qui pimente notre vie.

Tu es mon garde-fou qui sait me ramener les pieds sur terre.

Et un grand merci pour l'assistance informatique…

Je t'aime BIEN !

**A mon fils Maximilien**

Malgré des débuts un peu difficiles tu as su nous montrer ta force et nous la transmettre.

Tes sourires égayent notre quotidien et j'ai hâte de te voir grandir et t'émerveiller du monde qui t'entoure.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

On s'étonne chaque jour d'avoir pu faire un petit humain aussi merveilleux. Tu fais ressortir le meilleur de nous-mêmes.

Je suis à toi pour toujours.

**A mes autres enfants à venir**

Si la vie nous permet de vous rencontrer et si un jour vous trouvez cette thèse sachez qu'elle aura un peu retardé votre venue mais je sais par avance qu'à votre façon aussi vous bouleverserez notre vie pour notre plus grand bonheur.

**A mes amies de médecine Julie, Kelly et Margaux**

Julie et Kelly vous aurez adouci ces années de médecine au cours de nos pauses café et de nos soirées.

Je suis fière de notre évolution professionnelle durant ces années mais aussi notre chemin personnel.

Margaux, pour ces 2 stages passés ensemble à râler.

**A mes autres amis**

A Violaine, Annabelle et Maud qui même si on ne se voit pas souvent restent une base solide.

A Jules, Thomas et Valentin qui m'ont intégrée à leur groupe. Même si notre projet de société collaborative ne restera je ne pense qu'un projet merci pour l'amitié que vous nous témoignez.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

# Liste des abréviations

AOD : Anticoagulants Oraux Directs

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVK : Anti-Vitamine K

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRH : Compte Rendu d'Hospitalisation

DCI : Dénomination Commune Internationale

EHPAD : Établissement d'Hébergement Pour Personnes Agées Dépendantes

EMG : Équipe Mobile de Gériatrie

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension Artérielle

IEC : Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

NACO : Nouveaux Anticoagulants Oraux

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SISRA : Système d'Information en Santé de la Région Rhône-Alpes

SMR : Service Médical Rendu

START/STOPP : Screening Tool to Alert to Right Treatment / Screening Tool Of Older People's Prescriptions

ZEPRA : Zéro Echanges Papier En Rhône-Alpes


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

# Sommaire


1 Introduction ..... 19

2 Matériel et méthode ..... 21

3 Résultats ..... 22

3.1 Réévaluation des ordonnances par les médecins généralistes ..... 24

3.1.1 Réévaluation des ordonnances par les généralistes lors des renouvellements ..... 24

3.1.2 Aide à la prescription par les logiciels informatiques ..... 24

3.1.3 Critères entraînant la réévaluation ..... 25

3.1.4 Difficultés rencontrées lors de la réévaluation ..... 26

3.2 Modifications réalisées par les gériatres lors de l'hospitalisation ..... 28

3.3 Le ressenti de ces modifications par les médecins généralistes ..... 30

3.3.1 Raisons des modifications apportées par les gériatres selon les médecins généralistes ..... 30

3.3.2 Mise en difficulté du généraliste ..... 31

3.4 Devenir de l'ordonnance du gériatre au décours de l'hospitalisation ..... 33

3.4.1 Evolution de l'ordonnance par les médecins généralistes ..... 33

3.4.2 Raisons des remodifications ultérieures par les médecins généralistes ..... 34

3.5 Apports et limites de la gériatrie hospitalière selon les généralistes ..... 36

3.5.1 Les apports et limites du gériatre ..... 36

3.5.2 Les apports et limites de l'hospitalisation en gériatrie ..... 39

3.6 Communication entre les généralistes et le gériatre ..... 42

3.6.1 Communication via le compte rendu ..... 43

3.6.2 Communication par téléphone ..... 44

3.6.3 Réflexions des généralistes autour des pistes d'amélioration à la communication ..... 46

4 Discussion ..... 49

4.1 Une réévaluation difficile de l'ordonnance en ambulatoire ..... 49

4.1.1 Un « renouvellement » plutôt qu'une réévaluation ..... 49

4.1.2 Des grilles d'aide à la prescription dédiées aux personnes âgées méconnues par les généralistes ..... 49

4.1.3 Une consultation jugée trop courte pour réévaluer les thérapeutiques ..... 50

4.1.4 L'influence du patient sur la prescription du médecin traitant ..... 50

4.1.5 Les limites ressenties par le médecin généraliste dans la réévaluation de ses propres ordonnances ..... 52




BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

4.2 Description par les médecins généralistes des modifications d'ordonnance réalisées en gériatrie ... 53
4.2.1 Types de modifications ... 53
4.2.2 Les raisons des modifications thérapeutiques réalisées en milieu hospitalier puis en ambulatoire selon les médecins interrogés ... 55
4.3 Ressenti global des médecins généralistes concernant le gériatre et ses prescriptions ... 58
4.3.1 Le gériatre : un spécialiste parfois non reconnu ... 58
4.3.2 L'expertise du gériatre permet d'optimiser l'ordonnance des patients âgés ... 59
4.3.3 Certaines modifications d'ordonnance mettent en difficulté les généralistes pour la gestion des traitements ultérieurs ... 60
4.3.4 Des modifications comprises mais parfois mal vécues, une préconisation souhaitée ... 61
4.4 L'apport de la structure hospitalière : accessibilité, plateau technique, personnel ... 62
4.5 Communication ... 63
4.5.1 Le compte rendu ... 63
4.5.2 Via le téléphone ... 64
4.5.3 Pistes d'amélioration ... 64
4.6 Forces et limites de notre étude ... 65
5 Conclusions ... 67
6 Bibliographie ... 69
7 Annexes ... 75
7.1 Canevas d'entretien ... 75
7.2 Verbatims ... 76
7.2.1 Réévaluation de l'ordonnance par le médecin généraliste ... 76
7.2.2 Modifications réalisées par le gériatre ... 82
7.2.3 Avis du médecin généraliste concernant les modifications d'ordonnance réalisées par les gériatres ... 86
7.2.4 Devenir de l'ordonnance du gériatre au décours de l'hospitalisation ... 89
7.2.5 Influence de l'environnement sur l'ordonnance du patient ... 95
7.2.6 Apports et limites du gériatre selon le médecin généraliste ... 96
7.2.7 Communication entre la ville et l'hôpital ... 101
7.2.8 Pistes d'amélioration pour la prise en charge de la personne âgée ... 106
7.2.9 Formation gériatrique des médecins généralistes ... 108
7.2.10 Ressenti du patient concernant les modifications d'ordonnance ... 110
7.2.11 Liens avec les autres spécialités ... 111


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

7.3 Entretiens ..... 113
7.3.1 Entretien 1 ..... 113
7.3.2 Entretien 2 ..... 116
7.3.3 Entretien 3 ..... 120
7.3.4 Entretien 4 ..... 129
7.3.5 Entretien 5 ..... 139
7.3.6 Entretien 6 ..... 146
7.3.7 Entretien 7 ..... 153
7.3.8 Entretien 8 ..... 158
7.3.9 Entretien 9 ..... 165
7.3.10 Entretien 10 ..... 172
7.3.11 Entretien 11 ..... 178
7.3.12 Entretien 12 ..... 180
7.3.13 Entretien 13 ..... 183
7.3.14 Entretien 14 ..... 187
7.3.15 Entretien 15 ..... 192
7.3.16 Entretien 16 ..... 199
7.3.17 Entretien 17 ..... 204
7.3.18 Entretien 18 ..... 211
7.3.19 Entretien 19 ..... 216
7.3.20 Entretien 20 ..... 223
7.3.21 Entretien 21 ..... 234
7.3.22 Entretien 22 ..... 238


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

# 1 INTRODUCTION

La proportion de personnes âgées de plus de 65 ans progresse et se chiffre à 19,6% de la population française au 1er janvier 2018. En 2040, environ un patient sur quatre aura 65 ans ou plus (1).

Les médecins généralistes sont amenés à soigner une patientèle de plus en plus âgée. Cette population demande une prise en charge spécifique, car elle est le plus souvent polypathologique. Cette polypathologie se définit par la cooccurrence de plusieurs maladies chroniques (au moins 2) chez un même individu et sur une même période (2).

La polypathologie conduit le plus souvent à une polymédication. Elle entraîne une accumulation de prescriptions, auxquelles peut se rajouter l'auto médication. La polymédication est définie par l'OMS comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou par l'administration d'un nombre excessif de médicaments » (3). Il n'existe pas de consensus sur un nombre de traitements pour définir de manière précise la polymédication. Elle est communément décrite dans la littérature à partir de 5 médicaments ou plus (4). L'accumulation de traitements peut entraîner des interactions médicamenteuses.

Le vieillissement en lui-même entraîne des modifications sur les plans pharmacodynamique et pharmacocinétique (5). La fonction rénale tend à se dégrader. Une hypoalbuminémie est aussi fréquente. Ces éléments entraînent une mauvaise bio distribution et élimination des médicaments dans l'organisme. Les effets indésirables médicamenteux peuvent être majorés par cette physiologie particulière de la personne âgée.

Interactions médicamenteuses et survenue d'effets indésirables sont associées de manière significative à la polymédication. Cette dernière est même liée à terme à une hausse de la mortalité. En effet, chaque nouvelle spécialité administrée augmente de 12 à 18% le risque d'effets indésirables. D'ailleurs, ceux-ci sont responsables de 5 à 25% des admissions hospitalières et de 10% des admissions aux urgences (6).

Il est important de limiter ces effets indésirables chez les personnes âgées, en valorisant des mesures protectrices. En cabinet de médecine générale, les mesures qui peuvent être mises en place sont une réévaluation régulière de l'ordonnance, des alternatives non médicamenteuses, l'éducation du patient (7). Concernant la réévaluation de l'ordonnance, il existe de nombreux outils d'aide à la prescription adaptée à la personne âgée (critères de Beers, critères START and STOPP, critères de Laroche) (8–10).

L'hospitalisation est un temps de réévaluation privilégié du traitement de fond des patients âgés. Les services de gériatrie sont sensibilisés sur les excès de traitements « overuse », les médications


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

inappropriées « misuse » et les défauts de traitements « underuse » (11). L'ordonnance de sortie de gériatrie est le plus souvent modifiée par rapport à l'ordonnance d'entrée (11,12).

Mais par la suite, le taux de remodification thérapeutique par le médecin généraliste au décours de l'hospitalisation est d'environ 35% (13–16).

Ce fort taux de remodifications nous a interpellées. Nous nous sommes posé la question des raisons amenant les généralistes à remodifier l'ordonnance de sortie d'hospitalisation. Celle-ci est en effet supposée être plus adaptée au patient, avec la prise en compte des effets indésirables et d'une éventuelle iatrogénie. Nous nous sommes demandé s'il s'agissait d'un manque de compréhension par le généraliste du travail du gériatre, ou d'un problème de communication.

L'objectif de notre étude qualitative est d'évaluer la perception des médecins généralistes des modifications d'ordonnances de leurs patients par les gériatres hospitaliers. Pour cela, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative, afin de mieux recueillir le ressenti des médecins généralistes. Le but est de mieux comprendre leurs éventuelles difficultés rencontrées et ainsi d'envisager des pistes pour optimiser les ordonnances des sujets âgés.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

# 2 MATERIEL ET METHODE

Nous avons réalisé une étude qualitative, en procédant à des entretiens individuels semi-directifs basés sur un canevas d'entretien reposant sur des questions ouvertes auprès de médecins généralistes de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Les généralistes ont été contactés au hasard par téléphone ou par mail afin d'obtenir leur accord pour nous recevoir et réaliser un entretien.

Les entretiens étaient enregistrés pour être ensuite retranscrits sur un logiciel de traitement de texte puis anonymisés. Nous avons individuellement analysé chacun des entretiens par un travail d'encodage. Nous avons ensuite mis en commun l'analyse de tous nos verbatims, en extrayant les idées pertinentes et en leur attribuant une étiquette ou un label. Notre directeur de thèse, troisième intervenant, tranchait en cas de désaccord.

Afin de caractériser notre échantillon de médecins généralistes, nous avons relevé leur âge, leur sexe, leur type de pratique (rural, semi rural, urbain), la réalisation ou non de visites au domicile et leur estimation du pourcentage de personnes âgées de plus de 70 ans dans leur patientèle. Certains ont pu nous donner la valeur exacte de ce pourcentage grâce à leur relevé officiel d'activité. Concernant le type de pratique, nous avons demandé aux médecins dans quelle catégorie ils pensaient appartenir.

Nous avons volontairement écarté de notre étude les remplaçants, les médecins installés depuis moins de trois ans et les médecins coordinateurs d'EHPAD. Nous avons estimé que les médecins de notre étude devaient être suffisamment expérimentés pour se sentir concernés par notre problématique. Les médecins coordinateurs d'EHPAD, eux, auraient apporté un biais à notre étude de par leur formation spécifique en gériatrie.

Cette étude a été approuvée par un comité d'éthique (Numéro IRB 2016-06-28-01).


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

# 3 RESULTATS

Vingt-deux médecins généralistes de la région Auvergne-Rhône-Alpes ont été interrogés entre avril 2015 et Janvier 2018.

*Tableau 1: Synthèse des médecins interrogés*

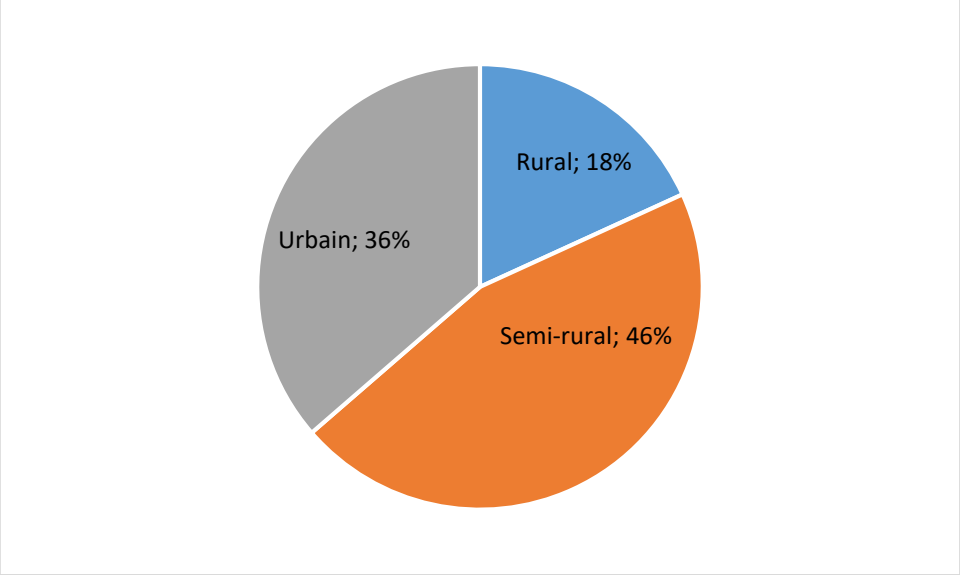
| Médecin | Sexe | Age | Localisation | Domicile | % > 70 ans | Département |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **M1** | M | 67 | Semi-rural | oui | 15-20 | Rhône |
| **M2** | M | 62 | Urbain | oui | 60 | Rhône |
| **M3** | M | 62 | Urbain | oui | 40 | Rhône |
| **M4** | M | 63 | Urbain | oui | 15 | Rhône |
| **M5** | M | 38 | Semi-rural | oui | 10 | Rhône |
| **M6** | F | 52 | Rural | oui | 13* | Rhône |
| **M7** | F | 53 | Urbain | oui | 30-40 | Rhône |
| **M8** | M | 66 | Semi-rural | oui | 25,33* | Rhône |
| **M9** | F | 32 | Rural | oui | 10 | Rhône |
| **M10** | F | 40 | Rural | oui | 35 | Rhône |
| **M11** | M | 45 | Urbain | oui | 15 | Rhône |
| **M12** | M | 61 | Semi-rural | oui | 8,75* | Rhône |
| **M13** | M | 34 | Semi-rural | oui | 30 | Rhône |
| **M14** | M | 60 | Semi-rural | oui | 13* | Rhône |
| **M15** | M | 68 | Urbain | non | 40 | Rhône |
| **M16** | F | 34 | Semi-rural | oui | 20 | Ain |
| **M17** | M | 35 | Urbain | oui | 10 | Isère |
| **M18** | F | 43 | Rural | oui | 30 | Rhône |
| **M19** | M | 40 | Semi-rural | oui | 7,3* | Rhône |
| **M20** | F | 53 | Urbain | oui | 30* | Rhône |
| **M21** | M | 60 | Semi-rural | oui | 14,23* | Rhône |
| **M22** | M | 64 | Semi-rural | oui | 13* | Rhône |

** valeur trouvée sur le communiqué de relevé d'activité de la CPAM*


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

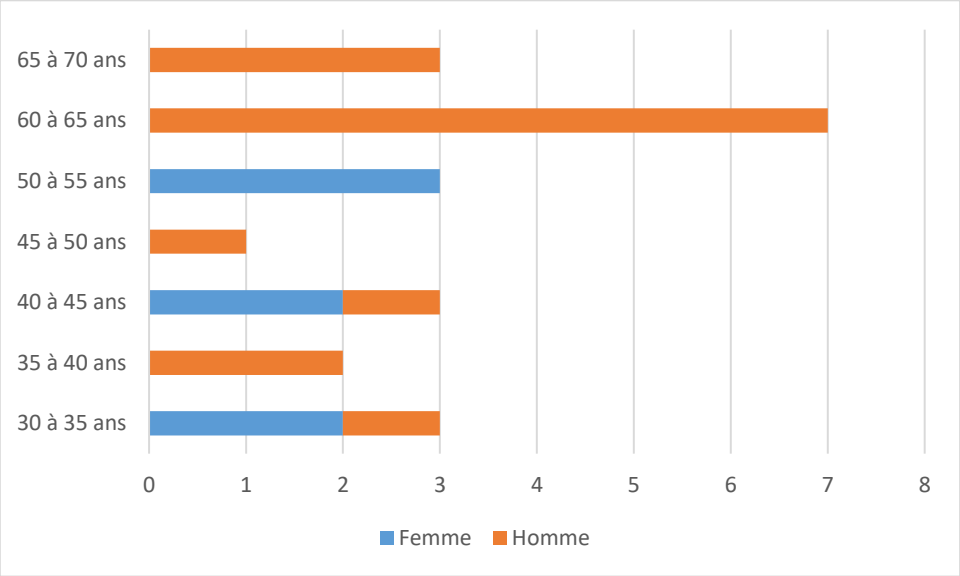
20 médecins étaient installés dans le Rhône, 1 dans l'Ain et 1 dans l'Isère. Parmi les généralistes interrogés, 8 estimaient exercer en milieu urbain, 10 en semi-rural et 4 en rural.

*Figure 1 : Type de pratique*




L'échantillon se composait de 15 hommes et 7 femmes. L'âge moyen était de 51 ans [32 ans-68 ans].

*Figure 2 : Age et sexe des médecins*




14 médecins ont donné une estimation de leur pourcentage de patients de plus de 70 ans. La moyenne de l'estimation pour l'ensemble de ces médecins était de 26 % [10 %-60%]. 8 médecins nous ont donné accès à leur relevé d'activité communiqué par la CPAM. La moyenne de ces relevés était de 15,57% [7,3%-30%].


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

21 médecins sur les 22 interrogés effectuaient des visites à domicile. Les entretiens ont duré entre 25 minutes et 1 heure. 20 entretiens ont été réalisés au cabinet des généralistes et 2 à leur domicile.

Les données ont été recueillies jusqu'à l'absence d'apparition de nouvelles thématiques pertinentes. Ce stade a été obtenu après 19 entretiens. Nous avons effectué 3 entretiens supplémentaires pour nous en assurer.

## 3.1 REEVALUATION DES ORDONNANCES PAR LES MEDECINS GENERALISTES

### 3.1.1 Réévaluation des ordonnances par les généralistes lors des renouvellements

A la question de la fréquence de réévaluation des ordonnances de leurs patients âgés, les médecins interrogés répondaient réévaluer l'ordonnance lors de certains renouvellements. La plupart d'entre eux évoquaient spontanément le renouvellement plutôt que la réévaluation réelle de l'ordonnance. Trois médecins ont évoqué une évaluation gériatrique annuelle nécessaire, notamment sur le plan thérapeutique, mais avaient du mal à la réaliser. Parmi les quelques médecins déclarant réévaluer explicitement l'ordonnance, la plupart ne le faisaient pas à chaque renouvellement.

> *M8 "On n'a pas bien le temps alors on trouve des excuses, mais c'est pour ça que ça sera pas à chaque renouvellement"*

Les médecins renouvelaient cette ordonnance régulièrement. La plupart le faisait tous les trois mois, quelques-uns tous les six mois. Il arrivait que ce renouvellement se fasse tous les mois en cas de mise en route d'un nouveau traitement.

> *M9 "j'ai vraiment l'habitude de les voir tous les trois mois moi mes patients âgés"*

> *M22 "pour les anciens c'est souvent 3 mois" "Faut vraiment qu'ils aient au maximum 3 médicaments pour qu'on le fasse tous les 6 mois"*

### 3.1.2 Aide à la prescription par les logiciels informatiques

Lors des renouvellements, les médecins généralistes utilisaient plusieurs aides à la prescription.

La plupart déclarait utiliser le Vidal, ainsi que d'autres logiciels informatiques d'aide à la prescription : Vidal Expert, la banque Claude Bernard, Axis Santé. Deux médecins déclaraient se baser sur la revue Prescrire. Un seul médecin évoquait une liste de médicaments à éviter chez la personne âgée, mais ne se souvenait plus du nom.

> *M14 "J'ai toujours en tête la liste, mince comment elle s'appelle cette liste, la liste des médicaments qui autant que faire se peut est à éviter chez les personnes âgés"*


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

Une majorité estimait ne pas avoir d'outil spécifique dédié à la personne âgée.

> *M16 "j'ai plein d'aides à la prescription mais pas spécifiques à la personne âgée"*

Un autre moyen pour réévaluer l'ordonnance était l'avis d'un confrère généraliste ou d'un spécialiste, en cas de modification à réaliser. Mais aucun ne faisait spécifiquement appel à un gériatre pour modifier l'ordonnance en cas de doute sur l'intérêt d'une modification.

> *M18 "quand j'ai besoin je n'hésite pas à aller voir ou à demander conseil […] au spécialiste qui les suit ou qui les suit pas encore ! (rires) ou à mes collègues"*

### 3.1.3 Critères entraînant la réévaluation

Concernant les critères de réévaluation, les médecins interrogés réévaluaient l'ordonnance principalement en fonction de l'état clinique du patient. Ils tenaient également compte des résultats du bilan biologique.

> *M2 "en fonction de l'examen clinique, donc de ce que je vois chez les patients, soit la tension artérielle, soit les données biologiques"*

Ils voulaient également privilégier la qualité de vie de leur patient. Dans cette optique, deux médecins s'efforçaient d'adapter la galénique. Ils prescrivaient des associations ou des médicaments sous forme buvable ou à des doses adaptées aux personnes âgées.

> *M12 "quand je suis amené à voir des personnes âgées nouvelles, souvent je fais un grand coup de balai dans les traitements ou alors concentrer les médicaments, prendre des associations, prendre des médicaments buvables, et puis utiliser des doses minimales […]"*

> *M20 "des fois à l'extérieur on a des trucs plus récents ou d'autres formes de galéniques, sur les calciums, y'a un truc à sucer, des fois ils préfèrent en poudre"*

La plupart des médecins faisaient un effort pour lutter contre la iatrogénie. Ils essayaient de limiter le nombre de traitements. Certains pensaient à rechercher les effets secondaires des traitements avant de les prescrire.

> *M4 "quand je regarde un médicament dans le Vidal, je ne regarde plus les indications, je regarde les effets secondaires ! "*

> *M14 "j'essaye de faire gaffe et d'être le moins iatrogénique possible, j'essaye de limiter au maximum les ordonnances"*


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

### 3.1.4 Difficultés rencontrées lors de la réévaluation

Les médecins évoquaient plusieurs difficultés lors de la réévaluation de l'ordonnance de leurs patients âgés.

#### *3.1.4.1 Par rapport au patient*

Les premières difficultés rencontrées étaient en lien avec le patient lui-même.

Une majeure partie des médecins interrogés déclarait subir l'influence du patient lors de la réévaluation de l'ordonnance. Certains de ces patients étaient, pour les médecins, très accrochés aux traitements pris depuis longtemps. Les benzodiazépines, les hypnotiques et les traitements pour les troubles fonctionnels étaient les plus difficiles à modifier. L'ordonnance finale était le résultat d'une négociation centrée sur les exigences des patients.

> *M3 "à un moment donné j'ai honte de dire ça, c'est la personne âgée qui fait son ordonnance"*

> *M16 "C'est compliqué et y'a plein de fois où j'ai tenté d'arrêter des choses et on est obligé de revenir sur ce qu'on a arrêté parce que le patient il n'est pas content et ils sont déséquilibrés et attachés à leur traitement"*

Le lien entre le patient et le médecin pouvait également être problématique. Premièrement à cause de l'habitude et de la routine, qui créaient un frein à une réévaluation optimale. Deuxièmement en raison de la relation elle-même entre le patient et le médecin généraliste. Un manque d'objectivité pouvait apparaître lorsque la dimension affective devenait trop importante.

> *M6 "Dans certaines situations on est un peu enlisé avec un patient. Qu'il y ait des modifications qu'on n'arrive pas forcément à faire, des arrêts […] par rapport à des patients qu'on suit depuis très longtemps avec lesquels il y a des liens qui sont intriqués, d'amitié, dans toutes les générations, ce sont des décisions pas faciles à prendre"*

> *M21 "il y a le poids un peu de l'habitude, le fait qu'on ait tendance à renouveler de manière un peu automatique les traitements"*

Les difficultés de la personne âgée à se déplacer en ambulatoire nuisaient significativement à la qualité des réévaluations thérapeutiques selon certains médecins généralistes. Les personnes âgées étaient décrites comme difficilement mobilisables autant en raison de leur polypathologie qu'en raison de leur réticence avouée à se mobiliser. La surveillance ambulatoire d'un changement de thérapeutique était compliquée.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

*M4 "Il faudrait que je demande l'avis d'un cardiologue « oh là là docteur vous allez pas m'envoyer là-bas, mais je vais bien » "*

*M9 "Modifier les ordonnances des patients âgés, ce n'est pas toujours évident en ville, parce que ça demande du recul, de la surveillance"*

#### *3.1.4.2 Par rapport à l'ordonnance elle-même*

D'autres difficultés évoquées émanaient plutôt de l'ordonnance elle-même.

La multiplicité des prescriptions de spécialistes : cardiologue, diabétologue, ophtalmologue, posait problème aux médecins généralistes car elle multipliait le nombre d'ordonnances. Cela leur demandait un travail supplémentaire. Il fallait rassembler celles-ci en une seule et unique ordonnance afin d'éviter les doublons de traitement.

*M5 "certains spécialistes qui renouvellent leur prescription, donc le diabéto va renouveler ses prescriptions et voir le patient tous les 6 mois, le cardio va renouveler ses prescriptions et voir le patient tous les 6 mois, et ce n'est pas forcément le généraliste qui renouvelle ça, des fois du coup les patients ils ont des bouts d'ordonnance à droite à gauche, quand chacun fait sa cuisine y'a des doublons, je trouve pas que ça soit la solution idéale"*

*M8 "c'est vrai que quand on fait nous la synthèse de ce qu'a donné l'ophtalmo, ce qu'a donné le cardiologue, ce qu'a donné… on a une ordonnance qui est longue"*

Certains médecins décrivaient un manque de connaissances théoriques en pharmacologie. Ce défaut de connaissances était particulièrement ressenti en cas de polypathologie. Celle-ci pouvait entraîner pour eux un risque majoré d'interactions médicamenteuses.

*M15 "c'est sûr au niveau pharmaco y'a des histoires de durée de vie que nous on connaît assez mal finalement"*

*M19 "y'a forcément plein de notions que ou on a oubliées ou on n'a pas apprises ou on a zappées"*

#### *3.1.4.3 Par rapport à la consultation*

Enfin, la forme elle-même de la consultation mettait en difficulté les médecins généralistes dans la réévaluation de l'ordonnance de leurs patients âgés.

Une majorité d'entre eux évoquait un manque de temps pour réévaluer l'ordonnance de manière régulière et optimale. Ils jugeaient leur temps de consultation trop court pour des personnes âgées.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

L'examen clinique complet associé à l'explication des changements était chronophage. Cela les amenait fréquemment à un retard dans les consultations. Ce manque de temps pouvait amener à repousser régulièrement la réévaluation du traitement de fond à une consultation ultérieure. Les généralistes estimaient que le schéma actuel des consultations, rémunération à l'acte, n'était pas adapté à la réévaluation des ordonnances.

> *M7 "la consultation de gériatrie elle est toujours un peu chronophage. Parce que par définition la personne âgée il faut l'écouter, après elle va se déshabiller, elle va passer à côté, elle va mettre du temps"*

> *M21 "on ne peut pas passer 3h sur le dossier d'un patient dans la journée, on n'a pas le temps, on n'a pas la rémunération pour ça, on serait probablement compétent pour le faire mais c'est pas adapté pour notre exercice"*

Par ailleurs, les mauvaises conditions des consultations en visite au domicile étaient pointées du doigt par un certain nombre de généralistes. Ils décrivaient l'absence d'accès au dossier informatisé ainsi qu'aux résultats biologiques. Ils décrivaient ces consultations comme particulièrement chronophages. Ils évoquaient aussi le fait d'être mal installés pour réaliser un examen clinique de bonne qualité à domicile.

> *M18 "tu vois la personne dans son environnement, dans son élément, mais bon on ne dispose pas d'une bonne table d'examen, de l'électro si on a besoin […]. Pour faire un bon examen clinique ce n'est pas évident, t'as pas tout son dossier médical parfois de visu"*

## 3.2 MODIFICATIONS REALISEES PAR LES GERIATRES LORS DE L'HOSPITALISATION

La plupart des médecins généralistes ne percevaient que peu de modifications majeures. Ceux évoquant des changements allaient plutôt dans le sens de l'arrêt.

> *M18 "parfois ils épurent un peu, des choses qu'ils enlèvent"*

> *M21 "globalement elles sont relativement peu modifiées (en parlant des ordonnances) je dirais"*

Les classes médicamenteuses les plus modifiées selon les médecins généralistes interrogés étaient la classe des psychotropes (anxiolytiques, antidépresseurs, hypnotiques), les médicaments à visée cardiovasculaire et les traitements antidiabétiques.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

*M5 "Ben je dirais c'est plutôt, ben c'est les psychotropes, ou alors parfois le traitement pour le diabète, qu'on est obligés de réadapter"*

*M16 "Et puis y'a les traitements à visée cardiologique [...] c'est souvent des traitements qui sont modifiés et c'est très bien"*

La tendance était à la baisse des psychotropes. Pour la classe des benzodiazépines, les gériatres avaient tendance à privilégier les demi-vies courtes, ainsi que les doses minimales efficaces.

*M7 "ils essaient d'alléger au niveau psychotrope quand même. Ils essaient de trouver la dose minimale efficace. Les benzo, ils ont tendance à mettre des benzo à demi-vie courte, enfin voilà on sent qu'il y a une volonté de pas trop charger en psychotropes"*

*M10 "ils enlèvent tout ce qui est hypnotique, les anxiolytiques et compagnie"*

Dans une même proportion, l'ensemble des traitements cardio-vasculaires était l'objet de modifications. La classe des antihypertenseurs était souvent évoquée. Les médecins généralistes les décrivaient ajoutés ou retirés dans les mêmes proportions. Ils évoquaient des changements de dose, des modifications de molécule en fonction des indications. Trois médecins généralistes évoquaient l'ajout des anticoagulants oraux directs au détriment des anti-vitamines K.

*M3 "ils ont plutôt tendance à mettre des traitements antihypertenseurs qu'à les enlever"*

*M9 "je sais que de plus en plus ils sont un peu NACO. Ça pour le coup moi ça m'arrive de switcher"*

Certains généralistes notaient des modifications dans les traitements antidiabétiques, autant à la hausse qu'à la baisse.

*M8 "on a pu me faire supprimer la Metformine parce que je l'avais un petit peu trop laissée et que bon on considère que passé 75 ans on peut peut-être essayer de faire autrement"*

*M19 "le diabète est déséquilibré donc on augmente la Metformine"*

L'ajout de vitamine D et de traitements anti-cholinestérasiques était évoqué. Dans une moindre proportion, des arrêts de veinotoniques, d'anti-ostéoporotiques, de traitements « de confort », de traitements pour « trouble fonctionnel », d'antalgiques, de statines et d'anti-inflammatoires étaient mentionnés par les médecins généralistes.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

*M8 "un rajout de vitamine D par exemple, parce que maintenant on est assez systématique, et nous pas encore"*

*M9 "la prescription des traitements spécifiques des troubles cognitifs et de la maladie d'Alzheimer. (rires) Parce que ça pour le coup ils sont très branchés à l'hôpital"*

*M18 "Des fois y'a des veinotoniques qui sont enlevés"*

## 3.3 LE RESSENTI DE CES MODIFICATIONS PAR LES MEDECINS GENERALISTES

La plupart de ces modifications étaient globalement bien vécues par les médecins généralistes.

Les modifications d'ordonnances réalisées par les gériatres étaient jugées pertinentes pour la grande majorité des médecins généralistes interrogés. Pour eux, ces modifications apportaient une critique constructive aux ordonnances réalisées antérieurement. Le respect de l'ordonnance était évoqué, avec des ajustements plutôt que de vrais changements.

*M7 "globalement c'est plus des ajustements qu'un changement vraiment radical de l'ordonnance"*

*M16 "si c'est modifié c'est souvent à raison, en tout cas on sent que c'est réfléchi"*

*M21 "oui en général, elles sont très pertinentes (en parlant des modifications d'ordonnances) "*

### 3.3.1 Raisons des modifications apportées par les gériatres selon les médecins généralistes

Ceux-ci évoquaient plusieurs raisons pouvant amener le gériatre à modifier l'ordonnance d'un patient.

La raison principale des modifications d'ordonnance était selon les généralistes la survenue d'une nouvelle pathologie ou un bilan biologique perturbé.

*M1 "A partir du moment où il y a eu des modifications, elles ont été faites en fonction des bilans qui ont été faits à l'hôpital"*

*M14 "Y a des ajouts en fonction des pathologies"*

Certains médecins généralistes se sentaient jugés comme iatrogènes par les gériatres. Ils invoquaient cette iatrogénie comme un des principaux motifs de modification de l'ordonnance.

*M3 "De toute façon globalement pour un gériatre, un médecin généraliste, il est iatrogène"*


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

*M22 "il faut vraiment qu'il y ait une iatrogénie pour qu'on puisse modifier un médicament"*

Un problème de pharmacie a été mentionné, avec indisponibilité de la molécule habituellement prise par le patient à l'hôpital. Cette molécule était remplacée par la molécule disponible de l'hôpital.

*M19 "Bien souvent ils modifient des traitements parce qu'ils l'ont pas dans leur pharmacie à eux"*

Quelques médecins rapportaient que la relation entre eux et le gériatre pouvait influencer les modifications d'ordonnance : bonne connaissance ou non du confrère notamment.

*M3 "j'en ai deux trois que je connais bien avec qui je peux discuter, mais spontanément ceux que je ne connais pas ils sont dans une démarche très, très « nous on sait ». Et vous, vous faites des conneries"*

*M4 "Je dirais que ça dépend un peu des correspondants avec qui j'ai à faire. Il y en a certains qui ne touchent pas trop, parce qu'ils me connaissent […] Et puis d'autres où j'ai l'impression qu'ils adaptent un petit peu le patient au contexte hospitalier"*

Ils évoquaient également le manque de connaissance du gériatre concernant l'historique médical du patient.

*M16 "les médecins de l'hôpital n'ont jamais l'historique de pourquoi on a instauré un traitement, depuis combien de temps et pourquoi celui-là et pas un autre. Et je trouve que tout le monde perd du temps là-dessus"*

### 3.3.2 Mise en difficulté du généraliste

A la question de la nature du lien que les médecins généralistes avaient avec leur ordonnance, ceux-ci décrivaient de manière quasi unanime une absence d'attachement. Ils évoquaient une neutralité, une absence d'ego.

*M2 "C'est un bout de papier avec des médicaments."*

*M7 "J'ai pas « d'ego » par rapport à mon ordonnance"*

*M12 "Non je ne suis pas arc-bouté sur mes ordonnances"*

Cependant ces mêmes médecins avouaient, au détour d'autres questions, se sentir vexés ou agacés par ces changements.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

*M9 "quand les spécialistes changent notre ordonnance sans même seulement faire la préconisation c'est un peu agaçant"*

*M20 "Moi ça m'agace un peu quand on modifie un traitement sans m'appeler"*

Ils évoquaient aussi avoir parfois été mis en difficulté par les modifications pour plusieurs raisons.

#### *3.3.2.1 Vis-à-vis du patient*

Certains évoquaient un problème éthique, avec une vision différente du rapport bénéfice-risque de certains médicaments. Les anticoagulants oraux directs et les anti-cholinestérasiques étaient pointés du doigt à ce sujet.

*M9 "ça c'est un peu délicat quand on a deux pratiques complètement différentes et deux avis sur leur bénéfice assez différents, sur ces problématiques-là"*

*M17 "les anti-cholinestérasiques où je ne suis pas trop d'accord, mais ça c'est plus une philosophie de prescription"*

Les médecins généralistes étaient souvent en difficulté pour faire accepter les modifications d'ordonnance à leur patient. D'une part parce que le patient était attaché à son traitement habituel. D'autre part car le patient aurait souvent plus confiance en son médecin traitant habituel qu'en un médecin vu seulement quelques jours ou quelques semaines. Pour la moitié des médecins généralistes, les patients avaient également besoin de leur aval pour accepter et valider les modifications de traitement apportées par le gériatre.

*M8 "lls ont besoin un peu de notre aval. Surtout s'il y a eu des annonces, ou des modifications importantes de traitement"*

*M20 "il est sûr que des fois ce qui peut se passer aussi, c'est quand ils reviennent c'est difficile de leur faire accepter la modification du traitement. Ben surtout pour les problèmes des benzos et pour dormir donc là il faut tenir ferme…"*

Au contraire, la difficulté pour le patient d'accepter par la suite l'arrêt d'un traitement introduit par un spécialiste mettait en difficulté quelques médecins généralistes interrogés. Il s'agissait spécifiquement de la classe des anti-cholinestérasiques, le plus souvent ajoutée en consultation et non lors d'une hospitalisation.

*M16 "le gériatre qui a prescrit l'anti-cholinestérasique dans l'Alzheimer c'est HYPER compliqué à arrêter, donc y'a le côté un peu consultation, « je suis allé voir tel spécialiste en consultation » et en plus si c'est à G1… alors là on n'arrivera jamais à l'arrêter ! C'est fini"*


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

#### *3.3.2.2 Par manque de communication*

Plusieurs médecins rapportaient être en difficulté lorsque les raisons des modifications n'étaient pas explicitées dans le compte rendu. Il était nécessaire pour eux de comprendre les raisons des changements pour pouvoir par la suite les poursuivre ou non et les expliquer à leur patient.

> *M10 "quand les gériatres font une ordonnance ben il faudrait effectivement qu'on ait le courrier qui nous dise « bon ben voilà j'ai modifié ce traitement là parce que pendant son séjour il s'est passé ça, j'ai rajouté ça parce que on a trouvé ça en lui faisant cet examen complémentaire… » "*

> *M17 "ça pourrait être utile de mieux peut-être argumenter certaines modifications et ce serait sans doute plus efficace parce que ça me pousserait sûrement à comprendre pourquoi c'est fait et à insister auprès du patient"*

Un médecin exprimait qu'il aurait préféré avoir une préconisation pour pouvoir juger lui-même de l'intérêt de réaliser une modification ou non.

> *M9 "De temps en temps ce que je trouve regrettable c'est qu'il n'y ait pas une préconisation et puis voilà mais c'est leur choix, c'est peut-être aussi leur responsabilité, ils se disent que s'ils ne le font pas eux ce ne sera peut-être jamais fait"*

## 3.4 DEVENIR DE L'ORDONNANCE DU GERIATRE AU DECOURS DE L'HOSPITALISATION

### 3.4.1 Evolution de l'ordonnance par les médecins généralistes

La majorité des médecins généralistes interrogés n'apportait initialement pas de nouvelles modifications à l'ordonnance prescrite par le gériatre si celle-ci leur semblait justifiée. Si le patient était pour eux dans un état stable, ils poursuivaient le traitement à l'identique.

> *M12 "Je regarde si la personne va bien, si y'a telle différence et que la personne va bien, ok je me demande pourquoi, je ne suis pas un acharné de mon ordonnance. Si l'ordonnance avec laquelle il revient est bien je ne vois pas pourquoi je changerais"*

> *M19 "si tout est bien stipulé, critiqué, argumenté, y'a pas de raison qu'on change à nouveau ce qui a été fait"*

Lorsque des changements semblaient nécessaires aux médecins généralistes, ils étaient effectués à distance de la sortie d'hospitalisation. Ils étaient réalisés de manière progressive. Les classes


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

remodifiées évoquées étaient majoritairement celles des psychotropes, des antihypertenseurs et des anti-cholinestérasiques.

> *M5 "Donc des fois on est ramené à remonter quelques psychotropes"*
>
> *M7 "Qu'est-ce qu'on peut être amené à modifier les diurétiques oui quelque fois sur des symptômes un peu fluctuants d'insuffisance cardiaque, ou d'HTA"*
>
> *M18 "après je ne vais pas forcement leur remettre tout de suite, j'attends de voir comment ça se passe"*

### 3.4.2 Raisons des remodifications ultérieures par les médecins généralistes

Une majorité de médecins généralistes exprimait de très nombreuses raisons les amenant à remodifier ce qui avait été prescrit par le gériatre.

#### *3.4.2.1 L'influence du patient*

Sur le plan médical, une évolution clinique du patient notamment sur le plan tensionnel pouvait amener à modifier à nouveau l'ordonnance. De nouvelles données biologiques amenaient également à des changements. Cinq médecins généralistes expliquaient remodifier certains traitements en raison de l'apparition d'effets secondaires ou de mauvaise tolérance. La qualité de vie était aussi un facteur de remodification, en modifiant la galénique pour faciliter l'observance par exemple.

> *M13 "parfois c'est moi qui trouve que c'est dommage car c'est moins pratique par exemple pour des associations d'antihypertenseurs on se retrouve avec deux comprimés au lieu d'un, pour l'observance c'est plus simple de revenir au traitement antérieur"*
>
> *M16 "sauf que ce n'est pas bien toléré donc on remet ce qu'on avait mis avant"*

La demande elle-même du patient était un réel motif de remodification, en particulier sur le plan des anxiolytiques et des hypnotiques. Les médecins généralistes étaient en difficulté pour faire appliquer les modifications des gériatres apportées à ces classes thérapeutiques. Les patients étaient souvent demandeurs de leur traitement habituel remplacé par une autre molécule, ou totalement arrêté, lors de l'hospitalisation. Ces remodifications n'étaient pas forcément souhaitées par les généralistes eux-mêmes.

> *M13 "oui donc parfois on est obligé à la demande du patient de remettre les traitements antérieurs"*


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

*M19 "Soit on est tombé dans le panneau du patient, parce qu'il dit « Oui mais son Seresta ça ne marche pas, il me faut mon Xanax » « Bon ben d'accord »"*

#### *3.4.2.2 L'harmonisation des ordonnances*

Plusieurs médecins généralistes évoquaient le fait de devoir réharmoniser les ordonnances : la leur et celle du gériatre. Ce travail était réalisé pour éviter que le patient ne soit perdu dans ses prises médicamenteuses. Il arrivait à certains généralistes de devoir remplacer les DCI par les noms commerciaux pour faciliter la compréhension de leur patient. Dans cette même idée, les génériques posaient un problème pour certains généralistes. Il était déjà arrivé à des médecins que leurs patients prennent l'ancien et le nouveau traitement en sortant de l'hôpital du fait de l'incompréhension de celui-ci.

*M7 "Depuis qu'on passe au générique ça leur pose souci, ils se mélangent les pinceaux" "ils reconnaissent plus leurs médicaments"*

*M14 "parfois c'est le patient qui vient avec sa nouvelle ordo car il se retrouve avec deux ordonnances, la mienne d'avant et celle de l'hôpital, il est un peu paumé, il voudrait qu'on remette tout sur la même. Il m'arrive fréquemment de tout remixer"*

#### *3.4.2.3 Autres raisons évoquées*

Les médecins généralistes interrogés déclaraient arrêter parfois certains traitements introduits par le gériatre car ces traitements avaient déjà été utilisés par le passé. Ils avaient été mal tolérés.

*M13 "ils testent un traitement, ça a l'air de marcher à l'hôpital mais ils n'ont pas le délai suffisant et on se rend compte que c'est un traitement qu'on a déjà essayé et que finalement ça sert à rien"*

*M16 "ce serait plus confortable pour tout le monde, pour le patient qui éviterait de se retrouver avec un truc qu'on sait très bien qu'il avait pas toléré, pour nous parce que ça nous éviterait de rechanger, reswitcher, remachiner"*

Certains traitements étaient arrêtés par le médecin généraliste car ils étaient jugés iatrogènes pour leur patient.

*M5 "le diabète par exemple qu'on trouve un petit peu excessive ou qu'on est amené à changer"*

*M14 "ils ne le gardent pas très longtemps parce qu'au bout d'une semaine je leur dis ce qu'ils risquent donc ils l'arrêtent"*


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

Enfin, pour certains, des erreurs ou étourderies dans l'ordonnance du gériatre motivaient parfois certaines modifications.

> *M14 "à part quelques boulettes mais non intentionnelles, parfois c'est parce que les antécédents n'ont pas été transmis ou pas été demandés, ou parce que le patient entre en urgence dans un hôpital"*

## 3.5 APPORTS ET LIMITES DE LA GERIATRIE HOSPITALIERE SELON LES GENERALISTES

### 3.5.1 Les apports et limites du gériatre

#### *3.5.1.1 Un meilleur repérage de la iatrogénie, mais parfois discuté*

Les généralistes trouvaient que le gériatre avait une vision globale de la personne âgée et de ses pathologies. Ils appréciaient une prise en charge exhaustive du patient. Le gériatre ne se limitait pas à traiter un organe.

> *M7 "c'est la prise en charge globale du patient" "on voit qu'ils ont décortiqué le problème d'A à Z"*

> *M21 "un spécialiste de la globalité quand même puisque le gériatre il fait l'ordonnance pour le cœur, pour la mémoire, il fait l'ordonnance pour tout un peu comme un médecin généraliste avec la supervision de sa fonction de gériatre"*

La majorité d'entre eux estimait que les gériatres avaient des connaissances supplémentaires concernant les effets secondaires des médicaments et les particularités physiologiques des personnes âgées. Ainsi, ils repéraient mieux les risques de iatrogénie. Certains exprimaient que le gériatre était plus à jour des recommandations qu'eux. De ce fait, pour la majorité des généralistes, les gériatres avaient une place majeure dans la réévaluation des thérapeutiques. Ils appréciaient que les gériatres réévaluent la pertinence des traitements et l'éventuelle nocivité de ceux-ci.

> *M5 "ils sont plus près des recommandations"*

> *M12 "les gériatres normalement sont sensibilisés à l'usure de la personne donc font plus attention au niveau rénal au niveau gastrique, niveau psy. Je pense que c'est bien la gériatrie en tant que telle pour la conduite des traitements"*

> *M16 "on sent en tout cas qu'il y a une vraie volonté quand il y a une hospitalisation en gériatrie de reposer l'indication de chaque traitement" "sur la iatrogénie on sera jamais assez vigilant là-dessus, et le gériatre je trouve c'est vraiment son boulot, il est vraiment pertinent pour ça"*


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

Quelques généralistes interrogés avaient l'impression que le gériatre avait un sentiment de supériorité vis-à-vis d'eux. Ils estimaient avoir autant de compétences qu'eux dans la prise en charge de leurs patients âgés.

> *M3 "Pour moi y'a plusieurs spécialités qui ont pas de valeur ajoutée. Les gériatres on va dire"*

> *M9 "Je ne me sens pas moins légitime que les médecins de l'hôpital par rapport au traitement"*

Plusieurs généralistes trouvaient que les gériatres étaient trop dans les recommandations, au point d'en être parfois iatrogènes.

> *M4 "y'a certains gériatres qui sont un petit peu dans la notion de « ouais il faut y aller jusqu'au bout, faut faire les choses comme elles doivent se faire, qui sont… pas ayatollesques, mais enfin qui sont normatifs, très « il faut faire comme ci comme ça »…" "ils appliquent bien les recommandations, et c'est vrai qu'on a tendance à être moins, à être plus souples… On en est conscients hein, ce n'est pas qu'on ne soit pas parfaitement au courant, mais on est petit peu dans la « pff, bon, voilà »"*

> *M16 "c'est une spécialité qui travaille beaucoup avec des grilles d'évaluation, où on applique beaucoup les recommandations et c'est sûrement très bien et je pense que c'est une spécialité qui est très formatée par une nouvelle génération de médecins"*

#### *3.5.1.2 Une vision extérieure mais un manque de recul sur le patient*

Le regard extérieur du gériatre sur le patient était souligné par de nombreux généralistes et apprécié. Selon eux, cela permettait un arrêt plus facile de certains traitements. Ceux-ci étaient surtout les traitements de confort et les benzodiazépines. Les médecins généralistes avaient conscience que ces traitements devaient être supprimés, mais ils ne parvenaient pas toujours à le faire eux-mêmes en ambulatoire.

> *M6 "dans l'arrêt des médicaments moi je pense qu'il peut être important. Si, si si. Il peut sauter le pas d'arrêter"*

> *M8 "Ce qui peut nous rendre service, puisque ça nous aide parfois bien à éliminer des thérapeutiques auxquelles les patients âgés sont un peu accrochés et qu'on a du mal à leur faire supprimer"*


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

*M9 "Donc de temps en temps on se dit « bon ben ça c'est bien ça fait longtemps que je voulais le faire et j'y arrivais pas ! » "*

*M16 "c'est bien qu'il y'ait un regard extérieur"*

Ils étaient satisfaits que les gériatres prennent la responsabilité d'arrêter certains traitements qu'eux n'arrivaient pas ou n'osaient pas arrêter. Cela pouvait faciliter l'acceptation d'un arrêt de traitement par le patient. En effet, certains médecins signalaient qu'un arrêt de traitement était mieux accepté par le patient si deux médecins le suggéraient. Ainsi, pour certains généralistes, le gériatre parvenait à sensibiliser le patient et sa famille en insistant sur des messages qu'eux ne parvenaient pas à faire passer. Ils pensaient aussi que la réalité de l'hospitalisation aidait les patients à accepter leur situation et la nécessité de changement thérapeutique qu'ils refusaient jusque-là.

*M9 "c'est vrai que du coup un traitement qu'ils prennent depuis 20 ans des fois ils ont besoin d'avoir deux médecins qui leur disent la même chose"*

*M18 "y a des patients qui sont très attachés parfois à certains médicaments de « confort » et voilà que nous on a parfois du mal à enlever et que du coup l'hôpital ça ils arrivent peut-être à parfois mieux faire passer le message"*

Cependant, des généralistes estimaient que le gériatre manquait de connaissance concernant le patient. Il manquait également de recul pour réaliser certaines modifications. Ainsi, il ne pouvait pas arrêter dans de bonnes conditions certains traitements tels que les antidépresseurs.

*M6 "Voilà, une semaine pour dire « Ben vous avez tel tel antidépresseur hop ben on vous l'arrête, vous avez tel anxiolytique hop on vous l'arrête » Enfin euh… Bon c'est sûr qu'il avait un traitement bien trop long hein, bien trop lourd" "Et sur un court séjour c'est difficile quand même." "Tout ce qui est du domaine du psychiatrique c'est quand même difficile sur une semaine d'évaluer un peu les conséquences des modifications"*

*M13 "ils testent un traitement, ça a l'air de marcher à l'hôpital mais ils n'ont pas le délai suffisant et on se rend compte que c'est un traitement qu'on a déjà essayé et que finalement ça sert à rien"*


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

### 3.5.2 Les apports et limites de l'hospitalisation en gériatrie

#### *3.5.2.1 Le gériatre était accessible mais n'avait pas toujours connaissance de la réalité du généraliste et du patient*

Une partie des généralistes interrogés trouvait les gériatres faciles à contacter et disponibles. Ils appréciaient de pouvoir avoir des conseils ou de faire hospitaliser leurs patients rapidement.

> *M7 "On dialogue bien, ils sont accessibles"*
>
> *M18 "On arrive bien à les joindre, parce que ça m'est arrivé de les appeler et d'avoir aussi des conseils"*

Mais pour certains, le gériatre ne connaissait pas la réalité du généraliste et ses besoins. De nombreux généralistes percevaient les gériatres comme déconnectés de la réalité extra hospitalière. Pour eux, les gériatres n'avaient pas conscience des contraintes de la médecine ambulatoire.

> *M3 "Ils sont vraiment dans leur tour d'ivoire"*
>
> *M12 "on a des visions différentes des gens à l'hôpital ou ici"*
>
> *M15 "c'est ça le problème des ordonnances de gériatrie, le gériatre hospitalier il ne voit pas les gens de la vie courante"*

Ils ne prenaient également pas en compte la réalité du patient à domicile. Les modifications n'étaient pas toujours adaptées à la réalité de la vie du patient. La différence de présentation du patient entre son domicile et l'hôpital justifiait pour eux certaines modifications d'ordonnances réalisées par les gériatres et par eux-mêmes au retour au domicile. Des différences alimentaires avaient été notées, amenant à des réévaluations de traitements antidiabétiques. Certains médecins évoquaient également des différences d'humeur et d'anxiété (parfois plus angoissé à la maison, parfois moins), ce qui amenait également à ajouter ou retirer des traitements psychotropes au retour au domicile.

> *M8 "il a rien bouffé à l'hôpital, donc ça sera facile de lui supprimer un peu, on verra quand on aura repris ses gâteries en rentrant ce que ça donne…"*
>
> *M13 "ça avait l'air de bien marcher à l'hôpital mais quand ils sortent ça va plus, ils rentrent à la maison ils ont de nouveau mal, ils sont de nouveau anxieux, donc on revient au traitement d'avant"*
>
> *M16 "c'est évident qu'un patient à l'hôpital ça n'a rien à voir avec un patient chez lui en terme d'anxiété et donc de douleur, ça c'est les deux gros trucs et puis d'autonomie/mobilité"*


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

Un généraliste aurait souhaité voir des gériatres hospitaliers consulter en ville afin d'assurer le suivi des patients vus au cours d'un séjour et de pouvoir ainsi adapter les thérapeutiques aux patients de la vie courante.

> *M15 "je pense qu'il faut que nos gériatres, nos médecins orientés gériatrique ils aient des consultations à l'hôpital une ou deux fois par semaine et qu'ils disent « ok je vous ai vu à l'hôpital, maintenant puisque vous habitez C2, je continue à vous voir à C2, puisque vous habitez à G1 je continue à vous voir à G1 » "*

Un manque d'écoute et de disponibilité des médecins hospitaliers vis-à-vis du patient étaient souvent pointé du doigt par les généralistes. Certains médecins avaient l'impression que le patient se sentait soumis à l'hôpital. Pour eux, le patient était moins plaintif à l'hôpital qu'à la maison. Plus de la moitié des patients ne comprenaient pas les changements de thérapeutique effectués par le gériatre. Pour les généralistes, cela venait du fait que les gériatres ne prenaient pas toujours le temps d'expliquer au patient sa nouvelle ordonnance. Pourtant selon les généralistes, en prenant le temps d'expliquer aux patients les modifications et les raisons des changements, celles-ci étaient mieux comprises et acceptées.

> *M8 "Et puis avec les spécialistes ils vont pas oser se rebiffer, avec nous !... « Je ne dors pas, faut faire quelque chose, c'est insupportable ! »" "le patient n'ose pas s'en plaindre et dès qu'il est rentré il nous demande, ou les troubles anxieux réapparaissent et il faut redonner quelque chose"*
>
> *M17 "c'est parfois un manque d'explications, on leur donne les médicaments sans qu'ils sachent pourquoi" "je pense que si on leur expliquait à quoi ça sert ils le prendraient en fait"*
>
> *M19 "ils sont un peu soumis, ils ont je pense peut-être une impression de soumission là-bas. [...] ils doivent plutôt obéir que discuter. C'est l'heure de vos médicaments prenez-les, un point c'est tout"*

#### *3.5.2.2 Un plateau technique plus accessible qu'en ville mais des bilans trop systématiques*

De par son fonctionnement inhérent à la structure hospitalière, le gériatre hospitalier avait accès à des moyens que ne possédaient pas les libéraux.

Le temps du séjour hospitalier était pour certains généralistes le moment propice à la réalisation d'examens complémentaires. Pour eux, il était plus facile d'avoir des examens complémentaires à l'hôpital. Les médecins les jugeaient difficiles à organiser en ambulatoire en raison de la faible mobilité


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

des personnes âgées. Un médecin appréciait le système d'hôpital de jour car il évitait les hospitalisations conventionnelles tout en permettant la réalisation d'examens complémentaires.

> *M14 "ben déjà du fait de l'hôpital on a les biologies et les examens complémentaires beaucoup plus rapidement qu'en ville [...] une fois que le patient a été vu en observation un ou deux jours ils peuvent réadapter ou équilibrer le traitement en fonction des besoins"*
>
> *M15 "on leur fait un examen, un électro, une écho, ça se fait en ambulatoire la journée, ça évite l'hospitalisation, ils font plus de choses que je n'en fais en consultation, donc moi je les crois"*
>
> *M20 "ils font un peu les examens, parce que nous il faut l'envoyer à droite, à gauche, pff…"*

Si les généralistes appréciaient majoritairement que l'hôpital réalise des examens complémentaires, certains trouvaient que les gériatres réalisaient des bilans complets de manière trop systématique. Ces bilans étaient réalisés parfois sans privilégier la demande ou la qualité de vie du patient. Il arrivait aussi que des examens soient demandés alors qu'ils avaient été faits en ambulatoire peu de temps auparavant.

> *M14 "parfois les services refont les examens qu'on a déjà fait, le patient qui a eu un scanner ou une IRM 3 semaines avant ils sont refaits à l'hôpital. On se dit p***… ils ont mon numéro de téléphone ils appellent pour savoir ce qui est fait ou pas fait"*
>
> *M16 "c'est parfois un peu le biais de la gériatrie c'est devenu une spécialité où on fait les batteries d'examens à tout le monde"*

#### *3.5.2.3 L'hôpital disposait de plus de temps et de moyens humains que les généralistes*

Ils pensaient que l'hôpital était un lieu approprié pour la réévaluation de l'état de santé du patient et de leurs ordonnances. En effet, la durée du séjour était pour eux un facteur rendant certaines modifications thérapeutiques plus aisées. Ce temps permettait un suivi quotidien des effets secondaires des traitements (notamment sur le plan des constantes).

> *M17 "le séjour est plus long et on a plus le temps d'avoir un peu plus de recul, peut-être plus de médecins qui s'en occupent, une équipe plus grande qui va graviter autour, qui va prendre des décisions peut-être un peu plus communes"*


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

*M21 "le patient il est quand même décortiqué pendant un laps de temps important, plusieurs jours"*

Cependant, quelques médecins généralistes avaient le sentiment que les séjours hospitaliers étaient de plus en plus courts. Ils permettaient plus difficilement d'évaluer les conséquences de certaines modifications, notamment concernant les traitements de fond comme les anxiolytiques ou les antidépresseurs. Ils jugeaient que la prise en charge sur ce point était moins complète qu'auparavant.

*M3 "on veut ensuite qu'il reste le moins possible en gériatrie etc etc, donc ce n'est pas, oui il faut que les choses aillent vite, qu'ils mettent le nouveau traitement rapidement. Moi je pense qu'il faut peut-être prendre plus de temps, mais bon ce n'est pas la politique actuelle !"*

*M9 "de plus en plus là les durées d'hospitalisation sont quand même vraiment raccourcies [...] on sent que c'est quand même moins abouti qu'à un moment donné quoi, quand ils sortent c'est un petit peu plus fragile au niveau des traitements qu'avant"*

Certains médecins généralistes avaient le sentiment que l'hôpital avait plus de moyens humains qu'eux. Ils pensaient que le travail en équipe permettait une meilleure prise en charge des patients. Ils appréciaient que le temps de l'hospitalisation soit aussi mis à profit pour la réévaluation des aides. La programmation du retour à domicile et la rencontre de l'assistante sociale pouvaient aussi avoir lieu au cours du séjour. Les généralistes estimaient ne pas avoir le temps ou les connaissances pour le faire au cours d'une consultation.

*M5 "il va y avoir une attention portée plus importante à tout le côté social et délivrance des médicaments"*

*M16 "je trouve qu'au bout d'un moment c'est plus mon boulot donc là je trouve que l'hôpital est indispensable, c'est que ça permet de mettre une assistante sociale dans la boucle et c'est indispensable" "ça permet de mettre des aides en place"*

## 3.6 COMMUNICATION ENTRE LES GENERALISTES ET LE GERIATRE

Pour les généralistes, l'outil principal de communication avec les gériatres était le compte rendu hospitalier. Ils évoquaient ensuite le téléphone, puis les échanges par mail ou internet qui tendaient à se développer.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

*M1 "Ah ben par courrier. Oui automatiquement oui oui le gériatre fait systématiquement des courriers"*

*M19 "J'ai toujours reçu par courrier oui"*

*M21 "on reçoit par SISRA puis après par papier"*

### 3.6.1 Communication via le compte rendu

#### *3.6.1.1 Qualité du compte rendu*

Pour une grande majorité des médecins, les comptes rendus du séjour leur convenaient. Ils les jugeaient complets et structurés. Ils appréciaient la rédaction par organe. Ils les trouvaient parfois un peu longs. Néanmoins ils pouvaient venir y piocher des détails en cas de besoin. Ils étaient globalement satisfaits de la qualité des explications.

*M4 "un compte rendu d'hôpital gériatrique, c'est toujours très bien fourni, on a des lettres qui sont dimensionnées sur 4-5-6 pages, avec sur le plan locomoteur tata, sur le plan cardiaque tata, sur le plan digestif tata, sur le plan urinaire tata donc c'est très bien segmenté et ça c'est une vraie valeur ajoutée pour nous"*

*M6 "Je trouve qu'ils sont bien faits les comptes rendus, il faut avoir la patience de les lire en entier… (rires) Parce qu'ils sont longs, ils sont bien détaillés, en général ils sont bien faits oui"*

*M10 "les comptes rendus de gériatres on a vraiment toutes les étapes des pathologies anciennes, les pathologies qu'ils ont découvert pendant le séjour, non je trouve que c'est structuré"*

Un médecin appréciait que le gériatre laisse des consignes en cas d'évolution des pathologies du patient dans le compte rendu.

*M15 "Souvent maintenant on vous dit si tel ou tel chose se passe il faut ajouter tel médicament, donc je fais ce qu'ils disent"*

#### *3.6.1.2 Délai de réception du compte rendu et conséquences en cas de retard*

Selon eux le délai de réception du compte rendu variait en fonction de l'hôpital, allant de quelques jours à plusieurs mois. La moitié recevait le compte rendu hospitalier dans les deux semaines.

*M3 "ils m'envoient en fait un compte rendu en fonction des hôpitaux, des gériatres on reçoit très rapidement ou on reçoit un mois après"*

*M14 "on a le courrier deux semaines après donc ce n'est pas toujours évident"*


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

*M19 "je pense que les courts et moyens séjours ça fait partie un peu de leurs objectifs, c'est que le patient sorte avec son compte rendu, ou dès le lendemain ou le surlendemain, enfin… faut que dans la semaine ça arrive chez le généraliste"*

Ils étaient nombreux à revoir le patient avant la réception du compte rendu. Cette situation pouvait les mettre en difficulté.

*M1 "Surtout que les patients rentrent de l'hôpital et la famille a besoin… Souvent ils m'appellent rapidement derrière, et moi si je n'ai rien de l'hôpital c'est un peu difficile, donc on perd du temps à essayer de joindre le médecin"*

*M10 "je vois souvent les patients revenir avant les courriers, ça c'est certain"*

*M14 "C'est très très fréquent de revoir les patients alors qu'on n'a pas encore eu le courrier"*

#### *3.6.1.3 Réception du compte-rendu via l'outil informatique*

Pour quelques médecins, la réception du compte rendu par messagerie sécurisée améliorait les choses. Ils obtenaient ainsi le compte rendu beaucoup plus rapidement que par courrier.

*M20 "on a les systèmes, enfin avec Q1 ZEPRA, donc on a très rapidement les comptes rendus"*

### 3.6.2 Communication par téléphone

#### *3.6.2.1 Demande d'information de l'hôpital auprès du médecin généraliste*

Plus de la moitié des médecins déclarait recevoir régulièrement des appels téléphoniques de l'hôpital en début de séjour. Les gériatres demandaient des précisions sur les antécédents et les traitements des patients. Les appels étaient plus fréquents après des hospitalisations en urgence. Globalement, les généralistes appréciaient ces échanges.

*M2 "Par contre tu vois quand j'ai un interne d'un service qui m'appelle en me disant « on a votre patient Mr Duchmol, il a ça ça et ça, est ce que vous pouvez me donner des informations sur le dossier » je trouve ça génial quoi"*

*M17 "ça arrive de temps en temps qu'on me demande des précisions sur le traitement, rarement sur autre chose"*

En revanche, la majorité d'entre eux ne recevait que rarement voire jamais d'appel en cours de séjour pour discuter des changements de thérapeutique. Ils ne se sentaient d'ailleurs quasiment jamais


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

impliqués dans ceux-ci. Un seul généraliste a déclaré être clairement impliqué dans les modifications d'ordonnance réalisées.

> *M6 "y'a pas d'appel dédié à une modification de traitement"*
>
> *M11 "C'est vrai que c'est décidé de façon unilatérale"*
>
> *M22 "le senior qui appelle, en posant la question si l'indication qu'il pose va être un problème pour le suivi pour l'analyse, pour le résultat… et si ça vaut le coup parce qu'on n'a pas une évaluation gériatrique comme ça sous le coude parce qu'il n'a jamais été hospitalisé avant et que véritablement il a besoin de mon ressenti sur la résistance et l'état gériatrique de ce patient. Ça arrive et ça j'accepte volontiers"*

Une majorité d'entre eux ne souhaitait de toute façon pas être plus impliquée dans la prise de décision concernant leurs patients hospitalisés. Ils estimaient que le gériatre prenait sa décision en fonction du patient qu'il avait devant lui. D'autres évoquaient le temps comme facteur limitant à la communication pour eux comme pour les hospitaliers.

> *M7 "c'est un peu difficile de demander à ces praticiens d'appeler tous les médecins genre « il faut un changement » ça va être un truc… Oui la communication moi je suis pour mais… mais je veux dire, ça risque d'être fastidieux. Sauf s'il y a vraiment un changement radical, quelque chose qui pourrait nous surprendre à la sortie, mais sinon voilà, sinon ça risque d'être un peu lourd"*
>
> *M21 "non après je pense que le médecin gériatre prend sa décision en son âme et conscience et il propose le traitement, il propose, il indique au médecin traitant qui suit ou qui ne suit pas. Je pense que si on devait remettre en cause les prescriptions des confrères au bout d'un moment c'est qu'on change d'équipe qu'on travaille plus si on remet systématiquement en cause les prescriptions d'un médecin hospitalier au bout d'un moment on change d'équipe"*

Un médecin généraliste aurait souhaité être prévenu de la sortie de ses patients dont l'état le nécessite. Cet échange pourrait servir à mettre l'accent sur les éléments particuliers auxquels le généraliste devait faire attention par la suite au domicile.

> *M4 "J'aurais aimé être plus directement au courant par l'hôpital directement, par un coup de fil" "de voir un peu certains points essentiels et puis… qui seront par*


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

*ailleurs développés dans le courrier qu'on reçoit, mais déjà nous prévenir que madame Unetelle revient avec tel tel type de consolidation de l'étayage"*

#### *3.6.2.2 Demande d'informations du généraliste auprès du service hospitalier*

Une fois le patient rentré à domicile, il arrivait rarement aux généralistes de rappeler le service afin d'obtenir des précisions sur le séjour. Les raisons invoquées aux appels étaient l'absence de réception du compte rendu ou un manque d'informations dans celui-ci.

*M2 "je ne rappelle jamais ou très rarement le service !"*

*M10 "en général la secrétaire me lit le courrier. Parce que j'ai aussi des patients qui reviennent au bout d'une semaine en me disant « Ben j'ai rien compris de ce qu'ils m'ont fait » Ah, bon, ben attendez on va appeler ! (rires)" "A ce moment-là j'appelle. Comme en plus les personnes âgées je ne les prends pas à 18h le soir ça va bien, y'a encore quelqu'un dans le service"*

*M11 "Oui, ça arrive de temps en temps de passer un coup de fil au service pour savoir pourquoi ça a été changé et que le patient sait pas trop"*

Ils reconnaissaient cependant une amélioration globale de la communication avec les services hospitaliers.

*M1 "si on se place deux ou trois ans en arrière, j'étais peu informé de ce qui se passait à l'hôpital, et là il y a quand même un progrès"*

*M20 "moi je rêvais justement d'avoir un correspondant pour appeler, pour les hospitaliser et ça on avait beaucoup de mal, même on se bagarrait, c'était difficile, c'était… et puis y'avait pas de services très spécialisés je veux dire les hôpitaux se sont beaucoup améliorés parce que maintenant à Q1 ils ont un service courte durée, gériatrie, qui se sont organisés"*

### 3.6.3 Réflexions des généralistes autour des pistes d'amélioration à la communication

D'une manière globale, les généralistes auraient souhaité un meilleur partage de l'information avec les gériatres hospitaliers.

Pour cela, un médecin évoquait un meilleur partage de l'information via « le dossier médical partagé », d'autres l'évoquaient sans le citer explicitement. Ils souhaitaient que l'hôpital ait accès à l'historique des thérapeutiques et des examens complémentaires des patients avant leur hospitalisation, afin d'éviter les redondances.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

*M2 "En fait si tu veux, dans l'idéal ce serait le dossier médical partagé, qu'on puisse annoter tout de suite tu vois"*

*M16 "là où il y a je trouve un vrai bémol c'est qu'en fait on ne nous appelle jamais quand un patient est hospitalisé donc les médecins de l'hôpital n'ont jamais l'historique de pourquoi on a instauré un traitement, depuis combien de temps et pourquoi celui-là et pas un autre. Et je trouve que tout le monde perd du temps là-dessus" "pour tous les examens, toutes les évaluations gériatriques qui sont parfois hyper redondantes et pas toujours très pertinentes si les examens ont déjà été faits ça n'a aucun sens de les refaire"*

Certains souhaitaient une meilleure justification des modifications thérapeutiques dans le compte rendu.

*M10 "quand les gériatres font une ordonnance ben il faudrait effectivement qu'on ait le courrier qui nous dise « bon ben voilà j'ai modifié ce traitement là parce que pendant son séjour il s'est passé ça, j'ai rajouté ça parce que on a trouvé ça en lui faisant cet examen complémentaire… »"*

*M17 "ça pourrait être utile de mieux peut-être argumenter certaines modifications et ce serait sans doute plus efficace parce que ça me pousserait sûrement à comprendre pourquoi c'est fait et à insister auprès du patient"*

Quelques médecins généralistes ont souligné avoir besoin du compte-rendu d'hospitalisation plus rapidement.

*M10 "le truc le plus intéressant, ce serait vraiment qu'on ait le courrier quand le patient vient nous voir"*

*M11 "La seule chose ce serait d'avoir le compte rendu encore plus rapidement"*

D'autres envisageaient que gériatres hospitaliers et généralistes libéraux puissent se rencontrer au cours de formations médicales continues ou de congrès. Le lien visuel et la communication en direct permettraient par la suite un meilleur dialogue professionnel entre eux.

*M4 "Les FMC ça c'était bien ! " "c'est à développer ça. Parce que ça permet le lien, et parce que ça permet nous-mêmes de nous retrouver entre nous les généralistes et puis de voir un peu les têtes des gériatres, les gériatres de voir nos têtes, de voir un peu comment ça peut s'appréhender"*


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

*M9 "Je pense que clairement ça pourrait être bien qu'on se rencontre avec les médecins de l'hôpital et les médecins de la ville"*

Quelques-uns souhaitaient une augmentation des échanges par mail afin de pouvoir être consultés sans être dérangés pendant la consultation.

*M6 "Oh ben par internet. Par les mails. Parce que ça ne dérange pas en pleine consultation, à devoir replonger dans le dossier d'un patient"*

*M9 "Finalement est-ce que ça ne peut pas attendre un jour les modifications d'ordonnance à l'hôpital, qu'on puisse répondre par mail, ça pourrait être intéressant je pense qu'on pourrait travailler encore mieux dans ce sens-là"*


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

# 4 DISCUSSION

## 4.1 UNE REEVALUATION DIFFICILE DE L'ORDONNANCE EN AMBULATOIRE

### 4.1.1 Un « renouvellement » plutôt qu'une réévaluation

Quand les médecins généralistes réévaluaient l'ordonnance de leur patient, quelques-uns faisaient clairement la distinction entre réévaluation et renouvellement. Mais pour la majorité, ils évoquaient d'abord la fréquence à laquelle ils renouvelaient l'ordonnance. Etait-il sous-entendu pour eux qu'ils réévaluaient l'ordonnance systématiquement à chaque renouvellement ? Ils ont en tout cas montré des difficultés dans cette réévaluation. Ceci nous amène à penser que cette réévaluation est difficilement réalisable de manière systématique à chaque renouvellement. Pourtant, près de 70% des patients jugent aussi importante qu'une autre la consultation dédiée à leur renouvellement d'ordonnance. La même proportion de patients juge essentiel de réévaluer cette ordonnance lors du renouvellement (17).

### 4.1.2 Des grilles d'aide à la prescription dédiées aux personnes âgées méconnues par les généralistes

Selon l'HAS, la réévaluation thérapeutique est une des actions à mettre en œuvre dans la prise en charge des patients âgés fragiles en ambulatoire. La balance bénéfice-risque de chaque traitement doit être révisée. Elle peut amener à un arrêt de traitement, une modification de posologie ou de fréquence de prise. La vérification d'une observance correcte est également importante (18).

Les critères de Beers (10) et les critères STOPP/START (8) sont les grilles de prescription les plus adaptées à la pratique quotidienne des médecins. Elles sont considérées comme exhaustives et mises à jour. Leur présentation par pathologie et spécialité médicale est censée rendre leur utilisation facile dans la pratique courante (19).

Pourtant, la majorité des médecins interrogés ne connaissaient pas ces aides à la prescription spécifiques à la gériatrie. Elles ne faisaient pas partie de leur quotidien. Ceux-ci utilisaient leurs logiciels d'aide à la prescription informatique, comme pour tous leurs autres patients. Ils n'avaient pas d'outil spécifique pour la personne âgée.

Ces grilles d'évaluation, notamment l'échelle STOPP/START, font la preuve de leur efficacité lorsqu'elles sont utilisées à l'hôpital. On remarque jusqu'à 6 mois après la sortie de gériatrie un maintien de la baisse significative du nombre d'interactions médicamenteuses et de prescriptions inappropriées (20). Cette baisse réduirait à terme le taux de chutes et les durées d'hospitalisation. Cependant, elle n'aurait pas d'impact sur la qualité de vie ou la mortalité (21). Au vu de ces résultats,


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

on comprend l'intérêt de bien transmettre aux généralistes les modifications thérapeutiques réalisées au cours de l'hospitalisation.

### 4.1.3 Une consultation jugée trop courte pour réévaluer les thérapeutiques

Les médecins interrogés nous ont décrit un manque de temps pour réévaluer correctement les ordonnances. Le médecin généraliste exerce une profession libérale, et est payé à l'acte. La gestion du temps va être un élément majeur et déterminant dans son fonctionnement quotidien (22). Le temps d'une consultation ne suffisait pas toujours au médecin à réaliser un examen clinique complet, réévaluer l'ordonnance et expliquer les changements d'ordonnance au patient. C'est en partie pour cela que les réévaluations n'étaient pas réalisées de manière systématique. Les médecins estiment qu'une réévaluation optimale de chaque traitement implique une adaptation des posologies et une vérification de l'absence d'interactions médicamenteuses en fonction des pathologies intercurrentes. Elle implique également une analyse des résultats biologiques et des examens complémentaires concernant les traitements de fond (22). Ce travail de fond est très difficile à réaliser dans le temps imparti (23). Cela peut amener le médecin généraliste à ne pas modifier l'ordonnance de référence chez certains patients semblant stabilisés, plutôt qu'une modification dont l'issue n'est pas certaine (24). Ce manque de temps amène en tout cas à un inconfort dans la décision de prescrire ou non (25).

Le cas particulier de la visite au domicile était souvent mentionné comme une limite majeure dans la réévaluation correcte des traitements. Dans ce cas particulier mais pourtant fréquent, les médecins n'ont souvent pas accès au dossier informatisé et aux résultats biologiques pour des raisons matérielles. Ils n'ont donc pas toutes les clefs en main pour réévaluer de manière optimale le traitement de leur patient. De plus, les visites au domicile sont jugées chronophages (26). Il parait donc difficile d'y rajouter un temps de réévaluation.

### 4.1.4 L'influence du patient sur la prescription du médecin traitant

Les médecins généralistes de notre étude décrivaient de véritables difficultés pour leur patient dans l'acceptation de certains changements. On retrouve cette difficulté dans de nombreuses études (27,28). Une pression de prescription est même globalement décrite par les médecins généralistes (29–32). Le médecin est plus susceptible de prescrire lorsque le patient souhaite un traitement (29,33). Cette pression est fréquente, et concerne autant les thérapeutiques que les examens complémentaires ou avis spécialisés (32). Ces prescriptions justifient alors un évitement de conflit, une volonté de préserver la relation médecin-malade (25). Mais les médecins généralistes reconnaissent parfois leur caractère inapproprié (34).

Le médecin pense aussi percevoir certaines attentes du patient et prescrire en conséquence, mais peut parfois se tromper sur les intentions de son patient et sans le savoir, ne pas répondre à sa réelle


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

demande. Cette perception du médecin concernant les attentes de son patient est un critère très important dans la prescription, et est bien décrit dans la littérature (33,35).

Les médecins généralistes marquent une différence entre les traitements symptomatiques et les traitements préventifs. Ils ont plus de facilité à arrêter les traitements symptomatiques car leurs effets sont réversibles à l'arrêt et subjectifs pour eux (28). Ils n'ont pas de conséquence au long terme sur l'espérance de vie à proprement parler. Paradoxalement, c'est ce caractère subjectif des symptômes décrits par le patient qui peut amener le médecin à comprendre que celui-ci refuse son arrêt. Il s'agit le plus souvent de traitements antalgiques, anxiolytiques, ou d'autres traitements symptomatiques (22). Il est difficile pour le praticien de l'arrêter si le patient l'estime indispensable à sa qualité de vie. Enfin, la peur d'effets indésirables ou d'effets rebonds à l'arrêt de certains traitements incite les médecins à garder cette routine de prescription (36).

Le lien entre le médecin généraliste et le patient pouvait être une autre source de difficulté. Il a été évoqué dans nos entretiens comme étant une limite à une réévaluation optimale. Ce lien pouvait créer un frein à l'objectivité du praticien dans ses prises de décisions. C'est en tout cas un facteur influençant la prescription ou non d'un traitement (35). Ce lien particulier avec le patient peut compliquer l'arrêt de certains traitements (24,28). Cet arrêt d'un traitement jugé antérieurement indispensable peut être mal vécu par le patient. Il engage le questionnement de l'intérêt du traitement compte tenu de l'espérance de vie restante. Le lien médecin-patient peut constituer à ce moment-là un frein à aborder ce sujet sensible en consultation. Le patient peut se sentir abandonné par son médecin, ou percevoir cet arrêt comme un renoncement (24,28). Il est aussi difficile pour le médecin de percevoir le moment où la perspective de vie de son patient se modifie et où les objectifs thérapeutiques changent. D'autant que cela se met en place de manière insidieuse.

Quelques médecins de notre étude ont souligné le problème de l'observance thérapeutique. Il est indispensable de savoir ce que prend réellement le patient dans son ordonnance. Cela permet de poser les bonnes bases de réflexion pour bien réévaluer celle-ci (27).

Malgré ces difficultés, il existe une forte motivation à l'écoute des préoccupations des patients pour une majorité de médecins généralistes. 6 médecins sur 10 estiment que répondre aux besoins de santé énoncés par le patient représente un objectif prioritaire, et 3 médecins sur 4 expriment une forte motivation à l'écoute des préoccupations du patient (37). Cela montre l'importance pour les médecins généralistes de l'Approche Centrée Patient en ambulatoire (28). En effet, c'est finalement la qualité de vie du patient qui est au cœur de leurs préoccupations dans la décision de prescrire ou non (38).


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

### 4.1.5 Les limites ressenties par le médecin généraliste dans la réévaluation de ses propres ordonnances

#### *4.1.5.1 Polypharmacologie : une perte de contrôle de l'ordonnance*

Les médecins de notre étude évoquaient parfois un manque de connaissances théoriques en gériatrie, et en particulier en présence d'une longue liste de médicaments. Ils exprimaient ne pas connaître toutes les interactions médicamenteuses possibles. Ce manque de connaissances théoriques est également décrit dans la littérature (34). En revanche, ils sont bien conscients des effets secondaires potentiels des traitements, et de la potentialisation de ceux-ci par la polyprescription (27,38).

Malgré cela, une perte de contrôle devant l'importance de la polyprescription a été évoquée dans notre étude. Cette polyprescription s'installe de manière lente et insidieuse tout au long de la vie du patient (27). Le respect du suivi des recommandations pour chaque pathologie dans le cadre de l'Evidence-Based Medicine implique a fortiori une polyprescription majeure (22,23,27,28,39). Ces recommandations sont ressenties par les généralistes comme une incitation majeure à la prescription (31).

#### *4.1.5.2 La multiplicité des prescripteurs*

Les médecins de notre étude ont pointé du doigt la difficulté engendrée par la multiplicité des prescripteurs. Des doublons d'ordonnance étaient rapportés. Comme on le retrouve dans la littérature, le généraliste n'a plus l'impression d'être le centralisateur des soins de son patient (23,27). Il ressent cette accumulation de prescripteurs différents comme un facteur de risque important de polyprescription (31).

#### *4.1.5.3 Manque d'expérience concernant la déprescription*

La balance bénéfice-risque de l'arrêt d'un traitement semble parfois difficile à évaluer (22). Par peur de la survenue d'un évènement indésirable à l'arrêt de celui-ci, le médecin préfère laisser le traitement (24,36). Il existe un manque de retour d'expérience de la déprescription, et un manque de données concernant la balance bénéfice-risque de certains traitements chez les patients très âgés (28,31,38,39).

Ainsi, le généraliste essaye de trouver un compromis entre ses prescriptions, celles du spécialiste, les désirs du patient et l'Evidence-Based Medicine *(24)*.

Ces difficultés que nous avons évoquées nous permettent de mieux aborder le ressenti du médecin généraliste lorsque son ordonnance est modifiée par un gériatre en sortie d'hospitalisation.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

## 4.2 DESCRIPTION PAR LES MEDECINS GENERALISTES DES MODIFICATIONS D'ORDONNANCE REALISEES EN GERIATRIE

### 4.2.1 Types de modifications

#### *4.2.1.1 Au cours de l'hospitalisation*

La moitié des médecins généralistes décrivait une absence ou un faible taux de modifications d'ordonnances par les gériatres. Quand il y avait des changements, ils allaient principalement dans le sens de l'arrêt des traitements.

Dans la littérature, l'hospitalisation a pourtant un effet marqué sur l'ordonnance du patient. Les modifications sont très fréquentes, pouvant représenter jusqu'à la moitié des traitements prescrits par les médecins généralistes. Une part importante des modifications concerne des traitements prescrits pour des pathologies qui ne sont pas en lien avec l'hospitalisation (40). Globalement, l'ordonnance de sortie est plutôt allégée (41,42) . Il semble que le nombre de traitements arrêtés soit d'autant plus important qu'il existe une polymédication à l'entrée de l'hospitalisation (42,43). Dans une autre étude, de nombreux traitements sont arrêtés mais autant sont introduits (44).

Dans notre étude, les diminutions ou arrêts de traitements concernaient essentiellement les psychotropes tels que les hypnotiques et les benzodiazépines.

La littérature montre des résultats contradictoires concernant les benzodiazépines. Une étude montre une augmentation de leur prescription au cours de l'hospitalisation (43), d'autres une diminution (42,45). Une autre encore évoque la démence comme une des raisons pouvant amener à une augmentation de prescriptions des benzodiazépines (46). Néanmoins, ces études s'accordent sur l'utilisation privilégiée des molécules à demi-vie courte (47). Les benzodiazépines font l'objet de recommandations officielles d'aide à l'arrêt au vu des potentiels effets secondaires : somnolence diurne, chutes, troubles de mémoire, dépendance (48). On constate donc que malgré une sensibilité importante à ces effets secondaires, il existe des difficultés à l'arrêt de ces traitements aussi bien par les généralistes que par les gériatres.

Les antihypertenseurs et les antidiabétiques étaient également cités parmi les molécules les plus souvent modifiées. Celles-ci autant à la hausse qu'à la baisse.

Il existe de nombreuses publications concernant la prise en charge du diabète chez les patients âgés (49,50). Il semble que les personnes âgées diabétiques soient majoritairement surtraitées. Elles sont ainsi plus sujettes aux potentiels effets secondaires de ces traitements (51). Le diabète fait donc en


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

effet l'objet de nombreuses modifications durant un séjour hospitalier avec une tendance à la baisse des traitements (43).

Concernant les antihypertenseurs, ils sont globalement abaissés durant l'hospitalisation (13,43).

De manière plus anecdotique, la vitamine D et les anti-cholinestérasiques étaient ajoutés. A l'inverse, les traitements symptomatiques tels que les antalgiques et les statines étaient diminués ou arrêtés. La littérature s'accorde pour une majoration des vitamino-calciques (11,43) et des anti-cholinestérasiques (42,43). Elle s'accorde aussi pour une diminution des traitements de confort tels que les veinotoniques, vasodilatateurs cérébraux et antiarthrosiques (42,43). Elle s'accorde également pour la baisse des statines (11,43). Les antalgiques sont ajoutés (notamment paracétamol et morphine) (43) ou diminués (antalgiques de palier 2) (43). Les médecins de notre étude ont été peu nombreux à évoquer les antalgiques et sont restés vagues concernant le réel type de modifications et le palier concerné. Il est difficile pour ces raisons de comparer nos résultats à la littérature sur ce point.

La perception de nos généralistes concernant la nature des modifications réalisées par les gériatres est concordante avec les données de la littérature. Cependant, sur le plan quantitatif, elles sont bien plus modifiées que ce qu'ils perçoivent réellement. On pourrait penser que certaines modifications ne sont pas toujours ressenties comme telles. Ces modifications concerneraient des troubles qu'on pourrait qualifier de mineurs, ou des changements que les médecins généralistes considéreraient plutôt comme des adaptations.

#### *4.2.1.2 Au décours de l'hospitalisation*

Les médecins généralistes exprimaient majoritairement respecter les ordonnances de sortie d'hospitalisation dans un premier temps car ils les trouvaient adaptées. Ils les poursuivaient également pour des raisons de cohérence vis-à-vis du patient. L'arrêt ou le changement d'une classe thérapeutique à une autre similaire est d'avantage poursuivi par le médecin généraliste que l'ajout d'un nouveau traitement (13). On sait également que plus la polymédication est importante, plus la poursuite en ambulatoire d'un nouveau traitement introduit durant l'hospitalisation est mauvaise (13).

Dans un deuxième temps en revanche, beaucoup de médecins exprimaient avoir à réaliser des modifications. Cette donnée est cohérente avec de très nombreuses études retrouvées dans la littérature, qui montrent une nouvelle remodification de l'ordonnance par le médecin généraliste après l'hospitalisation de son patient (13–16,41,52). Ce taux de remodification est d'environ 35% dans plusieurs études (13–16).


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

Les médecins de notre étude ne précisaient pas vraiment le délai de modification. Dans les études, cette modification est précoce. Elle apparaît dès le premier mois après la sortie d'hospitalisation pour certaines (14,16), après trois mois pour d'autres (41) en fonction du moment étudié.

Les fluctuations tensionnelles et les troubles d'ordre psychiatrique étaient les éléments amenant le plus de modifications thérapeutiques. Les tensions pouvaient varier au domicile, dans un sens comme dans un autre. Il semble en effet que certains traitements antihypertenseurs, notamment les IEC, soient repris jusqu'à une fois sur deux à la sortie (13). Sur le plan thymique en revanche, il s'agissait toujours de reprendre des traitements psychotropes allégés durant l'hospitalisation. Les généralistes expliquaient ce besoin par la résurgence des angoisses du patient de retour au domicile. Au décours de l'hospitalisation, on retrouve en effet une tendance à l'augmentation des prescriptions de benzodiazépines, mais ce résultat n'est pas significatif (47).

### 4.2.2 Les raisons des modifications thérapeutiques réalisées en milieu hospitalier puis en ambulatoire selon les médecins interrogés

#### *4.2.2.1 Une évolution clinique, l'apparition de nouvelles pathologies*

Les généralistes ont évoqué des raisons communes aux modifications thérapeutiques survenues à l'hôpital ou au décours du séjour. L'apparition de nouvelles pathologies ou un changement d'état clinique étaient principalement évoqués. Il apparaît normal qu'un changement de l'état du patient entraîne une variation des thérapeutiques aussi bien à l'hôpital qu'au domicile (14,42,43).

#### *4.2.2.2 Disponibilité médicamenteuse à l'hôpital et ses conséquences pour le généraliste, philosophie de prescription du gériatre*

Les généralistes avaient conscience que l'hôpital disposait d'un livret thérapeutique réduisant le nombre de molécules disponibles par rapport à une officine de ville. Il est fréquent que les traitements instaurés par le généraliste soient modifiés en termes de DCI/nom commercial ou pour des molécules voisines (40). Cependant, bien que les gériatres s'adaptent à la pharmacie hospitalière, les médecins généralistes n'ont pas eu le sentiment qu'ils modifiaient « pour modifier ». Ils n'ont que très rarement évoqué l'influence que peuvent exercer les laboratoires sur les gériatres. Les généralistes ont en revanche déploré qu'à la sortie la molécule initiale, si elle était toujours adaptée au patient, ne soit pas systématiquement remise.

Comme dans la littérature, les médecins généralistes ont déclaré devoir parfois enlever le nom d'un générique pour revenir au nom du princeps au retour d'hospitalisation (52). Selon eux, certains patients n'identifiaient pas leur médicament par le nom générique. Remettre le nom habituel permettait d'éviter toute confusion. Les génériques, d'aspect différent par rapport au princeps,


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

entraînent des problèmes d'observance (31,53,54). Ils seraient ainsi pourvoyeurs d'erreurs médicales, et auraient un effet placebo modifié en raison de cette apparence différente (54). Par exemple, les patients identifiant leur traitement antihypertenseur par leur apparence et non par leur nom, ont plus de risques de pression artérielle élevée, et donc d'hospitalisation dans l'année (53). A contrario, une étude démontre une absence d'impact du médicament générique sur l'observance du patient. Le biais d'explication initiale du traitement au patient par un pharmacien ou un ordinateur a potentiellement faussé ces résultats (55).

Le médecin généraliste pouvait également modifier la galénique d'un traitement pour en faciliter la prise. En effet, la mauvaise observance du patient à son traitement peut être une des raisons des remodifications réalisées (14). Cette modification illustre cette Approche Centrée Patient en ambulatoire, avec une proximité de la vie quotidienne et un intérêt pour la qualité de vie des patients de la part des médecins généralistes.

Les médecins de notre étude n'ont jamais fait de remarques concernant le prix des ordonnances. On peut se demander si le système de santé français actuel éloigne le médecin généraliste de ces considérations économiques. Dans une étude française publiée en 2012, l'ordonnance de sortie de court séjour gériatrique est moins coûteuse que celle d'entrée (43). Il serait intéressant de savoir si cette économie faite à l'échelle individuelle est source d'économies à l'échelon collectif et en quelle mesure.

#### *4.2.2.3 Influence de l'environnement de vie du patient sur la prescription*

Au cours des entretiens il était régulièrement revenu qu'une des raisons expliquant les changements de thérapeutique, aussi bien à l'hôpital qu'après l'hospitalisation, était que le patient de l'hôpital et le patient du domicile ne semblaient pas avoir le même comportement en fonction de leur environnement. Cette différence ressentie pourrait expliquer les changements de thérapeutique à l'hôpital, et les remodifications par le généraliste à la sortie.

L'exemple le plus évident était celui de l'alimentation. Les glycémies des patients diabétiques étaient souvent beaucoup mieux équilibrées à l'hôpital qu'à la maison du fait du meilleur contrôle de l'alimentation à l'hôpital. Un constat identique était fait pour l'hypertension artérielle et son contrôle. Pour certains patients, l'hospitalisation allait faire diminuer leur tension : peut-être en raison d'une meilleure observance ? Et pour d'autres la faire monter : en raison d'un effet blouse blanche? Pour l'anxiété, celle-ci pouvait être majorée par l'hospitalisation : peur de ne pas rentrer à domicile ? Ou diminuée : sentiment de sécurité ? Présence humaine?

On peut penser que lorsque le patient regagne son domicile, il reprend ses habitudes. Il nécessiterait alors une nouvelle adaptation thérapeutique par le généraliste.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

Mais si les généralistes sont obligés de reprendre certains traitements anxiolytiques arrêtés durant l'hospitalisation, il serait intéressant de se poser différentes questions : le patient était-il mieux en institution qu'à domicile ? La prescription de benzodiazépines et d'hypnotiques masque-elle le problème de fond ? Il serait intéressant de demander aux généralistes s'ils évoquent des solutions alternatives aux benzodiazépines avec leurs patients, telles que la psychothérapie. En effet, le médicament ne fait que masquer un symptôme sans traiter le problème sous-jacent qu'il convient de prendre en charge (56–58).

#### *4.2.2.4 Demande du patient et besoin d'explications*

La demande du patient était également une raison majeure de remodification au retour au domicile. L'habitude d'un traitement pris depuis longtemps amenait souvent le patient à une grande méfiance voire à une réticence vis-à-vis de tout changement. Lorsque les patients étaient trop attachés à leurs médicaments, le fait que ces modifications soient réalisées par un médecin extérieur, avec un regard extérieur, dans un cadre différent, ne suffisait pas toujours à emporter l'adhésion du patient. Ces médicaments étaient principalement ceux de la classe des psychotropes.

Le fonctionnement de l'hôpital laisserait peu de place au patient concernant la compréhension de ses prises thérapeutiques. Les médicaments sont donnés par les infirmières, et les modifications ne sont pas forcément expliquées au patient (52,59). Son avis serait peu pris en compte. Au retour au domicile, il ne saurait donc plus forcément quel est son traitement actuel. Ce manque d'informations entraînerait des erreurs médicamenteuses de la part du patient au retour au domicile.

Le patient a donc besoin d'explications. Il va les chercher auprès de son médecin généraliste quand celles-ci ont manqué durant l'hospitalisation (52). D'un autre côté, le patient oserait moins se plaindre à l'hôpital qu'auprès du médecin généraliste. La majorité des médecins généralistes exprimaient également qu'ils avaient un lien de confiance avec leurs patients. Ces derniers avaient besoin de leur aval pour accepter la nouvelle ordonnance. Les médecins généralistes se sentiraient plus à l'écoute de leurs patients que les gériatres. Ils auraient une démarche plus centrée sur le patient. Néanmoins en gériatrie, la démarche d'approche centrée sur le patient est de plus en plus utilisée. Certains auteurs décrivent une étape de négociation médicamenteuse lors du processus de réévaluation des thérapeutiques, avec des étapes d'identification des préférences du patient et de discussion-communication avec lui (60).

#### *4.2.2.5 Manque de communication sur les changements thérapeutiques*

La justification des modifications réalisées par les spécialistes est jugée difficile à obtenir par les médecins généralistes (31). Ce manque d'explications dans le compte rendu hospitalier est fréquent, jusqu'à la moitié des cas (15). Ne comprenant pas les raisons de ce changement, il était difficile pour


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

les médecins généralistes d'accepter la modification, et encore plus de la poursuivre. La nécessité d'une bonne communication entre l'hôpital et la ville et l'importance des explications semblaient primordiales dans l'acceptation des changements thérapeutiques et dans la bonne coordination des soins. Cette donnée est cohérente avec la littérature, qui souligne également l'importance pour les médecins généralistes de connaître les raisons des modifications (31,61,62).

#### *4.2.2.6 Relation entre confrères influençant la prescription*

Les généralistes avaient le sentiment que le fait de connaitre ou non le confrère gériatre influençait les modifications que ce dernier pouvait apporter. En effet, le généraliste connaît le gériatre qui fait partie de son réseau et sa façon de travailler (63,64). Selon lui, un gériatre avec qui il a l'habitude de travailler aurait moins tendance à changer ses prescriptions. C'est l'entente professionnelle qui peut amener le médecin généraliste à avoir ses interlocuteurs privilégiés à long terme (65). La confiance réciproque qui s'installe progressivement améliore la prise en charge thérapeutique du patient et donc la continuité des soins.

## 4.3 RESSENTI GLOBAL DES MEDECINS GENERALISTES CONCERNANT LE GERIATRE ET SES PRESCRIPTIONS

Nous avons perçu une ambivalence globale du ressenti des médecins généralistes concernant le gériatre, sa spécialité, sa prescription et sa valeur ajoutée. Le sentiment dominant était une reconnaissance d'un statut de spécialiste et une valeur ajoutée au travail quotidien du généraliste.

Mais les généralistes n'étaient pas d'accord sur tous les points. Un même médecin pouvait aussi exprimer des impressions et ressentis contradictoires.

### 4.3.1 Le gériatre : un spécialiste parfois non reconnu

Il est apparu dans notre étude que pour quelques médecins généralistes la valeur ajoutée des gériatres n'était pas évidente. Ceux-ci ne savaient pas définir leur rôle exact. Ils estimaient en tout cas avoir autant de connaissances qu'eux dans la prise en charge de la personne âgée au quotidien.

On retrouve dans la littérature cette difficulté pour les médecins généralistes à définir les compétences exactes du gériatre. Ce défaut de connaissance peut entraîner l'instauration d'une méfiance envers eux, voire parfois un sentiment de concurrence (65). Nous avons demandé aux généralistes s'ils avaient eu une formation en gériatrie. Une minorité déclarait avoir eu une formation spécifique, la plupart reconnaissaient avoir appris « sur le tas ». La difficulté pour les médecins généralistes à cerner les compétences du gériatre pourrait s'expliquer par leur manque de formation gériatrique. On peut se poser la question d'une meilleure coopération si les généralistes étaient plus formés en gériatrie (65).


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

Néanmoins, cette méconnaissance restait minoritaire dans notre étude. La globalité des médecins généralistes appréciait l'apport du gériatre dans leur pratique, notamment sur le plan thérapeutique et diagnostique.

### 4.3.2 L'expertise du gériatre permet d'optimiser l'ordonnance des patients âgés

La majorité des généralistes estimaient que les gériatres avaient plus de connaissances qu'eux concernant les particularités physiopathologiques de la personne âgée. Ces connaissances spécifiques permettaient un meilleur repérage de la iatrogénie. Ainsi, les gériatres étaient plus à même d'optimiser les ordonnances des patients. Ils étaient considérés comme légitimes dans l'adaptation des thérapeutiques. Ils étaient également plus à jour des nouvelles recommandations. Enfin, ils avaient une vision globale du patient, non retrouvée dans les autres spécialités.

Dans la littérature, l'hospitalisation en gériatrie permet effectivement des ordonnances plus adaptées aux personnes âgées que celles des généralistes, notamment une diminution des médicaments inappropriés (65,66). Les interactions médicamenteuses sont moins nombreuses sur les ordonnances de sortie de service de gériatrie, comparées à celles d'un service de médecine standard (67). Le gériatre est en tout cas considéré par les médecins généralistes comme tout à fait légitime dans la pose de diagnostics et l'initiation d'un traitement (65). Il serait plus sensibilisé aux problèmes spécifiques à la gériatrie que les médecins généralistes (démence, risques de chutes, dépression, incontinence, insomnie) (45) et ses prescriptions seraient plus appropriées (68). On peut se demander si cette prise en charge plus spécifique mène à une amélioration réellement significative et durable pour le patient en termes de qualité et d'espérance de vie. Une méta-analyse tend à l'approuver, en démontrant l'intérêt d'une évaluation gériatrique systématique aux urgences sur la pérennité du retour au domicile et une meilleure survie à 6 et 12 mois (69).

L'intervention du gériatre permettait également de réévaluer l'indication de certains traitements de fond pris depuis longtemps. Les généralistes estimaient manquer parfois d'objectivité envers leurs patients pour le faire. Le gériatre réévaluait l'indication de ces traitements de manière plus factuelle, avec un recul que le généraliste n'avait pas forcément. Ce regard extérieur sur leurs prescriptions était apprécié par les médecins généralistes. Ceux-ci avaient en effet parfois du mal à prendre la responsabilité de l'arrêt d'un traitement prescrit depuis longtemps. C'est un sentiment que l'on retrouve dans la littérature (23).

Si le regard nouveau et expert du gériatre est un véritable intérêt pour le patient, il peut peut-être aussi poser des difficultés au médecin généraliste.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

### 4.3.3 Certaines modifications d'ordonnance mettent en difficulté les généralistes pour la gestion des traitements ultérieurs

#### *4.3.3.1 Vision différente de la balance bénéfice-risque*

Les médecins généralistes étaient parfois mis en difficulté par les changements de thérapeutiques. Il leur était difficile par la suite d'arrêter les traitements introduits par le gériatre, ou de reprendre des traitements injustement arrêtés selon eux. On retrouve cette difficulté de remise en question des prescriptions des spécialistes dans la littérature (39). Le médecin généraliste peut ne pas se sentir légitime (22). Il peut se sentir moins compétent qu'un spécialiste concernant certaines questions. Il est rassuré lorsqu'un traitement est prescrit par un spécialiste, et il apprécie de partager la responsabilité de la prescription avec celui-ci (24). Il peut exister un sentiment de hiérarchie, ou de "respect" du travail du confrère qui rend la remodification difficile (39).

Ces modifications thérapeutiques pouvaient être motivées par une divergence de point de vue concernant la balance bénéfice-risque de certains traitements. Le médecin généraliste hésitait entre faire confiance à un confrère spécialiste et poursuivre le traitement introduit par ce dernier, et suivre sa conviction et refuser de poursuivre ledit traitement.

A ce sujet, ils pointaient du doigt les anti-cholinestérasiques, souvent introduits par les gériatres pendant les consultations. Il s'agit de traitements symptomatiques des formes légères à modérément sévères de la maladie d'Alzheimer. Ces médicaments ont vu progressivement leur SMR s'abaisser au fil des études cliniques, jusqu'à devenir insuffisant aujourd'hui (V). La HAS estime en 2016 que ces traitements ne font plus partie de la stratégie thérapeutique de la maladie d'Alzheimer, en raison d'effets au mieux modestes, et d'effets indésirables notables, chez des patients polymédiqués et déjà fragiles (70). Il est possible que les médecins généralistes soient réticents à poursuivre la prescription de ces traitements notamment en raison des possibles effets secondaires et de la faible amélioration cognitive du patient qu'ils perçoivent en ambulatoire.

Certains s'interrogeaient également sur l'introduction des AOD. Les médecins généralistes interrogés étaient en difficulté pour poursuivre ces traitements qu'ils jugeaient parfois plus risqués que les AVK. Cette réticence régressera peut-être à l'avenir, devant l'apparition récente d'antidotes. De manière globale, les patients âgés éligibles aux anticoagulants sont sous-traités (71).

#### *4.3.3.2 Manque de connaissance du patient de la part du gériatre*

Le manque de connaissance à l'hôpital des antécédents médicaux, médicamenteux et psychologiques du patient entraînait des arrêts, modifications ou introductions de molécules. Ces changements nécessitaient une réadaptation par le généraliste à distance de l'hospitalisation. En effet, ce dernier


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

les jugeait parfois non adaptées au patient sur le long terme. Le généraliste avait, lui, souvent connaissance de ces éléments du fait du suivi régulier de son patient.

Pour le généraliste, le gériatre est loin de sa pratique quotidienne et ne connaît pas le patient aussi bien que lui. Il est donc parfois moins à même de savoir ce qui est adapté pour le patient (65). Certains généralistes expliquaient devoir régulièrement stopper des traitements qui avaient déjà été utilisés par le passé, qui n'avaient pas fonctionné ou qui avaient été mal tolérés. Ces modifications en raison de l'apparition d'effets secondaires, sans précision concernant l'existence d'un essai antérieur ou non, est décrit également dans la littérature (14).

### 4.3.4 Des modifications comprises mais parfois mal vécues, une préconisation souhaitée

Les médecins généralistes de notre étude exprimaient pour la majorité d'entre eux une compréhension de l'ordonnance émanant du gériatre en sortie d'hospitalisation. Les modifications d'ordonnance étaient jugées globalement pertinentes.

Toutefois, celles-ci renvoyaient certains médecins généralistes à une potentielle iatrogénie de leur part. Ils se sentaient ainsi pointés du doigt par leurs confrères gériatres. Se sentant jugés, ils avaient du mal à accepter certaines modifications. La iatrogénie est en effet un motif de modification thérapeutique durant l'hospitalisation (43).

Le manque d'implication des médecins généralistes dans les modifications d'ordonnance à l'hôpital a pu renforcer ce sentiment. De manière paradoxale, malgré ce sentiment de perte de contrôle, certains exprimaient clairement ne pas vouloir être davantage impliqués. Ils invoquaient une trop grande complexité pour le faire et un manque de temps pour eux comme pour le gériatre. Ce sentiment de manque d'implication dans les prises de décisions thérapeutiques importantes est retrouvé dans la littérature (72).

De manière globale, les médecins généralistes souhaitaient synthétiser et harmoniser l'ordonnance initiale et l'ordonnance de sortie d'hospitalisation. Les généralistes comprenaient et acceptaient globalement les modifications thérapeutiques, mais ils étaient parfois agacés qu'on modifie leurs ordonnances sans leur demander leur avis. Ils souhaitaient garder la main sur le traitement de leur patient, tout en tenant compte des modifications réalisées. Il y avait une volonté de mise en avant de la qualité de vie du patient. Ils devaient trouver un juste milieu entre le respect de ce qui avait été fait et l'évolution du patient au domicile, autant sur le plan physique que psychique.

Dans cette idée, certains médecins généralistes auraient préféré une préconisation plutôt qu'une modification thérapeutique immédiate de la part du gériatre. Cette préconisation serait un compromis qui permettrait au gériatre d'apporter sa valeur ajoutée de spécialiste de la personne âgée, tout en


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

laissant une liberté de prescription au médecin généraliste. Le médecin généraliste pourrait alors choisir de suivre ou non les recommandations proposées. Cette approche pluridisciplinaire permettrait à tous les praticiens de trouver leur place. Cette idée de soin partagé entre les médecins est retrouvée dans la littérature (15). Elle permet de privilégier la qualité de vie du patient et de le remettre au cœur de sa prise en charge.

Nous percevons toute l'ambiguïté de ce que les médecins généralistes peuvent ressentir lors des modifications thérapeutiques réalisées par les gériatres. Cette ambiguïté est retrouvée dans la littérature, entre manque de confiance envers les jeunes spécialistes notamment et malgré tout désir d'expertise bien présent (23).

## 4.4 L'APPORT DE LA STRUCTURE HOSPITALIERE : ACCESSIBILITE, PLATEAU TECHNIQUE, PERSONNEL

Pour le généraliste, le gériatre était un interlocuteur accessible pour des avis et avec des hospitalisations rapides si besoin.

Les hotlines gériatriques ainsi que les équipes mobiles gériatriques sont pour les généralistes un vrai plus lorsqu'ils ont besoin d'aide pour la prise en charge d'un patient. D'autant plus quand celui-ci refuse de quitter son domicile ne serait-ce que le temps d'une hospitalisation (73,74).

Ils appréciaient que le temps de l'hospitalisation soit mis à profit par le gériatre pour réévaluer l'ordonnance car, comme nous l'avons vu précédemment, les médecins généralistes n'avaient pas toujours le temps ou les moyens de le faire correctement. Pour les généralistes, l'hôpital offrait un temps humain médical et paramédical plus important que ce qu'eux-mêmes pouvaient fournir en ambulatoire. Ce temps permettait un meilleur suivi des effets secondaires médicamenteux des thérapeutiques introduites et des constantes.

Dans la littérature, le temps de l'hospitalisation est en effet jugé propice à la réalisation d'examens complémentaires (65). Les généralistes rencontrent bien des difficultés avec leurs patients pour la réalisation de ceux-ci. Les patients y sont opposés, ou bien rencontrent des difficultés dans la prise de rendez-vous, ceux-ci se prenant de plus en plus par internet. La mobilité est aussi un facteur limitant pour se rendre aux rendez-vous (65,75). L'hospitalisation des patients âgés est donc un temps propice à la réalisation d'examens complémentaires qu'eux ne parviennent pas à réaliser en ambulatoire (59,65). La présence du personnel paramédical était très appréciée, notamment le kinésithérapeute, chez des patients ayant parfois du mal à trouver ces professionnels se déplaçant au domicile. La présence de l'assistante sociale permettait de faire le point sur les besoins du patient, les aides déjà en place et celles encore nécessaires. Elle permet aussi la rédaction des dossiers administratifs que les généralistes connaissent mal et n'ont pas le temps de faire (59).


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

Cependant, les médecins généralistes estimaient que les bilans étaient parfois trop systématiques ou trop poussés. Ils ne répondaient pas toujours à leurs attentes ou aux besoins du patient. Il arrive également que des examens faits peu de temps auparavant en ambulatoire soient refaits à l'hôpital (65).

Il a également été pointé du doigt un turn-over d'hospitalisation trop rapide. Il semble cependant que la tendance soit plutôt à la stagnation des durées moyennes de séjour (76). Cette durée d'hospitalisation est en tout cas identique aux autres services de médecine classique (45).

De plus, les médecins généralistes estimaient que le gériatre n'assurait pas le suivi du patient une fois celui-ci sorti d'hospitalisation. Le gériatre ne s'occupait du patient que sur le temps du séjour. De ce fait, il ne pouvait pas adapter les traitements au patient une fois celui-ci rentré à la maison comme le font d'autres spécialistes. Le suivi à distance du patient en cas de nécessité pourrait être assuré par les équipes mobiles de gériatrie (EMG). Une autre solution serait de programmer une consultation à distance avec le gériatre comme cela se fait dans de nombreuses autres spécialités. En tout cas, les médecins généralistes souhaitent une amélioration de leur collaboration avec les gériatres afin de faciliter les retours au domicile (65). L'hospitalisation de jour pourrait représenter un compromis. Elle satisfait la possibilité d'examens complémentaires, sans désorienter les personnes âgées par une perte de repères hors du domicile (65).

## 4.5 COMMUNICATION

### 4.5.1 Le compte rendu

Les médecins de notre étude ont tous évoqué le compte rendu hospitalier comme moyen principal de communication avec le gériatre.

Ce compte rendu est un outil majeur pour la limitation du risque iatrogénique, du nombre d'hospitalisations itératives et de réduction de la morbi-mortalité (77,78).

Les médecins généralistes ne contactent directement que rarement les spécialistes hospitaliers concernant la poursuite des prescriptions (31). Pour eux, le compte rendu hospitalier format papier restait le principal outil de communication avec les gériatres. Le courrier postal reste le principal moyen de transmission du compte rendu hospitalier (79). 45 à 60 % des généralistes français souhaitent un envoi par courrier (77). Alors que 50 % des généralistes semblent privilégier un envoi par courriel sécurisé (77), en 2011 ils étaient 20 % à ne pas avoir d'accès internet à leur cabinet et 70 % n'utilisaient pas de messagerie sécurisée (80).

Dans notre étude le délai moyen de réception du compte rendu hospitalier était de 2 semaines avec des délais allant de 2 jours à plusieurs mois en fonction de la structure hospitalière. En France, le délai


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

de réception du compte rendu hospitalier tous services confondus est inférieur à 8 jours pour 26 à 65 % des hospitalisations (77). Il est surprenant de noter un tel écart entre ces deux durées. Ce délai pourrait être expliqué par le fait que le compte rendu des gériatres est plus long et rédigé de manière très complète pour des patients porteurs de nombreuses pathologies.

Le délai souhaité par les généralistes pour la réception du compte rendu hospitalier est de 8 jours (77). La HAS fixe également un délai de 8 jours après la sortie d'hospitalisation pour la rédaction du compte rendu hospitalier (81). Il semble donc que ce délai ne soit pas toujours respecté. Il pourrait d'ailleurs être diminué par l'utilisation plus systématique des messageries sécurisées.

Les généralistes déclaraient revoir le patient avant la réception du compte rendu hospitalier dans la moitié des cas. Dans la littérature, ce taux est plus proche des 2/3 (77). Ces évènements mettent en difficulté les généralistes dans la prise en charge des patients.

Le compte rendu hospitalier de gériatrie était jugé complet et étoffé. Les généralistes l'estimaient parfois un peu trop long mais ils pouvaient y revenir en cas de besoin pour obtenir plus de détails. Un compte rendu trop long découragerait sa lecture, induisant une perte d'informations (77). Pour les généralistes et les pharmaciens, cette transmission d'informations permet une meilleure continuité des soins (62). D'après la littérature, la qualité des comptes rendus hospitaliers est souvent jugée faible (77). Sur ce point les généralistes de notre étude sont unanimement en désaccord. Cette différence est peut-être due au fait que la littérature s'intéresse aux comptes rendus hospitaliers toutes spécialités confondues alors que notre étude porte sur ceux rédigés par les gériatres.

### 4.5.2 Via le téléphone

La communication par téléphone était surtout utilisée par l'hôpital pour obtenir des informations sur le patient lors de son arrivée. Par la suite, les médecins n'étaient que très rarement contactés. Les généralistes aimeraient pourtant avoir plus de contacts par téléphone (80).

Certains généralistes auraient aimé être prévenus au moment de la sortie du patient. Cet entretien aurait permis selon eux de mettre en avant des points de vigilance particuliers. La HAS stipule que s'il existe un point de vigilance particulier pour le suivi du patient, un contact de vive voix entre l'hôpital et les professionnels d'aval serait nécessaire (81).

### 4.5.3 Pistes d'amélioration

Dans notre étude, un généraliste a explicitement évoqué le dossier médical partagé comme moyen de fluidifier la communication. D'autres auraient souhaité un meilleur partage de l'information avec les gériatres. Ce dossier a été mis en place par le gouvernement français et devrait être opérationnel d'ici fin 2018 (82). Pour d'autres, cette amélioration passait par plus de rencontres avec les gériatres. Pour


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

eux, une meilleure connaissance de leur interlocuteur permettait une meilleure collaboration. Cette idée est retrouvée dans la littérature (83).

Depuis quelques années, un effort est fait sur les prescriptions médicamenteuses et la transmission de l'information entre professionnels de santé. Ce concept est celui de la conciliation médicamenteuse. Son but est de « prévenir 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. » Cette attention particulière portée sur l'ordonnance a plusieurs objectifs. Premièrement celui de réduire les erreurs médicamenteuses. Parmi celles-ci, on retrouve les arrêts inappropriés des médicaments du domicile, l'erreur de dose ou de galénique, l'oubli de la reprise des traitements antérieurs du patient lors de sa sortie. Le second objectif est de réduire le recours aux hospitalisations par l'action conjointe de la conciliation médicamenteuse et d'autres programmes dont l'accompagnement thérapeutique du patient à sa sortie. Le dernier objectif est la continuité médicamenteuse. Celle-ci s'obtient par la poursuite en ambulatoire de la conciliation réalisée (84).

Ces notions englobées dans la conciliation répondent à plusieurs attentes des généralistes interrogés : respect des galéniques, reprise du traitement antérieur s'il est toujours adapté, information sur les raisons motivant un changement de thérapeutique, meilleure information et accompagnement du patient avec sa nouvelle ordonnance. La conciliation vient donc compléter le travail fait en hospitalier afin d'optimiser les prises en charge thérapeutiques des patients âgés.

## 4.6 FORCES ET LIMITES DE NOTRE ETUDE

Il nous a semblé pertinent de suivre le parcours complet de l'ordonnance. Cela permettait de comprendre ce qui limitait les généralistes dans la prescription médicamenteuse la plus appropriée possible au patient en amont et en aval de l'hospitalisation. Nous nous sommes concentrées sur le ressenti des médecins généralistes, mais nous avons volontairement intégré d'autres thèmes car ils étaient pertinents et apportaient un point de réponse à notre problématique initiale.

Afin de recueillir au mieux les perceptions des généralistes, nous avons régulièrement fait évoluer notre canevas d'entretien. Notre étude qualitative a peut-être été influencée par les investigateurs. Afin de limiter les biais d'analyse, les entretiens ont été encodés indépendamment dans un premier temps. Puis les résultats ont été mis en commun. Un troisième intervenant tranchait en cas de litige.

Nous avons interrogé 22 médecins de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Notre échantillon n'est peut-être pas représentatif de l'ensemble de la population des médecins généralistes français. Mais il est varié en termes d'âge, de sexe et de type de pratique. Sa taille est à prendre en compte dans la


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

généralisation des résultats de notre étude. Nos résultats décrivent une tendance permettant de mieux comprendre le processus de modification des ordonnances en sortie d'hospitalisation.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

# 5 CONCLUSIONS

L'adaptation des thérapeutiques est un des enjeux majeurs de la prise en charge médicale des personnes âgées. La iatrogénie est limitée chez les sujets âgés par une attention particulière portée aux interactions médicamenteuses et une adaptation régulière des thérapeutiques. Une réévaluation fréquente de l'ordonnance permettrait de limiter celle-ci.

L'objectif de notre étude qualitative est d'évaluer la perception des médecins généralistes des modifications d'ordonnance des patients par les gériatres hospitaliers. Nous avons réalisé une étude qualitative, auprès de 22 médecins généralistes de la région Auvergne Rhône-Alpes.

Les généralistes ont conscience du potentiel iatrogénique de leur ordonnance. Ils essayent de la limiter, mais leur mode d'exercice est parfois un frein à la réévaluation correcte du traitement de la personne âgée.

Les modifications d'ordonnance réalisées par les gériatres concernent essentiellement les psychotropes, les médicaments à visée cardiovasculaire et les traitements antidiabétiques. Elles sont jugées majoritairement pertinentes par les médecins généralistes. L'ordonnance est globalement respectée, avec des ajustements plutôt que des modifications drastiques. Les médecins généralistes apprécient qu'au cours d'une hospitalisation, le gériatre donne son avis d'expert sur l'ordonnance et sur la gestion de la polypathologie. Les modifications réalisées par le gériatre permettent de rectifier les interactions potentielles existantes et de limiter le nombre de traitements indispensables. Parfois, elles sont moins bien perçues car elles soulèvent une interrogation concernant le rapport bénéfice-risque de certains médicaments.

Les médecins généralistes avouent avoir des difficultés à poursuivre la prescription de sortie d'hospitalisation au long cours. Ils sont amenés à remodifier l'ordonnance. Ces remodifications sont faites en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient, mais également en fonction des souhaits de celui-ci. D'autre part, les médecins généralistes ont le sentiment que le comportement du patient n'est pas le même au domicile et à l'hôpital. Ceci expliquerait selon les généralistes que le gériatre ne perçoive pas le patient à l'hôpital comme eux au domicile. De plus, les généralistes ont le sentiment que le patient ose moins exprimer ses plaintes à l'hôpital. Ils ont aussi l'impression que l'hôpital n'explique pas toujours suffisamment au patient les changements de thérapeutique. Ils sentent souvent leurs patients perdus face à leur nouvelle ordonnance à leur retour.

Si les généralistes apprécient le regard extérieur et global du gériatre, ils pointent du doigt leur connaissance plus superficielle qu'eux du patient. Il pourrait être intéressant que le gériatre fasse des


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

propositions d'adaptation thérapeutique pour les pathologies chroniques plutôt que des modifications immédiates. En effet, les conséquences de ces changements au long cours sont difficiles à appréhender sur un court temps d'hospitalisation. De retour au domicile, le médecin généraliste pourrait alors en accord avec le patient suivre ou non ces recommandations en fonction de l'évolution de son état de santé et de ses antécédents médicaux et thérapeutiques.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

# 6 BIBLIOGRAPHIE


1. Tableaux de l'économie française. Edition 2018. Insee. Février 2018. — Sciences économiques et sociales [Internet]. [cité 9 avr 2018]. Disponible sur: http://ses.ens-lyon.fr/actualites/rapports-etudes-et-4-pages/tableaux-de-leconomie-francaise-edition-2018-insee-fevrier-2018

2. Almirall J, Fortin M. The coexistence of terms to describe the presence of multiple concurrent diseases. J Comorbidity. 8 oct 2013;3(1):4-9.

3. World Health Organization. A glossary of terms for community health care and services for older persons. In: Ageing and Health Technical Report [Internet]. Japon; 2004 [cité 18 mai 2018]. p. 111. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/handle/10665/68896

4. Sirois C. La polypharmacie. Qué Pharm. juin 2014;29-38.

5. Mangoni A. A., Jackson S.H.D. Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: basic principles and practical applications. Br J Clin Pharmacol. nov 2003;57(1):6-14.

6. Monégat M, Sermet C. La polymédication : définitions, mesures et enjeux. Questions d'économine de la santé. 2014 (204) :8.

7. Clerc P , Le Breton J , Mousques J. Etude polychrome : une méthode d'expertise pour optimiser des ordonnances de polyprescription en médecine générale (French). Prat Organ SOINS. 2009;(3):167-75.

8. Lang PO, Dramé M, Guignard B, Mahmoudi R, Payot I, Latour J, et al. Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 déc 2015;15(90):323-36.

9. Laroche M-L, Charmes J-P, Merle L. Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list. Eur J Clin Pharmacol. août 2007;63(8):725-31.

10. The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc. 1 avr 2012;60(4):616-31.

11. Piau A, Huet Y, Gallini A, Andre L, Vellas B, Nourhashemi F. Optimization of drug therapy in elderly individuals admitted to a geriatric unit. Clin Interv Aging. 2017;12:1691-6.

12. Moulis-Rivière M. Conciliation médicamenteuse de sortie en gériatrie: impact de la transmission hôpital-ville d'un bilan médicamenteux sur le maintien des optimisations thérapeutiques [Internet] [Mémoire de DES]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2014. Disponible sur: http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/01/02/13/30/PDF/2014GRE17020_moulis_melanie_1_D_.pdf

13. Larsen MD, Rosholm JU, Hallas J. The influence of comprehensive geriatric assessment on drug therapy in elderly patients. Eur J Clin Pharmacol. 1 févr 2014;70(2):233-9.

14. Mansur N, Weiss A, Hoffman A, Gruenewald T, Beloosesky Y. Continuity and adherence to long-term drug treatment by geriatric patients after hospital discharge: a prospective cohort study. Drugs Aging. 2008;25(10):861-70.



BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

15. Himmel W, Tabache M, Kochen MM. What happens to long-term medication when general practice patients are referred to hospital? Eur J Clin Pharmacol. 1 juin 1996;50(4):253-7.

16. Mansur N, Weiss A, Beloosesky Y. Relationship of in-hospital medication modifications of elderly patients to postdischarge medications, adherence, and mortality. Ann Pharmacother. juin 2008;42(6):783-9.

17. Siproudhis J, Chapron A, Allory E, Fiquet L, Dauguet S, Oger E. Consultation de renouvellement d'ordonnance en médecine générale : qu'en attendent les patients ? Thérapie. 1 déc 2016;71(6):579-87.

18. HAS. Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ? 2013 déc. Disponible sur : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718248/fr/comment-prendre-en-charge-les-personnes-agees-fragiles-en-ambulatoire. Consulté le 14 nov 2017

19. Desnoyer A, Guignard B, Lang P-O, Desmeules J, Vogt-Ferrier N, Bonnabry P. Prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées en gériatrie : quels outils utiliser pour les détecter ? Presse Médicale. 1 nov 2016;45(11):957-70.

20. Gallagher PF, O'Connor MN, O'Mahony D. Prevention of potentially inappropriate prescribing for elderly patients: a randomized controlled trial using STOPP/START criteria. Clin Pharmacol Ther. juin 2011;89(6):845-54.

21. Hill-Taylor B, Walsh KA, Stewart S, Hayden J, Byrne S, Sketris IS. Effectiveness of the STOPP/START (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment) criteria: systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. J Clin Pharm Ther. avr 2016;41(2):158-69.

22. Clerc P, Le Breton J. Polyprescription médicamenteuse et polypathologies chroniques : ce qu'en disent les médecins généralistes. Sci Soc Santé. 26 sept 2013;31(3):71-101.

23. Smith SM, O'Kelly S, O'Dowd T. GPs' and pharmacists' experiences of managing multimorbidity: a « Pandora's box ». Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. juill 2010;60(576):285-94.

24. Sinnott C, Hugh SM, Boyce MB, Bradley CP. What to give the patient who has everything? A qualitative study of prescribing for multimorbidity in primary care. Br J Gen Pr. 1 mars 2015;65(632):e184-91.

25. Bradley CP. Factors which influence the decision whether or not to prescribe: the dilemma facing general practitioners. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. nov 1992;42(364):454-8.

26. Theile G, Kruschinski C, Buck M, Müller CA, Hummers-Pradier E. Home visits - central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. BMC Fam Pract. 22 avr 2011;12:24.

27. Anthierens S, Tansens A, Petrovic M, Christiaens T. Qualitative insights into general practitioners views on polypharmacy. BMC Fam Pract. 15 sept 2010;11(65):1-6.

28. Schuling J, Gebben H, Veehof LJG, Haaijer-Ruskamp FM. Deprescribing medication in very elderly patients with multimorbidity: the view of Dutch GPs. A qualitative study. BMC Fam Pract. 9 juill 2012;13:56.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

29. Britten N, Ukoumunne O. The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: a questionnaire survey. BMJ. 6 déc 1997;315(7121):1506-10.

30. Webb S, Lloyd M. Prescribing and referral in general practice: a study of patients' expectations and doctors' actions. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. avr 1994;44(381):165-9.

31. Moen J, Norrgård S, Antonov K, Nilsson JLG, Ring L. GPs' perceptions of multiple-medicine use in older patients. J Eval Clin Pract. 1 févr 2010;16(1):69-75.

32. Delga C, Megnin Y, Oustric S, Laurent C, Pauly L, Vergez J-P, et al. Pression de prescription : étude pilote en médecine générale. Thérapie. déc 2003;58(6):513-7.

33. Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations--a questionnaire study. BMJ. 30 août 1997;315(7107):520-3.

34. Cullinan S, Fleming A, O'Mahony D, Ryan C, O'Sullivan D, Gallagher P, et al. Doctors' perspectives on the barriers to appropriate prescribing in older hospitalized patients: a qualitative study. Br J Clin Pharmacol. mai 2015;79(5):860-9.

35. Bradley CP. Uncomfortable prescribing decisions: a critical incident study. BMJ. 1 févr 1992;304(6822):294-6.

36. Scott IA, Anderson K, Freeman CR, Stowasser DA. First do no harm: a real need to deprescribe in older patients. Med J Aust. 6 oct 2014;201(7):390-2.

37. Lemasson A, Gay B, Duroux J-LL et G. Comment le médecin perçoit-il sa prise en compte des préoccupations du patient ? Une étude qualitative en soins primaires en Aquitaine. Médecine. 1 janv 2006;2(1):38-42.

38. Magin P, Goode S, Pond D. GPs, medications and older people: A qualitative study of general practitioners' approaches to potentially inappropriate medications in older people. Australas J Ageing. juin 2015;34(2):134-9.

39. Anderson K, Stowasser D, Freeman C, Scott I. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. BMJ Open. 8 déc 2014;4(12):1-18.

40. Himmel W, Kochen MM, Sorns U, Hummers-Pradier E. Drug changes at the interface between primary and secondary care. Int J Clin Pharmacol Ther. févr 2004;42(2):103-9.

41. Kruse W, Rampmaier J, Frauenrath-Volkers C, Volkert D, Wankmüller I, Micol W, et al. Drug-prescribing patterns in old age. Eur J Clin Pharmacol. 1 sept 1991;41(5):441-7.

42. Ponson I, Pechu A. Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé: Étude des modifications thérapeutiques au cours d'un séjour en gériatrie chez 221 patients hospitalisés dans la région lyonnaise. Rev Prat. nov 2013;63(9):1215-21.

43. Lachamp M, Pauly V, Sambuc R, Thirion X, Potard I, Molines C, et al. Impact de la modification des prescriptions chez les sujets âgés hospitalisés en service de court séjour gériatrique en termes de coût. La Revue de Médecine Interne. 2012;33(9):482-90.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

44. Grimmsmann T, Schwabe U, Himmel W. The influence of hospitalisation on drug prescription in primary care – a large-scale follow-up study. Eur J Clin Pharmacol. 1 août 2007;63(8):783-90.

45. Sinvani L, Carney M, Kozikowski A, Smilios C, Patel V, Qiu G, et al. The role of geriatrician-hospitalists in the care of older adults: A retrospective cohort study. Arch Gerontol Geriatr. 16 mars 2018;77:31-7.

46. Couderc A-L, Bailly-Agaledes C, Camalet J, Capriz-Ribière F, Gary A, Robert P, et al. Adaptations des médicaments psychotropes chez les sujets âgés de 75 ans et plus dans un service de médecine interne gériatrique : à propos de 100 patients. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 juin 2011;9(2):163-70.

47. Grimmsmann T, Harden M, Fiß T, Himmel W. The influence of hospitalisation on the initiation, continuation and discontinuation of benzodiazepines and Z-drugs - an observational study. Swiss Med Wkly. 14 2018;148:1-13.

48. HAS. Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire. 2015 juin. Disponible sur : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2038262/fr/arret-des-benzodiazepines-et-medicaments-apparentes-demarche-du-medecin-traitant-en-ambulatoire. Consulté le 19 dec 2017

49. Lipska KJ, Krumholz H, Soones T, Lee SJ. Polypharmacy in the Aging Patient: A Review of Glycemic Control in Older Adults With Type 2 Diabetes. JAMA. 8 mars 2016;315(10):1034-45.

50. Ardigo S, Perrenoud, Luz, Philippe, Jacques. Diabète de la personne âgée : une prise en charge sur mesure. Rev Médicale Suisse. 5 juin 2013;9:1192-9.

51. Deletre S, Coutaz, Martial. Diabète : cibles glycémiques au grand âge et surtraitement. Rev Médicale Suisse. 2 mars 2016;12:461-6.

52. Cochrane RA, Mandal AR, Ledger-Scott M, Walker R. Changes in drug treatment after discharge from hospital in geriatric patients. BMJ. 19 sept 1992;305(6855):694-6.

53. Lenahan JL, McCarthy DM, Davis TC, Curtis LM, Serper M, Wolf MS. A Drug by Any Other Name: Patients' Ability to Identify Medication Regimens and Its Association With Adherence and Health Outcomes. J Health Commun. déc 2013;18(Suppl 1):31-9.

54. Greene JA, Kesselheim AS. Why do the same drugs look different? Pills, trade dress, and public health. N Engl J Med. 7 juill 2011;365(1):83-9.

55. Olesen C, Harbig P, Barat I, Damsgaard EM. Generic substitution does not seem to affect adherence negatively in elderly polypharmacy patients. Pharmacoepidemiol Drug Saf. oct 2013;22(10):1093-8.

56. McGrath K, Hajjar ER, Kumar C, Hwang C, Salzman B. Deprescribing: A simple method for reducing polypharmacy. J Fam Pract. juill 2017;66(7):436-45.

57. Le Moigne P. La dépendance aux médicaments psychotropes en population générale. Dépendances. Juin;(55):9-11.

58. Perodeau G, Goyer L, Guindon, Marylin. Consommation chronique de psychotropes chez les aînés: jalons théoriques et pratiques pour les cliniciens. Rev Québécoise Psychol. 2001;22(2):1-22.


(CC BY-NC-ND 2.0)

59. Maréchal F, Kim B-A, Castel-Kremer E, Comte B. Évaluation de la ligne unique et directe d'appel téléphonique en gériatrie (ELUDAT G) : une étude qualitative. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 déc 2015;15(90):316-22.

60. Lang, Olivier, Farhat, Akram, Csajka, Chantal. Optimiser ses prescriptions : quelle démarche et quel outil ? Rev Gériatrie. 1 avr 2017;42(4):207-18.

61. Himmel W, Kron M, Hepe S, Kochen MM. Drug prescribing in hospital as experienced by general practitioners: East versus West Germany. Fam Pract. juin 1996;13(3):247-53.

62. Munday A, Kelly B, Forrester JW, Timoney A, McGovern E. Do general practitioners and community pharmacists want information on the reasons for drug therapy changes implemented by secondary care? Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. sept 1997;47(422):563-6.

63. Haehnel P, Dusehu É. Problèmes éthiques et réseaux. Actual Doss En Santé Publique. 1998;24:45–6.

64. Bournot M-C, Goupil M-C, Tuffreau F. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. Études et résultats DREES. Août 2008;649.

65. Ketterer F, Goffin Y, Garroi L, Duchesnes C, Giet D. La liaison externe en gériatrie : état des lieux de la collaboration entre médecins généralistes et gériatres. déc 2011 [cité 6 nov 2017]; Disponible sur: http://orbi.ulg.ac.be/handle/2268/118982

66. Laroche M-L, Charmes J-P, Nouaille Y, Fourrier A, Merle L. Impact of hospitalisation in an acute medical geriatric unit on potentially inappropriate medication use. Drugs Aging. 2006;23(1):49-59.

67. Saltvedt I, Spigset O, Ruths S, Fayers P, Kaasa S, Sletvold O. Patterns of drug prescription in a geriatric evaluation and management unit as compared with the general medical wards: a randomised study. Eur J Clin Pharmacol. 1 déc 2005;61(12):921-8.

68. Phelan EA, Genshaft S, Williams B, LoGerfo JP, Wagner EH. A Comparison of How Generalists and Fellowship-Trained Geriatricians Provide "Geriatric" Care. J Am Geriatr Soc. 1 oct 2008;56(10):1807-11.

69. Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 27 oct 2011;343(7832):1-10.

70. HAS. Médicaments de la maladie d'Alzheimer : un intérêt médical insuffisant pour justifier leur prise en charge par la solidarité nationale. 2016 . Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2679466/fr/medicaments-de-la-maladie-d-alzheimer-un-interet-medical-insuffisant-pour-justifier-leur-prise-en-charge-par-la-solidarite-nationale. Consulté le 18 mai 2018

71. Bahri O, Roca F, Lechani T, Druesne L, Jouanny P, Serot J-M, et al. Underuse of oral anticoagulation for individuals with atrial fibrillation in a nursing home setting in France: comparisons of resident characteristics and physician attitude. J Am Geriatr Soc. janv 2015;63(1):71-6.

72. Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? Presse Médicale. oct 2009;38(10):1404-9.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

73. Ghadi V, Vedel I, Routelous C, Stampa M de, Ankri J, Cassou B, et al. Rôle d'interface d'un réseau gérontologique entre les acteurs du sanitaire et du maintien à domicile. Santé Publique. 17 oct 2011;23(4):317-28.

74. Legrain S, Tubach F, Bonnet-Zamponi D, Lemaire A, Aquino J-P, Paillaud E, et al. A new multimodal geriatric discharge-planning intervention to prevent emergency visits and rehospitalizations of older adults: the optimization of medication in AGEd multicenter randomized controlled trial. J Am Geriatr Soc. nov 2011;59(11):2017-28.

75. Goins RT, Williams KA, Carter MW, Spencer M, Solovieva T. Perceived barriers to health care access among rural older adults: a qualitative study. J Rural Health Off J Am Rural Health Assoc Natl Rural Health Care Assoc. 2005;21(3):206-13.

76. Agence Régionale de Santé Nord-Pas-de-Calais. Bilan Gérontologique 2013 des Territoires de Santé [Internet]. 2013 p. 223. Disponible sur: http://expertise.uniopss.asso.fr/resources/npca/pdfs/2014/oct2014/bilan_gerontologique_2013.pdf.

77. Clanet R, Bansard M, Humbert X, Marie V, Raginel T. Revue systématique sur les documents de sortie d'hospitalisation et les attentes des médecins généralistes. Santé Publique. 31 déc 2015;27(5):701-11.

78. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. JAMA. 28 févr 2007;297(8):831-41.

79. François P, Boussat B, Fourny M, Seigneurin A. Qualité des services rendus par un Centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes. Santé Publique. 27 mai 2014;26(2):189-97.

80. Hiance-Delahaye A, Teillet L, Lechowsky L, Aquino J-P, Harboun M. Iatrogénie médicamenteuse, sujet âgé et lien ville-hôpital : enquête sur la transmission médicale hospitalière à la médecine générale. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 févr 2015;15(85):3-11.

81. HAS. Document de sortie d'hospitalisation > 24h. 2014 oct. Disponible sur www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/document_de_sortie_contenu_metier_23102014.pdf. Consulté le 26 jan 2018

82. Décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/4/AFSZ1609256D/jo/texte. Consulté le 26 jan 2018

83. Sejourne E, Pare F, Moulevrier P, Tanguy M, Fanello S. Modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes. Prat Organ Soins. 2010;41(4):331-9.

84. HAS. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé. 2018 fév. 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. Consulté le 17 Mars 2018


(CC BY-NC-ND 2.0)

# 7 ANNEXES

## 7.1 CANEVAS D'ENTRETIEN

1- En général, comment réévaluez-vous l'ordonnance de vos patients gériatriques ? (même ceux qui n'ont pas été hospitalisés)

- *Avez-vous le temps ?*
- *A quelle fréquence ?*
- *Qu'est-ce qui limite votre réévaluation ? (polypathologie, connaissances théoriques, patient…)*
- *Utilisez-vous des outils d'aide à la prescription ?*

2- En quoi les ordonnances de vos patients de plus de 75 ans sont modifiées au décours de l'hospitalisation en gériatrie ?

- *Quel type de modification ? (ajout, retrait, posologie)*
- *Quelle classe de médicament ?*

3- Comment avez-vous l'information de ces modifications?

- *Par qui ? (patient, compte-rendu hospitalier, famille, infirmière, pharmacien…)*
- *Dans quel délai ?*
- *Est-ce adapté pour vous ?*
- *L'information vous a-t-elle permis de comprendre ces changements ?*
- *Comment vous sont-elles présentées ?*
- *Comment voulez-vous qu'on vous les présente ?*

4- Comment appliquez-vous les modifications d'ordonnance ?

- *Sont-elles pertinentes ? Vous mettent-elles en difficulté ?*
- *Sont-elles adaptées au patient ?*
- *Quelles sont les facteurs influençant vos changements ? (vous, patient, famille, spécialistes, pharmacien, infirmière, DCI…)*

5- Que ressentez-vous quand vos ordonnances sont modifiées par le gériatre ?

- *Vous sentez-vous impliqué dans ces modifications d'ordonnance ?*
- *Quel lien avez-vous avec vos ordonnances ?*

6- Quelle est la valeur ajoutée des gériatres dans la réévaluation des thérapeutiques ?

- *Légitimité du gériatre ?*

7- En quoi les modifications d'ordonnance vous apportent quelque chose dans votre pratique ?

8- Quelles sont les pistes d'amélioration selon vous de la communication ville hôpital dans le cadre des modifications d'ordonnance ?


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

## 7.2 VERBATIMS

### 7.2.1 Réévaluation de l'ordonnance par le médecin généraliste

| | | |
|---|---|---|
| 1- Fréquence de réévaluation | | M1 "Donc effectivement je réévalue systématiquement l'opportunité de remettre le même traitement ou pas"<br>M2 "Alors moi je vois mes patients tous les 6 mois. Quand ça s'est un peu aggravé je les vois tous les 3 mois mais la plupart du temps c'est tous les 6 mois."<br>M7 "quand ils viennent pour le renouvellement. Essentiellement. Donc si c'est les hypertendus, les diabétiques c'est tous les 3 mois… "<br>M8 "Si y'a pas d'élément nouveau… C'est long quand même de voir une personne âgée. On n'a pas bien le temps alors on trouve des excuses, mais c'est pour ça que ça sera pas à chaque renouvellement."<br>M9 "j'ai vraiment l'habitude de les voir tous les trois mois moi mes patients âgés." "j'essaie de faire une fois par an quand même une évaluation gériatrique"<br>M10 "les personnes âgées la grosse majorité ont des renouvellements tous les trois mois"<br>M14 "En général c'est tous les 2-3 mois mais ça peut être tous les 6 mois."<br>M15 "il faut les revoir tous les 3 mois"<br>M16 "les personnes âgées c'est très rare que je les voie moins souvent que tous les 3 mois " "Parfois 4 mois quand ils ont vraiment très peu de médicaments." "quand je mets en route un traitement je les revois systématiquement quel que soit ce que je fais, je les revois à 1 mois quoi qu'il arrive."<br>M17 "Ceux qui sont stables, la situation est stable, à peu près équilibrés et pas trop trop âgés, on va dire moins de 90 ans, on va dire tous les 3 mois, pas plus." "ceux qui vont pas bien mais c'est rare mais y'en a que je vois tous les mois."<br>M18 "je les vois tous les 3 mois"<br>M20 "c'est un peu du coup par coup, de temps en temps on y pense, on se dit oh la la ça fait beaucoup… pfff… c'est pas, c'est vrai c'est pas à chaque consult hein" "en général c'est 3 mois. En général c'est 3 mois, pfff… sauf si y'a un souci entre-temps, moi je fais pas les ordonnances à un mois. C'est quand même compliqué les ordonnances à un mois parce que on a quand même pas mal de monde."<br>M21 "ça dépend de la pathologie, ça peut être 1 mois, ça peut être 3 mois."<br>M22 "pour les anciens c'est souvent 3 mois" "au maximum 3 médicaments pour qu'on le fasse tous les 6 mois" |
| 2- Critères de réévaluation | Clinique | M2 "en fonction de l'examen clinique, donc de ce que je vois chez les patients, soit la tension artérielle, soit les données biologiques…"<br>M7 "Si c'est un hypertendu ça peut être une modification de dose d'antihypertenseur, ça peut être un changement d'antihypertenseur, passage à une bithérapie, à une trithérapie… Ben le diabète aussi hein, les modifications de traitement, pareil. Les psychotropes euh… ça peut être un trouble du sommeil, ça peut être un syndrome dépressif qui est pas équilibré donc on va moduler un antidépresseur, il peut y avoir un trouble du comportement, on va peut-être ajouter un, des petites doses de neuroleptiques…"<br>M8 "un élément nouveau ça peut être dans le bon ou dans le mauvais sens hein"<br>M11 "C'est au fur et à mesure on réadapte en fonction de leur état de santé, de la biologie."<br>M12 "Je vois comment ils sont, comment ils vont, s'ils sont essoufflés, s'ils ont ci s'ils ont ça."<br>M18 "j'adapte leur traitement en fonction de l'examen clinique, leur tension artérielle, le diabète et de leurs plaintes."<br>M19 "Avoir le temps de se poser, en se disant voilà il a 78 ans où j'en suis qu'est-ce qui est normal qu'est-ce qui est pas normal, « ben oui il perd un peu la tête, bon c'est normal » Ben c'est peut-être pas si normal que ça. "<br>M20 "des fois mais c'est à l'occasion peut-être d'un chute ou on se dit ben tiens on va revoir là peut-être on y est allés trop fort sur la tension." |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | |
|---|---|---|
| | | M21 "Pour faire un peu de ménage, ça peut être d'ailleurs à l'occasion d'une pathologie intercurrente qu'on arrête le traitement et après une fois qu'il est arrêté on ne reprend que certains médicaments et pas forcément tous les médicaments"<br>M22 "après examen clinique c'est clair. Et on réévalue point par point chaque médicament" |
| | Biologique | M2 "tous les 6 mois j'ai un petit bilan biologique avec, de base."<br>M7 "Je fais les albumines"<br>M8 "Ou on a un examen biologique qui est pas très bon. Une hémoglobine glyquée qui patouille un peu, ou…"<br>M11 "C'est au fur et à mesure on réadapte en fonction de leur état de santé, de la biologie."<br>M18 "un bilan nutritionnel, qu'on essaye de faire aussi hein, on dose l'albumine" |
| | Qualité de vie | M3 "Mais à ce moment-là, je pars aussi du principe qu'il faut vraiment, vraiment raisonner en terme de qualité de vie." "Donc effectivement à chaque fois que vous faites une ordonnance vous devez vous poser cette question : est ce qu'il serait mieux sans, ou avec ?"<br>M4 "L'essentiel c'est pas tellement le médoc, parce que ça va pas faire gagner du temps de vie de manière extrême, mais on est plutôt dans la gestion de la qualité de vie" |
| | Iatrogénie | M4 "je me dis que j'aimerais bien que chaque année il y ait, enfin, chaque semestre qu'il y ait une ligne de moins qui soit prescrite. C'est mon objectif." "quand je regarde un médicament sur le Vidal, je ne regarde plus les indications, je regarde les effets secondaires ! (rires) Je fais que ça maintenant, les effets secondaires ! "<br>M5 "c'est toujours la question d'un traitement qui pose pas de problème apparemment, est-ce qu'on l'enlève ou pas"<br>M8 "on essaie de pas faire trop d'iatrogénie"<br>M10 "j'ai pas des grosses ordonnances, je fais souvent du ménage. J'ai des patients qui repartent de chez moi en ne revenant jamais parce que je leur ai supprimé tous leurs médicaments. Donc… Mais l'ensemble des personnes âgées que j'ai, honnêtement, sont habitués à ne pas avoir une ordonnance de 10 médicaments ça c'est certain." "mon objectif en général chez tous mes patients c'est de leur faire prendre le moins de médicament possible. Parce que je garde en tête qu'à partir de cinq comprimés… on ne sait plus qui fait quoi."<br>M11 "parce que quand je vois une personne de plus de 75 – 80 ans je me dis toujours qu'est-ce que je pourrais supprimer ? "<br>M12 "quand je suis amené à voir des personnes âgées nouvelles, souvent je fais un grand coup de balai dans les traitements, ou alors concentrer les médicaments, prendre des associations, prendre des médicaments buvables, et puis utiliser des doses minimales, particulièrement dans tout ce qui est neuroleptiques."<br>M13 "en revoyant les médicaments un par un surtout dans le but de diminuer la liste des prescriptions, avec interrogatoire et selon les pathologies traitées." "limiter la iatrogénie et de réduire les quantités"<br>M14 "j'essaye de faire gaffe et d'être le moins iatrogénique possible, j'essaye de limiter au maximum les ordonnances." "déjà on passe notre temps à réévaluer nos ordonnances savoir ce qu'on peut virer, ce qu'on garde, si le truc est toujours une bonne idée ou pas"<br>M16 "J'essaye d'appliquer la règle de moins y'en a mieux on se porte." "j'essaye quand même de faire le plus de ménage possible régulièrement, normalement je sais pas si je le fais bien, mais je m'étais mis une alerte pour faire chez les personnes âgées une consultation annuelle dédiée à ça, de faire chaque année le point sur les médicaments, j'ai une espèce de petit mémo de rappel dans mon logiciel."<br>M17 "je pars du principe qu'il faut que j'essaye d'en enlever le plus possible"<br>M20 "Je pense qu'il faut vraiment réduire, réduire, réduire parce qu'on est de plus en plus iatrogènes, de toute façon nous ils nous disent à partir de 3 médicaments déjà, ça commence à être juste alors vous imaginez 3 on y est vite"<br>M21 "D'abord le nombre de médicaments, après essayer de classifier les médicaments par indication, euh... Voilà en gros c'est comme ça que je me fais une idée de la pertinence ou non pertinence d'une prescription." "c'est quelque chose qu'on met en place systématiquement d'élaguer les ordonnances de les alléger" |
| | Avis du spécialiste, confrère généraliste | M6 "je savais pas si je le faisais, si je le faisais pas enfin voilà, et c'est en discutant avec le gériatre que je l'ai arrêté."<br>M8 "on a besoin de modifier, ou alors parce qu'on a vu un spécialiste, on a vu le cardiologue"<br>M9 "on a un avantage d'être deux au cabinet, et d'avoir des consultations sans rendez-vous qui fait que des fois l'une ou l'autre voit les |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | |
|---|---|---|
| | | patients âgés de l'autre. Et de se reposer régulièrement des questions sur les thérapeutiques, voilà de poser la question dans le dossier pour sa collègue"<br>M13 "Après quand justement il y a des hospitalisations, des examens complémentaires et des avis spécialisés ça aide."<br>M18 "quand j'ai besoin j'hésite pas à aller voir ou à demander conseil [...] au spécialiste qui les suit ou qui les suit pas encore ! (rire), ou à mes collègues" |
| 3- Outils de réévaluation | | M1 "j'estime que justement c'est un peu la facilité de les rééditer avec l'ordi, alors à la main c'est sûr que je revois à chaque fois si je dois modifier quelque chose"<br>M2 "je n'ai pas de logiciel spécifique pour la personne âgée, j'ai Vidal Expert tu vois c'est tout ce que j'utilise, et encore ça me fait vite chier"<br>M4 "Mais ne PAS prescrire ou DEprescrire, il n'y a pas tellement de protocoles pour déprescrire, parce que c'est on/off. C'est je mets ou je mets pas. Mais il y a peut-être une solution intermédiaire de progressivité et après ça ça dépend, c'est de l'EBM en sens inverse" "quand je regarde un médicament sur le Vidal, je ne regarde plus les indications, je regarde les effets secondaires ! (rires) Je fais que ça maintenant, les effets secondaires ! "<br>M5 "par internet non pas trop. Comme… la prescription antibiotique des fois. Mais rarement."<br>M7 "j'utilise, l'échelle visuelle analogique pour la douleur, les tests de… Le mini mental state. Qu'est-ce qu'on utilise… le MMS"<br>M8 "le Vidal me met maintenant des alertes. "<br>M9 "Et puis c'est intéressant, j'essaie aussi une fois par an, enfin c'est un peu aléatoire, de voir éventuellement ce qu'ils prennent vraiment dans leur ordonnance on a des belles surprises."<br>M12 "le Vidal."<br>M13 "les statines principalement en m'aidant des facteurs de risque"<br>M14 "non, j'ai toujours en tête la liste, mince comment elle s'appelle cette liste, la liste des médicaments qui autant que faire se peut est à éviter chez les personnes âgées" "on regarde le Vidal, on regarde prescrire "<br>M15 "on a nos logiciels d'aide à la prescription" "je n'utilise que Vidal Expert et puis qui s'associe avec Axis santé"<br>M16 "le logiciel moi j'ai la Banque Claude-Bernard [...] j'ai plein d'aide à la prescription mais pas spécifique à la personne âgée, pour les antibiotiques j'ai antibioclic."<br>M17 "j'ai des alertes sur mon logiciel avec les interactions et les contre-indications" "je vais très souvent, très très souvent sur le Vidal" "Prescrire, forcément. En même temps à part eux qui va remettre en cause les traitements ?"<br>M19 "C'est la banque Claude Bernard."<br>M20 "je regarde le Vidal"<br>M21 "je sais qu'il y a des recommandations sur la iatrogénie, des recommandations pathologie par pathologie" |
| 4- Difficultés rencontrées dans la réévaluation | Temps | M2 "Ce qui peut limiter ma réévaluation dans ce sens, c'est… euh, éventuellement c'est d'être pressé dans ma consultation"<br>M4 "Et là aussi le temps de la visite à domicile, s'il est à gérer ben je veux dire « non le macrogol c'est pas 100% je le mets en bas »… (rires) Le temps que je perds là-dedans, je vais pas pouvoir évaluer s'ils savent se relever, s'ils savent appeler, s'ils savent… Ça c'est plus important ça."<br>M5 "nous on n'a pas aussi un temps infini en consultation, donc y'a certains problèmes qui sont longs à traiter, et pour lesquels en médecine générale on n'a pas forcément tout le temps nécessaire pour se pencher sur le tableau."<br>M7 "j'utilise pas les échelles nutritionnelles parce que je trouve que c'est un peu laborieux tout ça." "La consultation de gériatrie elle est toujours un peu chronophage. Parce que par définition la personne âgée il faut l'écouter, après elle va se déshabiller elle va passer à côté elle va se déshabiller elle va mettre du temps."<br>M8 "Ce que j'arrive pas à faire, soit intellectuellement, soit… par manque de temps. Parce que quand on supprime des médicaments d'une ordonnance il faut s'expliquer, il faut le justifier auprès du patient. (soupire) Les journées sont chargées quoi. Des fois un peu de paresse intellectuelle." |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | |
|---|---|---|
| | | M9 "Les après-midi où on a plusieurs réévaluations d'ordonnance de personnes âgées, c'est facilement une demi-heure de retard !"<br>M13 "quand c'est des patients chroniques bien stabilisé et qu'il faut revoir leur traitement de fond ça peut arriver de le reporter à plus tard quand on n'a pas le temps."<br>M15 "nous on a trop de truc à faire"<br>M16 "la grosse partie compliquée de la personne âgée, c'est aménager les aides autour de lui et que c'est hyper chronophage."<br>M17 "ça serait le temps"<br>M19 "Le temps. Oui le temps, la fameuse consultation de prévention, on peut pas." "tout le monde dit : oui mais il faut être systématique. Ben ouais mais systématique en 20 minutes c'est que je bâcle mon examen, c'est que j'écoute pas les réponses à mes questions. " "Le défaut de notre métier c'est qu'on peut pas prendre le temps."<br>M20 "si on veut être parfait, faudrait vraiment faire une évaluation, ce serait bien une fois par an chez un patient âgé et se dire bon, on remet tout à plat, ça on le fait très rarement"<br>M21 "s'il y a des pathologies intercurrentes c'est toujours plus long de refaire un renouvellement en même temps, donc on essaye de régler les pathologies intercurrentes et on essaye de reconvoquer le patient ou de revoir le patient pour faire le renouvellement de l'ordonnance." "on ne peut pas passer 3h sur le dossier d'un patient dans la journée, on n'a pas le temps, on n'a pas la rémunération pour ça, on serait probablement compétent pour le faire mais c'est pas adapté pour notre exercice." |
| | Visites au domicile | M2 "Ou de ne pas être à mon cabinet, d'être en visite chez les gens. Ça ça complique un petit peu la consultation"<br>M5 "à domicile on fait du mauvais boulot. On est mal installés, on est pressés, on n'a pas les dossiers non, parce qu'ils sont informatisés donc on n'a pas tout sous la main, ou alors sinon un dossier papier mais y'en a partout, enfin… Les gens ils sont pas forcément bien installés ils sont dans leur fauteuil on peut pas les déshabiller correctement, c'est pas forcément… Quand on fait des courriers c'est cochon, on peut pas remettre tous les antécédents"<br>M13 "Les patients que je connais pas encore très bien et qui ont des gros gros dossiers que je vois moins souvent c'est parfois un peu difficile de revenir sur ce qui a été fait. On se pose des questions et le patient n'est pas capable de le dire, il faut penser à regarder dans le dossier en revenant [...] c'est une des grosses complications du domicile, on n'a pas le dossier."<br>M14 "les patients qu'on voit à domicile de ... ou on n'a pas de notion de taille ou de poids"<br>M17 "c'est sympa d'aller voir chez les gens comment ça se passe et à la fois c'est difficile parce que ça prend un temps fou, au lieu de gérer le problème en 20 min, ça prend une demi-heure, trois quarts d'heure"<br>M18 "tu vois la personne dans son environnement, dans son élément, mais bon on dispose pas d'une bonne table d'examen, de l'éléctro si on a besoin d'en faire un le jour de la visite [...] Pour faire un bon examen clinique c'est pas évident, t'as pas tout son dossier médical parfois de visu donc… ses examens, ses biologies, ses antécédents…"<br>M21 "par manque d'aidant, par manque d'information. Comment la personne âgée vit son quotidien. [...] On est mis en échec forcément par défaut d'informations."<br>M22 "Si on n'a pas son ancienne ordonnance ça nous met en difficulté notamment au domicile" |
| | Multiplicité des prescripteurs (EPHAD, foyer) | M4 "Et donc là ben on s'aperçoit que les médecins traitants, j'en fais partie d'ailleurs, les médecins traitants ne prennent plus en charge directement les patients à partir du moment où ils quittent la maison. De moins en moins je trouve. C'est-à-dire à partir du moment où ils vont en institution, ou en semi-institution comme un foyer logement, eh bien c'est plus le médecin traitant lui-même qui va le suivre c'est par exemple moi, je vais prendre en charge, pendant le temps…"<br>M5 "certains spécialistes qui renouvellent leur prescription, donc le diabéto va renouveler ses prescriptions et voir le patient tous les 6 mois, le cardio va renouveler ses prescriptions et voir le patient tous les 6 mois, et c'est pas forcément le généraliste qui renouvelle ça, des fois du coup les patients ils ont des bouts d'ordonnance à droite à gauche, quand chacun fait sa cuisine y'a des doublons, je trouve pas que ça soit la solution idéale"<br>M8 "c'est vrai que quand on fait nous la synthèse de ce qu'a donné l'ophtalmo, ce qu'a donné le cardiologue, ce qu'a donné… On a une |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | |
|---|---|---|
| | | ordonnance qui est longue quoi."<br>M12 "Ils se sentent flattés de voir les spécialistes, après ça fait des doublons des triplons"<br>M13 "quand il y a eu des modifications de traitement ou des patients que je ne connais pas et qu'ils ne savent pas pourquoi ils ont tel traitement, ils savent pas si ça a été modifié, ce qu'ils avaient avant, parfois y'a des grosses confusions avec les génériques"<br>M16 "ça fait longtemps que ça traine, ça a été mis par quelqu'un d'autre [...] y' a des gens qui ont déjà essayé avant nous et on n'est pas au courant et ils se sont déjà cassé le nez sur la molécule etc, et finalement tu reviens un peu en arrière et tu te dis bon en fait c'est parce que ça marchait pas." |
| | Influence du patient (désir d'ajout ou réticence à l'arrêt) | M1 "Pas uniquement, non non, c'est souvent des traitements pour des troubles fonctionnels qu'on renouvelle parce que le patient se plaint peut-être plus facilement chez son médecin qu'à l'hôpital"<br>M3 "Et quand vous avez des gens qui depuis 30 ans prennent un médicament parce que le spécialiste leur ont dit « celui la faudra jamais l'arrêter quoi qu'on vous dise » et tout, vous pouvez pas l'arrêter, vous avez beau leur dire, point" "Mais c'est plus les, à un moment donné, j'ai honte de dire ça, c'est la personne âgée qui fait son ordonnance oui." "Alors vous avez des personnes âgées qui s'arc-boutent à la vie, qui veulent absolument pas, qui veulent qu'on fasse tout tout tout, mais pour beaucoup c'est pas aussi vrai que ça."<br>M4 "c'est-à-dire que quand on va négocier le Temesta et le Seresta à shooter, ça va être difficile parce que « non non docteur vous savez bien ça fait 30 ans que vous me le mettez, vous allez pas me le supprimer celui-là hein d'accord »." "on est plutôt dans la gestion de la perte avec eux"<br>M5 "Et s'adapter à ce que veulent les gens aussi"<br>M6 "là où je n'arrive pas, c'est anxiolytique et somnifère. Parce qu'à la limite lui dire « ça sert plus à rien de prendre un somnifère » il va dire non. "<br>M8 "Ce qui peut nous rendre service, puisque ça nous aide parfois bien à éliminer des thérapeutiques auxquelles les patients âgés sont un peu accrochés et qu'on a du mal à leur faire supprimer." ««« Laissez-le donc ! Je le prendrai pas mais si j'en ai besoin il est marqué. » C'est quand même des gens inquiets, 87 ans, même si elle est encore assez guillerette, ça baisse doucement… Ça les rassure, quand même." "Mais bon on les a au téléphone nos petits vieux… Alors certes on donne des conseils, mais bon ça prend du temps de donner des conseils, et puis… et puis, cause toujours. C'est tellement plus pratique d'avoir un petit peu de Zolpidem sous le coude ! Alors on essaie de changer, avec d'autres produits, en disant « Non mais il faut pas, allez on va essayer » et puis on y revient parce qu'on tourne en rond, qu'ils téléphonent deux fois, trois fois « Dites donc, je dors pas ! »"<br>M9 "c'est vrai que du coup un traitement qu'ils prennent depuis 20 ans des fois ils ont besoin d'avoir deux médecins qui leur disent la même chose."<br>M11 "Sur les statines un petit peu, de plus en plus les gens me disent « les statines c'est pas bon donc j'arrête », ils viennent me voir et me disent « docteur qu'est-ce qu'on fait ? » "<br>M13 "pour certains types de traitements surtout les antalgiques ou les anxiolytiques, les somnifères aussi, on a des grosses difficultés à les diminuer car ils ont des utilisations réflexes, c'est difficile parfois à interroger."<br>M15 "la plupart des gens âgés ils bouffent une quantité de benzo, .... mais on ne peut pas tellement baisser. Les patients reviennent « vous avez oublié mon SERESTA docteur,»" "C'est très difficile de les faire attendre le vieux est impatient."<br>M16 "c'est compliqué et y'a plein de fois où j'ai tenté d'arrêter des choses et on est obligé de revenir sur ce qu'on a arrêté parce que le patient il est pas content et ils sont déséquilibrés et attachés à leur traitement."<br>M17 "Mais les hypnotiques malheureusement… c'est hyper compliqué, quand ils l'ont depuis 20 ans, j'ai le beau discours de leur rappeler pourquoi c'est dangereux mais je perds pas trop de temps là-dessus parce que en général on n'y arrive pas…" "on connaît plus l'observance, on sait qu'il le prendra pas"<br>M18 "y a des patients qui sont très attachés parfois à certains médicaments de « confort » et voilà que nous on a parfois du mal à enlever et que du coup l'hôpital ça ils arrivent peut-être à parfois mieux faire passer le message." |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | |
|---|---|---|
| | | M19 "On leur explique hein, qu'il faut l'arrêter parce qu'à un moment donné ça va poser problème, mais ils sont tellement accrochés à leur médicament !" "il y a des patients qui sont vraiment attachés à leur médicament"<br>M20 "Parce que nous on veut essayer de diminuer les… c'est toujours une négociation avec le patient, c'est quand même compliqué hein. On le voit bien hein, pour enlever les benzos, les trucs pour dormir c'est compliqué" "y'a des patients qui sont très attachés à des médicaments qui pour nous sont… qui servent à rien… comme par exemple le Tanakan ou des trucs comme ça" "Des fois on négocie, vous savez… y'a pas eu d'études démontrées, ça sert pas à grand-chose… Des fois on y arrive, des fois, mais c'est des fois difficile" "des fois ils le vivent mal, en disant ben de toute façon j'suis vieux, je sers plus à rien, voyez on veut plus me soigner"<br>M22 "Sur le questionnement de supprimer certains médicaments y'a quelquefois des demandes du patient disant « je préfère le garder », alors qu'il n'y a aucune indication" |
| | Connaissances théoriques en gériatrie, polypathologie, en pharmacologie | M1 "La gériatrie, c'est vaste !" "on a certainement besoin de… d'avoir une formation régulière, ce qu'on a moins le temps de faire qu'avant."<br>M4 "On a bien conscience que de toute façon c'est potentialisateur l'âge de tout ce qui se passe : une fonction rénale qui déconne, un cerveau qui déconne, je veux dire… après c'est bonjour les dégâts donc qu'est-ce qu'on soigne ? " "il faut savoir mettre ses connaissances dans la poche, parce qu'on a cette ambivalence un petit peu : plus on en apprend, plus on en sait, et moins il faut en mettre sur l'ordonnance."<br>M5 "donc les avis gériatriques ça permet de centraliser les problèmes, de centraliser les examens, de nous aider dans notre prise de décision "<br>M8 "Ils vont quantifier le risque de chute… Ça on le fait pas, on sait pas le faire, on prend pas le temps de le faire... Et puis on se fie à notre bonne connaissance de notre patient (sourire)"<br>M12 "J'ai du mal à cerner la gériatrie en fait. La personne est fatiguée dans son ensemble, certes, y'a de l'usure…. mais pathologie à proprement parler gériatrique, mis à part des maladies de personne âgée (Parkinson, Alzheimer) non je ne vois pas vraiment de problème."<br>M15 "somnifère + antihypertenseur ça lui fait chuter sa tension, c'est classique tout le monde le sait, c'est ça le problème des personnes âgées, et encore BENZODIAZEPINE et hypertension on connaît, mais y'en a plein qu'on connaît pas du-tout" "Mais il arrive qu'on ait des diabétiques, hypertendus avec des troubles du rythme on se retrouve avec des ordonnances qui pour moi ne sont pas contrôlables." "c'est sûr au niveau pharmaco y'a des histoires de durée de vie que nous on connaît assez mal finalement" "Je me sens limité, non seulement je me sens limité mais je me limite."<br>M19 "y'a forcément plein de notions que ou on a oubliées ou on n'a pas apprises ou on a zappées." |
| | Intervention de la famille | M3 "Alors c'est vrai que vous êtes confrontés également à la famille, et souvent la famille, notamment les enfants, ils veulent, ils entendent pas suffisamment leur parent, ils veulent qu'on fasse tout tout tout pour leur parent. Mais bon c'est là aussi qu'il faut peut-être qu'on arrive à leur dire « non mais attendez, ouvrez les yeux quoi. Vous, à leur place, à leur âge ? » « ah non mais moi je voudrais pas qu'on me fasse !... » Mais bon." |
| | Complexité des soins en ambulatoire pour les personnes âgées | M4 "Enfin on n'a pas le temps, on va envoyer je veux dire, la mamie elle va pas se déplacer comme ça facilement quoi, là il y a tout sur place " "il faudrait que je demande l'avis d'un cardiologue « oh là là docteur vous allez pas m'envoyer là-bas, mais je vais bien, mais je vais bien ! »"<br>M5 "C'est sûr que y'a aussi la polypathologie qu'on peut pas gérer en ville, avec des gens qui peuvent pas se déplacer, pas forcément aller faire leurs examens complémentaires"<br>M9 "Modifier les ordonnances des patients âgés, c'est quand même pas toujours évident en ville, parce que ça demande du recul, de la surveillance."<br>M16 "c'est difficile de modifier un traitement en ambulatoire parce que c'est difficile de réévaluer" "pour changer un traitement, pour la douleur ou l'équilibre d'un traitement d'une insuffisance cardiaque ou d'un diabète tu peux pas le faire seul au cabinet."<br>M18 "les déplacements c'est pas évident" |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | |
|---|---|---|
| | Lien avec le patient, habitude | M6 "dans certaines situations on est un peu enlisé avec un patient. Qu'il y ait des modifications qu'on n'arrive pas forcément à faire, des arrêts… " "mais le problème c'est quand on a ses patients depuis 15 ans, et qui arrivent à 90 ans, sauter le pas d'arrêter un certain nombre de traitements, il faut y penser." "il y a le score et il y a l'humain. Et c'est pas pareil ! " "Par rapport à des patients qu'on suit depuis très longtemps avec lesquels il y a des liens qui sont intriqués, d'amitié, dans toutes les générations, ce sont des décisions qui sont pas faciles à prendre."<br>M8 "Alors ceux que je connais bien… (soupire) Alors si on les connait trop on risque de passer à côté"<br>M9 "Et après au fur et à mesure on oublie un peu hein (rires) que… que en fait même si c'est fait y'a trois ans, c'est nécessaire de le faire plus régulièrement encore quoi. De réévaluer les traitements."<br>M16 "je pense que comme souvent en médecine on a beaucoup d'apriori sur ce qu'on pense du patient et de ses attentes [...] je trouve que souvent on se dit « ah ça va pas marcher, il va vouloir retourner à son truc d'avant » et si on essaye parfois on a des bonnes surpris, en tout cas ça vaut le coup d'essayer."<br>M17 "la routine clairement. Les gens qu'on voit depuis des<br>M20 "Parce que nous pfff c'est la routine, c'est le renouvellement…"<br>M21 "il y a le poids un peu de l'habitude, le fait qu'on a tendance à renouveler de manière un peu automatique les traitements" |
| | Age physiologique/théorique | M6 "Ben ils ont peur, on leur a tellement dit « il faut surtout pas l'arrêter, et puis il faut faire attention, et puis c'est important, ça va vous sauver la vie » que… après leur dire, c'est leur dire « maintenant vous êtes vieux enfin on s'en fiche » … Voilà, c'est compliqué comme limite à franchir."<br>M9 "Compliqué parce qu'il y a l'âge réel, et l'âge, ce qu'on peut entendre « physiologique » [...] c'est vraiment subjectif. Donc je pense que c'est d'un côté l'expérience de l'autre côté les… oui la médecine « à postériori » aussi. « Ah oui c'est vrai c'est peut-être le moment de l'arrêter »." |
| 5- Différences des ordonnances entre aujourd'hui et autrefois | | M2 "j'utilise plus ce qu'on utilisait, les oxygénateurs cérébraux et toutes ces conneries là c'est fini" "C'est vrai qu'à une époque le patient avait son Tanacan son machin, il rentrait, « docteur on m'a enlevé mon Tanacan mon cerveau va plus respirer » grosse modo. Mais ça s'atténue ce genre de bêtise. Les personnes âgées sont moins dans… diminuent leur demande médicale au fur et à mesure du temps. On a moins de gens qui font le tour des médecins, on a moins de gens qui sont vindicatifs sur l'ordonnance" "Non elles sont plus longues en fait. Il faut voir une chose, on a quand même beaucoup de patients qui ont de multiples pathologies qu'on n'arrivait pas à traiter il y a 30 ans. Là nos patients de tous les jours ont une ordonnance plus courte, mais quand t'as des grosses multi-pathologies de personnes âgées, là ils ont de sacrés traitements"<br>M5 "y'a pas mal de traitements, je pense que quand moi je me suis installé, des traitements de prédécesseurs, des vieux traitements qu'on essaie d'enlever, qui sont plus du tout prescrits"<br>M15 "les ordonnances deviennent de plus en plus énormes aussi bien chez les généralistes que chez les gériatres."<br>M21 "depuis 10 à 15 ans on est quand même bien maintenant amenés à réduire et à supprimer des traitements" "L'exercice qui consiste plus à enlever des médicaments qu'à en rajouter. Ça c'est quand même quelque chose qui maintenant n'est plus récent. Il y a 20-25 ans on n'en parlait pas, là maintenant on peut pas dire qu'on ne sait pas..." |

### 7.2.2 Modifications réalisées par le gériatre

| | | |
|---|---|---|
| 1- Psychotropes | Ajout/augmentation | M7 "quand il y a des troubles comportementaux, pour des choses comme ça, bon là y'a eu des doses modifiées, des psychotropes ajoutés"<br>M9 "les benzos tout ça, c'est plutôt l'inverse, ils ont plutôt tendance à en mettre !" |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | |
|---|---|---|
| | | M14 "les hypnotiques à l'hôpital. Ils ressortent ils l'ont tous"<br>M16 "clairement les anxiolytiques ou les antidépresseurs sont très souvent instaurés ou modifiés" |
| | Retrait/diminution | M3 "il y avait une recommandation des ARS en disant il faut supprimer les benzos" "ils arrêtent d'en prescrire"<br>M5 "des fois au niveau psychotrope y'a moins"<br>M7 "ils essaient d'alléger au niveau psychotrope quand même. Ils essaient de trouver la dose minimale efficace. Les benzos, ils ont tendance à mettre des benzos à demi vie courte, enfin voilà on sent qu'il y a une volonté de pas trop charger en psychotrope"<br>M8 "Alors des fois oui il va me supprimer un anxiolytique"<br>M10 "ils enlèvent tout ce qui est hypnotique, les anxiolytiques et compagnie."<br>M13 "des fois c'est parce qu'on leur a trop simplifié surtout les anxiolytiques et les antalgiques"<br>M16 "E: les anxiolytiques sont pas mal changés ? M16: Oui surtout arrêtés, ouais pour la bonne cause"<br>M17 "S'ils avaient un hypnotique depuis toujours, l'hôpital l'a enlevé"<br>M18 "c'est plutôt des médicaments a visée neurotrope ou psychotrope [...] plutôt freiné ou alors changé " "les antidépresseurs, même si on essaye de ne pas trop en mettre, et parfois ils sont arrêtés un peu brutalement même à l'hôpital"<br>M20 "Nous souvent, ce qu'on a quand même beaucoup, c'est la diminution ou l'arrêt des benzodiazépines, des hypnotiques" |
| | Sans précision | M3 "Beaucoup sur le plan… comment dire… psychologique en fait, tout ce qui est anxiolytique, somnifère tous ces trucs."<br>M5 "Ben je dirais c'est plutôt, ben c'est les psychotropes, ou alors parfois le traitement pour le diabète, qu'on est obligé de réadapter"<br>M20 "ils gardent des fois un petit peu de benzodiazépine mais un petit dosage et souvent de la demi vie courte. Donc c'est un peu Seresta, Seresta revient bien" "l'antidépresseur éventuellement peut être discuté"<br>M21 "des adaptations plus significatives sur des éléments cardiotropes et les psychotropes aussi" |
| 2- Anticoagulants | Ajout/augmentation | M9 "de plus en plus ils sont un peu NACO"<br>M10 "Mais, les anticoagulants, à part l'émergence des nouveaux anticoagulants et le fait qu'on ait plus de surveillance c'est vrai que ça me laisse toujours perplexe, mais… à part ça non."<br>M15 "la grande mode pour les anticoagulants c'est de mettre une Coumadine plus une Aspirine" |
| | Retrait/diminution | M1 "Les anticoagulants par exemple qui peuvent être supprimés au profit des NACOS, par exemple"<br>M20 "il se pose aussi des fois des questions d'anticoagulant par exemple. Quand y'a un patient qui a fait ou un AVC ou… voilà… il a fait des complications avec des anticoagulants, est-ce qu'on le remet ? C'est vrai que des fois c'est discuté en gériatrie et des fois ils le remettent pas. Ils ont plus que du Kardégic, parce qu'on a trop un risque hémorragique…" |
| | Sans précision | M11 "Oui c'est souvent les anticoagulants ou il y a des changements" |
| 3- Antihypertenseur | Ajout/augmentation | M3 "ils ont plutôt tendance à mettre des traitements antihypertenseurs qu'à les enlever." "Sur le plan cardiovasculaire oui systématiquement."<br>M10 "Ben pour la tension, s'ils ont fait un évènement cardio vasculaire."<br>M16 "ils ont remis les IEC, sa créat va monter parce qu'on a déjà essayé une fois, deux fois et que sa créat a augmenté mais on sait pas pourquoi cette fois ça marche." |
| | Retrait/diminution | M4 "C'est surtout le médicament pour la tension, des choses comme ça où on voit « ben non on a pas trop remarqué, la tension est bonne on a diminué le traitement » " "c'est surtout les calciques et les diurétiques qui sont un peu efficaces, et puis ils ont tendance à diminuer ou à supprimer les diurétiques "<br>M18 "parfois y'a des hypo ou antihypertenseur qui sont diminués"<br>M19 "y'avait eu des hypotensions, donc ils avaient réduit le traitement hypotenseur"<br>M20 "une tension qui serait trop traitée, où ils allègent les traitements parce qu'il y a des hypotensions orthostatiques" "des fois je les ai vu enlever des statines" "ils m'avaient enlevé à une patiente qui avait du Lipanthyl" |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | |
|---|---|---|
| | Sans précision | M3 "beaucoup pour la tension, beaucoup sur le plan cardiovasculaire."<br>M7 "modifier un antihypertenseur, mettre un traitement pour une insuffisance cardiaque"<br>M9 "ils sont assez à cheval sur les antihypertenseurs qui sont éventuellement mal tolérés."<br>M11 "Après le plus souvent il n'y a pas des grandes modifications, c'est plus des petites adaptations de traitement pour la tension ou autre."<br>M14 "C'est certains antihypertenseurs qui peuvent ne pas correspondre ou avoir des effets délétères éventuels"<br>M15 "on joue sur les antihypertenseurs, y'a souvent des modifications"<br>M16 "Et puis y'a les traitements à visée cardiologique [...] c'est souvent des traitements qui sont modifiés et c'est très bien."<br>M18 "c'est des modifications de dose parfois dans les diurétiques"<br>M21 "des adaptations plus significatives sur des éléments cardiotropes" |
| 4- Traitement antidiabétique | Ajout/augmentation | M5 "le diabète par exemple qu'on trouve un petit peu excessive ou qu'on est amené à changer."<br>M19 "le diabète est déséquilibré donc on augmente la Metformine" |
| | Retrait/diminution | M8 "on a pu me faire supprimer la Metformine parce que je l'avais un petit peu trop laissé et que bon on considère que passé 75 ans on peut peut-être essayer de faire autrement."<br>M16 "on change le traitement du diabète, on le diminue" |
| | Sans précision | M5 "Ben je dirais c'est plutôt, ben c'est les psychotropes, ou alors parfois le traitement pour le diabète, qu'on est obligé de réadapter"<br>M11 "Des adaptations de traitement pour le diabète"<br>M14 "ils ont diminué l'insuline et augmenté la metformine"<br>M19 "un traitement du diabète, et en fait ils avaient pas le bon médicament du coup ils l'avaient substitué par autre chose. " |
| 5- Autres | Ajout/augmentation | M6 "en rajoutant de la vitamine D "<br>M8 "un rajout de vitamine D par exemple, parce que maintenant on est assez systématique, et nous pas encore. "<br>M9 "la prescription des traitements spécifiques des troubles cognitifs et de la maladie d'Alzheimer. (rires) Parce que ça pour le coup ils sont très branchés à l'hôpital"<br>M12 "je trouve que ça charge beaucoup. "<br>M14 "des changements de thérapeutique pour mettre un protecteur rénal"<br>M16 "le gériatre qui a prescrit l'anti-cholinestérasique dans l'Alzheimer"<br>M19 "Il y a souvent de la vitamine D en plus. "<br>M21 "il peut y avoir introduction de traitement, par exemple psychotropes ou médicament pour des pathologies neurodégénératives ou autre qui fait que la famille s'interroge sur le bien-fondé de ces traitements" |
| | Retrait/diminution | M1 "Pas uniquement, non non, c'est souvent des traitements pour des troubles fonctionnels"<br>M2 "c'est vrai que très souvent tu vois si tu as un traitement sur l'ostéopénie et pas l'ostéoporose, ça arrive que quand même il soit retiré, des trucs comme ça."<br>M8 "ils suppriment les phlébotoniques" "Ça peut être la suppression de thérapeutiques dites « de confort »." "C'est ce que la sécu appelle les médicaments « de confort », ça va être oui pour les colopathies spasmodiques… voilà, ou alors pour quelques vertiges, on a des fois glissé une boite de Tanganil à la demande. Ca les rassure. Oh oui mais ça sert pas à grand-chose nous dit-on, hop."<br>M13 "des fois c'est parce qu'on leur a trop simplifié surtout les anxiolytiques et les antalgiques"<br>M18 "Des fois y a des veinotoniques qui sont enlevés"<br>M19 "le fait d'arrêter les statines pour éviter l'insuffisance rénale liée à la station allongée prolongée parce qu'il a fait une chute"<br>M20 "j'ai eu des arrêts d'antiinflammatoires" |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | |
|---|---|---|
| | Sans précision | M16 "Les traitements antalgiques on peut en parler aussi longtemps que les anxiolytiques "<br>M17 "les anti-cholinestérasiques où je suis pas trop d'accord, mais ça c'est plus une philosophie de prescription" |
| 6- Modifications sans précision de classe | Ajout/augmentation | M4 "rajouter ou diminuer"<br>M9 "Ils font les deux. Oui je crois que les deux, ça leur arrive dans un sens ou dans l'autre."<br>M10 "Ça arrive qu'ils sortent avec des ordonnances qui sont nouvelles et qui sont, qu'ils rajoutent des médicaments quoi." |
| | Retrait/diminution | M1 "Ah ben le plus souvent c'est qu'il y a le plus souvent une suppression drastique de traitements" "Mais en règle général c'est vrai que les ordonnances sont plus courtes à la sortie de l'hospitalisation. Surtout dans ce sens-là oui"<br>M4 "rajouter ou diminuer"<br>M8 "On aura moins de médicament sur l'ordonnance et puis on verra bien ce qu'on fait après." "c'est vrai qu'il y a des patients pour qui la baisse a pu être importante, de trois quatre médicaments qui trainaient, et qui avaient pas une grosse grosse raison d'être. Parce qu'ils sont pris à la demande, parce que c'est rassurant de savoir qu'ils sont là"<br>M9 "Ils font les deux. Oui je crois que les deux, ça leur arrive dans un sens ou dans l'autre."<br>M10 "- Et comment elles sont les ordonnances alors ? - Allégées." "Globalement les gériatres ils allègent"<br>M11 "c'est plutôt soit des retraits, soit des diminutions de dose"<br>M13 "Parfois ça sert à réduire le traitement"<br>M18 "parfois ils épurent un peu, des choses qu'ils enlèvent"<br>M21 "C'est vrai que le gériatre qui fait un grand coup de balai qui enlève les 3/4 des médicaments ça rend service vis-à-vis du patient" |
| | Pas ou peu de modification | M2 "Je trouve pas que ça soit souvent modifié." "Ben en fait, je trouve qu'on n'a pas trop de problèmes avec les gériatres. T'as des spécialistes tu vois ils voient un patient, et rien que pour changer le traitement il change le traitement."<br>M5 "c'est rarement forcément drastique"<br>M6 "Parce que maintenant les ordonnances, j'ai l'impression que l'hôpital maintenant respecte beaucoup plus l'ordonnance du patient en se disant « bon il a ça il a ça il a ça, on va pas tout déstabiliser sur quelques jours. ». "<br>M7 "y'a pas de changement radical en général. Hein on n'est pas hyper surpris par une prescription. " "globalement c'est plus des ajustements qu'un changement vraiment radical de l'ordonnance."<br>M11 "des retraits y en a pas tant que ça quand même"<br>M12 "C'est rare que ce soit modifié."<br>M17 "Y a un peu de tout"<br>M21 "globalement elles sont relativement peu modifiées je dirais"<br>M22 "peu depuis peu de temps. Je pense qu'il y a eu des directives probables, parce qu'un traitement de fond qui fonctionne par exemple pour une hypertension artérielle pour laquelle le patient n'a pas été hospitalisé, le patient reste avec son traitement antérieur et ça nous va bien, parce que changer pour changer... Un IEC pour un autre IEC, un inhibiteurs calcique pour un autre inhibiteur calcique, un antidiabétique oral pour un autre de la même classe, ça ne se fait plus ça." |
| 7- Explications et compréhension des changements de l'ordonnance dans le compte rendu | | M3 "Dès que le patient arrive, on reçoit un courrier, ce qui est très bien, disant globalement il a tel traitement tel traitement injustifié ou non justifié, puis après vous vous apercevez que quand il ressort, très souvent ils mettent le même traitement." "Non c'est pas bien expliqué."<br>M7 "il y a un fil conducteur et puis on comprend pourquoi"<br>M9 "Alors là le compte-rendu est vraiment très bien fait, y'a le traitement à l'entrée et juste en dessous le traitement de sortie donc déjà c'est très facile pour vérifier"<br>M10 "Mais c'est vrai que quand il y a des grosses modifications de traitement des fois on est là : « pourquoi » quoi ?"<br>M11 "9 fois sur 10 c'est sur le compte rendu de l'hôpital, je l'ai assez rapidement en général." "Oui, du moment que j'ai un compte rendu, que je sais ce qui s'est passé durant le séjour et que j'ai une ordonnance de sortie." |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | |
|---|---|---|
| | | M12 "assez souvent des comptes rendus qui sont assez explicatifs sur les modifications de traitement."<br>M13 "si quand même ça permet d'éclaircir les choses."<br>M14 "des fois il y a des changements sur l'ordonnance mais pour autant dans le courrier y'a pas le pourquoi du comment, bon on se doute bien. "<br>M15 "oui, c'est toujours expliqué."<br>M16 "les compte rendus de gériatrie sont bien détaillés donc on trouve l'info, parfois un même un peu trop détaillé j'ai l'impression qu'on tombe dans un excès inverse, mais non souvent on trouve l'info. [...] quand il y'a une modification elle est justifié dans le courrier en tout cas."<br>M17 "Donc souvent ils n'expliquent pas, c'est plutôt rare. Ils argumentent rarement leurs choix."<br>M18 "en général c'est bien expliqué, traitement d'entrée, traitement de sortie"<br>M19 "Globalement oui c'est assez bien fait. " "j'ai jamais vu un compte rendu disant qu'on substituait la classe parce que c'était pas disponible dans leur pharmacie." "les changements sont pas tous argumentés."<br>M21 "en général avec les centres hospitaliers avec lesquels je travaille il y a toujours la justification du changement, les objectifs thérapeutiques clairement indiqués."<br>M22 "La conclusion est souvent très concise mais des fois le traitement ne colle pas forcement. On va dire une fois sur 10 avec les constatations faites à l'hôpital" |

### 7.2.3 Avis du médecin généraliste concernant les modifications d'ordonnance réalisées par les gériatres

| | | |
|---|---|---|
| 1- Raisons | Connaissance du confrère | M3 "j'en ai deux trois que je connais bien avec qui je peux discuter, mais spontanément ceux que je connais pas ils sont dans une démarche très, très « nous on sait ». Et vous, vous faites des conneries."<br>M4 "Je dirais que ça dépend un peu des correspondants avec qui j'ai à faire. Il y en a certains qui touchent pas trop, parce qu'ils me connaissent, ils me font… ils voient un peu comment je prends en charge en ambulatoire. Et puis d'autres où j'ai l'impression qu'ils adaptent un petit peu le patient au contexte hospitaliser sans pour autant se rendre compte que quand il y a un retour à domicile, ça va peut-être modifier les paramètres de… Comme on peut le voir hein, de tension, enfin de différentes choses."<br>M12 "je trouve que les hôpitaux respectent plutôt bien nos ordonnances parce que je pense qu'eux aussi doivent se poser la question que si c'est comme ça y a sûrement une bonne raison" |
| | Biologie, bilan | M1 "A partir du moment où il y a eu des modifications, elles ont été faites en fonction des bilans qui ont été faits à l'hôpital" |
| | Nouvelle pathologie | M2 "Parce que si ton patient a été hospitalisé et qu'il a terminé en gériatrie avec une pathologie, ça fait évoluer l'ordonnance, forcément. Donc ça tu peux pas le négliger."<br>M9 "c'était pour une décompensation cardiaque mais assez a minima sur une décompensation pulmonaire en fait. Voilà et du coup ils avaient enlevé l'antihypertenseur, laissé le diurétique et puis au bout d'un mois ça se présentait pas forcément comme ça, on a dû rechanger les choses."<br>M10 "quand vous voyez un patient il a une pathologie il faut la traiter donc !"<br>M14 "Y a des ajouts en fonction des pathologies"<br>M17 "y a des ajouts de médicaments en fonction au final du motif d'hospit."<br>M18 "parfois y'a des hypo ou antihypertenseurs qui sont diminués parce que pendant la pathologie la tension a baissé "<br>M19 "le fait d'arrêter les statines pour éviter l'insuffisance rénale liée à la station allongée prolongée parce qu'il a fait une chute"<br>M21 "ils deviennent polypathologiques donc leurs anciennes ordonnances de cardiotropes sont pas forcément toujours bien adaptées à leur nouveau statut de polypathologie de personne âgée qu'il faut savoir alléger un peu les traitements à ce niveau-là" |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | |
|---|---|---|
| | | M22 "Ça fait je dirais 4-5 ans je dirais pas une forme de respect mais je dirais une forme de charte qui permet de dire que hormis le fait pour l'épisode aigu et une modification il faut vraiment qu'il y ait une iatrogénie pour qu'on puisse modifier un médicament." |
| | Iatrogénie du généraliste | M3 "De toute façon globalement pour un gériatre, un médecin généraliste, il est iatrogène."<br>M6 "j'ai de moins en moins la sensation que le discours c'est « pff, qu'est-ce que c'est ce médecin qui met des tonnes, des lignes de médicaments et qui… »"<br>M8 "(ton sarcastique) Oui parce qu'on en donne trop ! Nous autres vilains généralistes. On donne des « dormitifs » on donne des anxiolytiques ça va pas du tout ça." "on a pu me faire supprimer la Metformine parce que je l'avais un petit peu trop laissé et que bon on considère que passé 75 ans on peut peut-être essayer de faire autrement."<br>M9 "E : Oui ils ont pointé du doigt ce que vous aviez fait, c'est pas forcément très agréable. M9 : Aussi oui, je l'avais ressenti comme ça, après je ne sais pas si c'était ce qu'ils voulaient faire mais en tout cas c'était un peu ressenti comme ça." "De temps en temps ce que je trouve regrettable c'est qu'il n'y ait pas une préconisation et puis voilà mais c'est leur choix, c'est peut-être aussi leur responsabilité, ils se disent que s'ils ne le font pas eux ce sera peut-être jamais fait"<br>M12 "on sait bien qu'on a des visions différentes des gens à l'hôpital ou ici, y a des choses parfois critiquables, nos ordonnances sont aussi sans doute critiquables, les leurs aussi. Quelquefois il y a des ordonnances qui ont été peaufinées concernant la tolérance, il y a parfois des ordo très étudiées qui ne sont pas forcément comprises, à l'hôpital c'est modifié"<br>M22 "il faut vraiment qu'il y ait une iatrogénie pour qu'on puisse modifier un médicament." |
| | A la demande du généraliste | M9 "moi j'ai tendance à le mettre dans mon courrier quand j'ai envie qu'ils modifient l'ordonnance" |
| | Traitement habituel non disponible: problème de pharmacie | M13 "il y a surtout des changements fait parce qu'ils n'ont pas le même traitement à l'hôpital"<br>M17 "Des changements de famille, alors là je sais pas en gériatrie mais souvent à l'hôpital en général je pense il y a les IPP ils ont que quelques IPP parce que le labo leur donne gratos ou presque "<br>M19 "Bien souvent ils modifient des traitements parce qu'ils l'ont pas dans leur pharmacie à eux."<br>M20 "des fois à l'hôpital ils ont pas toutes les spécialités et ils sont aussi coincés, ils peuvent pas vous mettre des médicaments"<br>M22 "Ils ont peut-être des marchés publics qui sont différents des nôtres." |
| | Traitement de confort | M8 "c'est vrai qu'il y a des patients pour qui la baisse a pu être importante, de trois quatre médicaments qui trainaient, et qui avaient pas une grosse grosse raison d'être. Parce qu'ils sont pris à la demande, parce que c'est rassurant de savoir qu'ils sont là" |
| | "Paresse intellectuelle" du médecin généraliste | M8 "j'espère pas faire trop de bêtises, on supprime pas des choses importantes hein, ça va être, on revient à ces thérapeutiques que j'ai la paresse intellectuelle de supprimer des fois."<br>M20 "on se focalise sur vraiment les choses importantes […] comme elle l'avait depuis des années… j'allais pas changer" |
| | N'ont pas l'historique des traitements | M13 "sauf quand c'est quelque chose que j'ai déjà essayé et qu'on a déjà vu avec le patient, et que ça a été fait sans forcément de coordination"<br>M14 "quelques boulettes mais non intentionnelles, parfois c'est parce que les antécédents n'ont pas étés transmis ou pas été demandés, ou parce que le patient entre en urgence dans un hôpital"<br>M16 "les médecins de l'hôpital n'ont jamais l'historique de pourquoi on a instauré un traitement, depuis combien de temps et pourquoi celui-là et pas un autre"<br>M18 "ils ne connaissent peut-être pas le patient et les raisons pour lesquelles le traitement avait été instauré initialement et ben ce que ça a pu, ce qu'on avait pu constater dans le bénéfice"<br>M20 "elle était un peu déprimée […] elle est toute seule à domicile puis bon le maintien à domicile devient compliqué et moi je lui avais mis un antidépresseur [...] ils ont jugé « oh ben ça va bien, vous êtes bien » et ils lui ont enlevé" "pourquoi ils lui ont remis l'IEC, parce qu'aussi c'est peut-être |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | |
|---|---|---|
| | | les recos, le cadre [...] ils savaient peut-être pas si elle avait toussé" "Je trouve qu'après ou on met un petit mot bon « j'ai modifié », bon je trouve que… Parce que c'est vrai que des fois y'a un peu un manque de coordination des fois, les gens ont pas toujours toutes les infos" |
| 2- Pertinence | Oui | M1 "En règle général oui. Elles sont adaptées oui."<br>M2 "T'as des spécialistes tu vois ils voient un patient, et rien que pour changer le traitement il change le traitement. Ils mettent la molécule similaire avec un autre nom. Au moins ils peuvent faire dire au patient qu'ils ont changé, qu'ils ont fait quelque chose. Les gériatres ils sont pas dans cette optique-là, donc je trouve qu'on n'est pas embêtés avec ça tu vois." "c'est légitime et il fallait le faire, c'est bien"<br>M3 "Ben de toute façon ils ont un esprit critique. Alors ce qui est très bien, avoir un esprit critique" "Mais l'ordonnance elle va bien à l'instant T ! A l'instant T le gériatre a mis l'ordonnance, elle est parfaite !"<br>M4 "Oui non non franchement c'est adapté c'est bien."<br>M5 "Et ça les services de gériatrie le font très bien, c'est pour ça qu'en général je suis assez d'accord avec les prescriptions qui sortent de ces services-là."<br>M6 "Ben si j'ai demandé à ce qu'ils soient hospitalisés par exemple c'est bien parce que j'étais en difficulté donc si l'ordonnance est changée et que ça va mieux ben ça me va bien ! "<br>M7 "si on les a envoyés c'est que ça allait pas donc… Moi je serais plutôt pas très contente de revoir exactement la même ordonnance, parce qu'on se dit, ben zut qu'est-ce qu'on est allé faire là…"<br>M10 "Honnêtement j'ai rien contre les ordonnances qui sortent de l'hôpital." "globalement nos patients ils ressortent avec des ordonnances qui sont pas complètement étonnantes quoi."<br>M11 "Oui elles sont pertinentes"<br>M13 "si j'ai une bonne explication ça ne me gêne pas, si j'ai pas d'explication c'est un peu gênant."<br>M16 "si c'est modifié c'est souvent à raison, en tout cas on sent que c'est réfléchi." "je trouve que si c'est pas pertinent c'est justifié, donc je suis rarement en colère, après ça marche pas toujours mais ça c'est la vie !"<br>M19 "une critique constructive" "il y a forcément un raison qui l'a motivé dans l'instauration de quelque chose." "le côté chronique est souvent adapté."<br>M20 "moi je trouve que pour nous c'est vraiment une aide" "ça me gêne pas plus que ça parce que je pense que c'est dans le bon sens" "c'est quand même une aide, moi je ne le vois pas dans le négatif" "moi je pense qu'on a fait un changement, c'est que ça a été discuté à l'hôpital, ça été voilà, ça a été réfléchi, c'est pas un truc qu'on a changé pour m'embêter"<br>M21 "oui en général, elles sont très pertinentes" "C'est vrai que le gériatre qui fait un grand coup de balai qui enlève les 3/4 des médicaments ça rend service vis-à-vis du patient" |
| | Non | M13 "la plupart du temps oui sauf quand c'est quelque chose que j'ai déjà essayé et qu'on a déjà vu avec le patient, et que ça a été fait sans forcément de coordination."<br>M17 "sauf dans certains cas très précis comme les anti-cholinestérasiques où je suis pas trop d'accord, mais ça c'est plus une philosophie de prescription" "y'a des fois où je suis pas d'accord, et ça m'est arrivé de dire au patient que c'était discutable et de donner moi mon point de vue."<br>M22 " E: est-ce que tu trouves que ce qui a été fait c'est pertinent par rapport à ton patient ? M: pas toujours" |
| 3- Mise en difficulté du généraliste | | M2 "Je vais te dire un truc moi j'ai 62 ans, il y a plus grand-chose qui me mette en difficulté *rires*. Non parce que tu t'adaptes toujours tu vois." "E : Ça vous met pas en difficulté par rapport au patient ? M2 : Ca je vais te dire un truc, ça ne m'est jamais arrivé. Une fois de plus, ça aurait pu m'arriver quand j'avais peut être 30 ans ou, maximum 40, mais après qu'est-ce que tu veux, quand t'as 60 ans ou 50 ans"<br>M3 "des problèmes existentiels de mettre une personne âgée ou très âgée sous anticoagulants, ça ça m'interpelle beaucoup parce que voilà. Quand y'a plusieurs personnes âgées qui sont décédées d'hématomes intra cérébraux parce qu'ils étaient sous anticoagulants et qu'on continue à les mettre, ça m'interpelle oui."<br>M9 "ça c'est un peu délicat quand on a deux pratiques complètement différentes et deux avis sur leur bénéfice assez différents, sur ces |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | |
|---|---|---|
| | | problématiques là c'est un peu plus, par rapport à la famille…"<br>M13 "oui parfois parce que le patient me dit «  ils ont tout changé, ça ne me va pas »"<br>M14 "une pointure l'a foutue sous Xarelto, heureusement pour elle a très vite fait une grosse réaction allergique donc a très vite remis la Coumadine. Donc c'est le genre de truc, ils mettent des médoc dont on n'a pas assez de recul pour savoir si ça va faire des dégâts ou pas, c'est un peu embêtant chez une valvulaire"<br>M16 "le gériatre qui a prescrit l'anti-cholinestérasique dans l'Alzheimer c'est HYPER compliqué à arrêter, donc y'a le côté un peu consultation, «  je suis allé voir tel spécialiste en consultation » et en plus si c'est à G1… alors là on n'arrivera jamais à l'arrêter ! C'est fini." "il y a un petit côté , et c'est vicieux, quand quelqu'un fait des changements, il s'occupe du patient à ta place surtout quand c'est un patient un peu compliqué ou un patient chiant, y'a un petit côté « ah ben c'est plus moi qui m'en occupe»"<br>M19 "Du coup en lisant bien le compte rendu, quand ils en parlent pas ben on est un peu coincés du coup."<br>M20 "il est sûr que des fois ce qui peut se passer aussi, c'est quand ils reviennent c'est difficile de leur faire accepter la modification du traitement. Ben surtout pour les problèmes des benzos et pour dormir donc là il faut tenir ferme…" "des fois… faut un petit peu négocier" |
| 4- Moins de modifications qu'avant | | M6 "les gériatres changeaient toute l'ordonnance sans tenir compte du mode de vie de la personne, des plaintes de la personne, et on se retrouvait avec des ordonnances complètement modifiées qu'il fallait parfois adapter " "l'ordonnance est plus en général laissée… enfin laissée telle qu'elle, non avec les modifications qui peuvent s'imposer, mais plus respectée qu'avant."<br>M14 "par expérience les hospitaliers ont arrêté de vouloir tout changer, tout foutre en l'air, c'est des patients qu'on suit depuis 10 ans-20ans, ça s'est nettement amélioré."<br>M22 "Ça fait je dirais 4-5 ans je dirais pas une forme de respect mais je dirais une forme de charte qui permet de dire que hormis le fait pour l'épisode aigu et une modification il faut vraiment qu'il y ait une iatrogénie pour qu'on puisse modifier un médicament." |

### 7.2.4 Devenir de l'ordonnance du gériatre au décours de l'hospitalisation

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1- Pas de remodification | | | M1 "En règle général moi je… je m'incline hein… " "je suis le traitement. " "Je remets pas en cause les changements quoi en général."<br>M2 "s'ils l'ont fait ma foi je refais le traitement" "Si yen a, je les applique. Je regarde quand même, je réévalue si ça correspond à mon patient, que ce soit pas aberrant."<br>M3 "je prendrai pas la décision d'arrêter un traitement anticoagulant de prescrit par un gériatre"<br>M5 "beta bloquant ou statine, on a rarement à le changer"<br>M9 "maintenant qu'on prescrit en DCI c'est très pratique aussi parce que du coup y'a plus cette histoire où des fois c'était pas le même princeps, que les gens étaient perdus, que même nous on était un peu perdus donc ça c'est très bien."<br>M10 "Souvent je discute, et je remets pas forcément parce que en tout cas pour tout ce qui est hypnotique et anxiolytique j'essaie de leur faire toucher du doigt qu'ils sont pas plus mal sans."<br>M11 "c'est rare que j'ai à remodifier des choses après" "Globalement je suis assez facilement les prescriptions des gériatres."<br>M12 "Je regarde si la personne va bien, si y a telle différence et que la personne va bien, ok je me demande pourquoi, je suis pas un acharné de mon ordonnance. Si l'ordonnance avec laquelle il revient est bien je vois pas pourquoi je changerais."<br>M15 "je pars du principe que si on fait confiance à un spécialiste quel qu'il soit on laisse son ordonnance."<br>M16 "c'est hyper dur d'arrêter les traitements anti-Alzheimer mis par le grand gériatre en consultation alors que des fois on a très envie de l'arrêter" "c'est peut-être propre à moi, j'ai encore un peu parfois le raisonnement de me dire que s'ils l'ont fait à l'hôpital c'est qu'il fallait le faire donc après j'ose moins rechanger parce que je me dis qu'ils ont dû demander un avis cardio ou suivre les reco, donc après je rechange pas le traitement alors que c'est évident que ça fonctionne pas." |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | M19 "si la nouvelle ordo est bien suivie, que ça se passe bien, y'a pas de raison que je la change" "si tout est bien stipulé, critiqué, argumenté, y'a pas de raison qu'on change à nouveau ce qui a été fait. "<br>M20 "sur le fond de l'ordonnance non je change pas bien" "on n'est plus cohérents non plus, quelque part parce que… Si les personnes elle sortent de l'hôpital on se met à tout changer… voyez ce que je veux dire enfin je trouve que c'est pas bien vis-à-vis de la personne"<br>M21 "on prend connaissance des modifications, des justifications de tout ça et en général on poursuit le traitement mis en place dans le cadre de la collaboration qu'on peut avoir avec les confrères qui suivent le patient. C'est un travail d'équipe."<br>M22 "Mais on reste très très fréquemment avec une initiation thérapeutique, de ne pas modifier nous l'initiation si elle existe, du coup quand ils retournent à l'hôpital ils ont exactement la même thérapeutique donc j'ai pas l'impression qu'on fasse la gueguerre des médicaments." |
| 2- Remodification | Influencée par le patient | A sa demande | M4 "je suis moins vigilant sur la pertinence de la modification puisque comme je suis pas réellement le médecin traitant mais juste le médecin de substitution, donc on me dit « faut modifier ci ça ça » ben je dis ben oui faut modifier ci ça ça, mais j'ai pas l'antériorité, je sais pas comment c'était avant parce que bien souvent j'ai pas de lettre du médecin traitant, je prends la personne à un instant T puis je vais l'accompagner jusqu'à T + 2, en sachant qu'à T + 3…"<br>M6 "Sur le court séjour un arrêt de somnifère par exemple qui peut bien nous arranger mais « on n'arrive pas à faire comme ça, mais remettez moi quand même »… et puis je sais pas bien dire non alors je le remets quand même" "Il traine un Temesta au fond d'une ordonnance qu'on n'arrive pas à changer par un autre anxiolytique. C'est changé à la sortie de l'hôpital et au retour à la maison c'est « mais il ne me fait rien leur machin il faudrait me remettre le Temesta »."<br>M12 "Y a des gens qui sont un petit peu psy aussi et s'ils ont pas leur traitement ça va jamais donc effectivement on leur remet leur traitement pour qu'ils aillent mieux, parfois les gens sont malades à l'idée de changer de traitement."<br>M13 "oui donc parfois on est obligé à la demande du patient de remettre les traitements antérieurs" "ça peut arriver de revenir en arrière parce que le patient ne se sent pas bien en se disant que peut être c'est purement psychologique."<br>M14 "c'est quand il a des effets secondaires ou l'impression d'avoir des effets secondaires"<br>M16 "malheureusement parfois on est un peu coincé par la demande des patients…"<br>M17 "si c'est une babiole, si c'est changer un IPP pour un autre, ça va leur faire trop plaisir parce qu'ils sont persuadés que celui-là va mieux oui, après je suis pas là pour faire plaisir au patient si ça va pas dans son intérêt."<br>M18 "la demande du patient même si on essaye de pas trop…"<br>M19 "Soit on est tombé dans le panneau du patient, parce qu'il dit « Oui mais son Seresta ça marche pas, il me faut mon Xanax » « Bon ben d'accord »."<br>M20 "ils disent « oui ils me l'ont diminué, moi je suis pas bien » euh « ils m'ont dit que c'était mauvais pour la santé mais moi ça m'allait bien » « il faut me le remettre ! »" "des fois à l'extérieur on a des trucs plus récents ou d'autres formes de galéniques, sur les calciums, y'a un truc à sucer, des fois ils préfèrent en poudre, des fois… voilà quoi. C'est un peu des petites choses comme ça des fois qu'on peut remodifier" |
| | | Etat clinique, biologie | M1 "Des exemples tout simples hein, des patients qui n'ont pas présenté de troubles fonctionnels digestifs pendant leur hospitalisation. Donc le gériatre a pas trouvé opportun de renouveler les éventuels traitements par rapport à ces troubles-là durant son séjour, et si ces troubles se reproduisent à domicile"<br>M3 "il faut se bagarrer avec l'équilibre de la tension, essayer de leur faire comprendre que oui elles ont 15 de tension c'est pas grave, alors que si si, on leur a dit que c'était grave qu'il faut absolument le prendre. "<br>M4 "et puis on se dit « pff » on sait très bien ce que ça va pas trop apporter de bénéfice, donc… (rires) Quand on voit que ça fatigue, on a tendance à alléger, on va dire." "Bien sûr, je vais pas me gêner hein ! Ils ne se gênent… Non mais je veux dire, on n'est pas dans une compétition, on est dans l'intérêt du patient"<br>M5 "les tensions peuvent monter ou augmenter, un petit peu adapter le traitement pour la tension" |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | M7 "On a changé de psychotrope, et puis c'est trop sédatif ou c'est trop léger, ou elle est toujours déprimée, ou… du coup il faut de nouveau… modifier." "Qu'est-ce qu'on peut être amené à modifier, les diurétiques oui quelque fois sur des symptômes un peu fluctuants d'insuffisance cardiaque, ou d'HTA."<br>M8 "le patient n'ose pas s'en plaindre et dès qu'il est rentré il nous demande, ou les troubles anxieux réapparaissent et il faut redonner quelque chose."<br>M9 "il y avait un problème aigu qui avait surement fait décompenser les choses. Voilà, au retour c'est reparti, il faut tout diminuer, enfin voilà, c'est pas évident…" "voilà ça peut nous arriver de réévaluer un peu, selon l'âge, le risque de chute" "ça peut être aussi des situations de diurétiques des fois qui sont laissés, maintenus, qui sont euh, voilà j'ai eu la situation y'a pas longtemps où j'ai dû enfin j'ai arrêté rapidement le diurétique, voilà, des choses comme ça." "ils avaient enlevé l'antihypertenseur, laissé le diurétique et puis au bout d'un mois ça se présentait pas forcément comme ça, on a dû rechanger les choses."<br>M11 "Par exemple sur la tension si je vois que le traitement a été majoré et que là la tension n'est qu'à 10 on va repasser au traitement d'avant. C'est des adaptations selon l'état clinique du patient."<br>M12 "les gens sont malades ils ont une tension qui a vraiment chuté, on les retrouve chez eux, la tension est remontée parce qu'ils vont bien, il faut réajuster un traitement qui a été trop allégé."<br>M14 "Si y' a une tension très basse à l'hôpital, 15 jours après ils ont 16/10 alors on remet vite l'antihypertenseur."<br>M16 "puis retour à la maison ça ré-augmente et on remet le même traitement qu'avant"<br>M18 "parfois y'a des hypo ou antihypertenseurs qui sont diminués parce que pendant la pathologie la tension a baissé et après ça remonte donc on réintroduit"<br>M20 "c'est vrai quand elle est revenue au bout d'un moment elle m'a dit « oh mais vous savez j'suis quand même pas bien », etc. Alors c'est toujours pareil, dans le milieu du cadre de l'hôpital ben elle était un peu cocoonée, elle était bien. Elle ressort ben y'a un petit peu toutes les problématiques qui reviennent. Donc moi je lui ai remis"<br>M21 "ça peut être une aggravation ou une amélioration de symptômes, de pathologies"<br>M22 "une mauvaise tolérance" |
| | | Qualité de vie | M4 "avec la personne, à la maison on la suit depuis 20-25-30 ans, avec la famille on est dans le contexte, on contextualise un petit peu plus, et on se dit « ouais, pff… ». Voilà, on est plus, bon l'essentiel c'est qu'elle prenne plutôt ses 2-3 premiers médicaments, l'autre on va voir, la tension elle est pas parfait parfaite c'est déjà pas mal…"<br>M5 "tout d'un coup ils sont agités et du coup il faut bien faire quelque chose sinon l'aidant il s'épuise"<br>M8 "Que je refasse l'ordonnance en rajoutant… pour les troubles du sommeil, ou pour… plus voilà un petit complément !"<br>M9 "la prescription des traitements spécifiques des troubles cognitifs et de la maladie d'Alzheimer. (rires) Parce que ça pour le coup ils sont très branchés à l'hôpital, et ça ça nous arrive régulièrement de les arrêter parce qu'ils sont mal tolérés au retour d'hospitalisation."<br>M12 "Non après si la personne n'est pas bien chez elle on reprend les fondamentaux"<br>M13 "parfois c'est moi qui trouve que c'est dommage car c'est moins pratique par exemple pour des associations d'antihypertenseurs on se retrouve avec deux comprimés au lieu d'un, pour l'observance c'est plus simple de revenir au traitement antérieur"<br>M16 "sauf que c'est pas bien toléré donc on remet ce qu'on avait mis avant."<br>M17 "S'ils avaient un hypnotique depuis toujours, l'hôpital l'a enlevé parce qu'ils le font et que le patient ne dort plus du tout ben je vais sûrement leur remettre un hypnotique sauf si y a eu des chutes confirmées ou quelque chose de confirmé."<br>M21 "ça peut être une mauvaise tolérance" |
| | Influencé par la famille ou l'infirmière | | M1 "Oui notamment pour des patients qui sont EHPAD. C'est vrai qu'on en discute facilement avec les infirmières " "Non la famille finalement n'intervient pas trop dans les modifications des traitements" |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Traitement déjà utilisé | | M2 "parfois on a vu le patient, il est vrai que tu perdras un patient qui revient avec un médicament que tu as déjà utilisé chez lui et tu sais qu'il va pas le tolérer. Donc t'appelle pas le gériatre pour l'engueuler, tu remets le traitement initial"<br>M13 "ils testent un traitement, ça a l'air de marcher à l'hôpital mais ils ont pas le délai suffisant et on se rend compte que c'est un traitement qu'on a déjà essayé et que finalement ça sert à rien."<br>M16 "ce serait plus confortable pour tout le monde, pour le patient qui éviterait de se retrouver avec un truc qu'on sait très bien qu'il avait pas toléré, pour nous parce que ça nous éviterait de rechanger, reswitcher, remachiner"<br>M19 "mais Aprovel elle savait pas qu'elle l'avait déjà essayé et que c'était trop fort, eh ben je changerai pour un autre sartan."<br>M20 "elle avait un traitement pour la tension, ils ont modifié, c'est-à-dire qu'en fait elle avait un Sartan, ils lui ont remis un IEC, alors qu'en fait elle avait déjà toussé sous IEC. Moi je l'ai vue, j'ai vu la modification, je me suis dit « il risque d'y avoir un problème ». J'ai rien dit, j'ai dit « ben écoutez on va continuer le traitement comme on a mis à l'hôpital, parce qu'ils ont mis des stents coronariens. J'ai dit « on va voir » et puis en fait [...] je lui ai bien remis son Sartan" |
| | Délai | | M3 "On regarde, donc très souvent je ne modifie pas le traitement, et puis petit à petit je m'aperçois que très souvent il faut modifier." "Mais on peut pas d'emblée, en tout cas moi je me refuse, dès qu'un patient quitte l'hôpital, ou sort d'un spécialiste, dire « attendez ça c'est débile, non non ça vous ne prenez pas je vais vous faire une autre ordonnance. » D'une part parce qu'on n'est pas crédible. Et que j'ai pas envie de rentrer dans une gueguerre comme ça." "ça prend 2 mois, 3 mois, mais souvent ça se modifie oui."<br>M6 "c'est pas dès la première consultation qu'on a toutes les récriminations, comme on les voit quand même assez rapidement… Je vais dire, se redégrade au fur et à mesure."<br>M14 "si ce qui a été fait, au bout de 15 jours /3 semaines ça va, on va adapter<br>M16 "laissé ce qui a été fait et à réévaluer après. En tout cas je m'amuse pas «  ah tiens il vous a mis ça, je vous remets ce qu'il y avait avant »."<br>M18 "après je vais pas forcement leur remettre tout de suite, j'attends de voir comment ça se passe" |
| | DCI/nom commercial | | M6 "Des fois ils veulent pas des génériques alors on fait marche arrière mais bon."<br>M12 "je remets les noms qu'ils retiennent, parce que les noms chimiques c'est pas la peine, les gens ne savent plus ce qu'ils ont, surtout en gériatrie."<br>M13 "ils ressortent avec l'ordonnance des traitements de l'hôpital pour des traitements équivalents de ceux d'avant et du coup on se retrouve avec un gros mélange. et souvent le patient demande à ce qu'on reprenne le traitement d'avant parce qu'il est perdu"<br>M17 "moi ça m'arrive de remettre le traitement d'avant d'office soit parce que je pars du principe qu'ils en ont encore à la maison et que ça va faire moins de boite, moins de mélanges, oui je pars du principe qu'il vaut mieux qu'ils aient le moins de noms différents à la maison, déjà que c'est compliqué, qu'en changeant de marque de générique  ça change d'emballage et c'est déjà compliqué pour eux"<br>M18 "je mets sur l'ordonnance au crayon de papier le nom de l'ancien, je réécris pas forcement le nom du princeps. Une fois qu'on leur explique ça leur suffit."<br>M21 "ça peut arriver par rapport aux génériques, ça peut arriver qu'ils ne veulent pas les génériques ils disent « remettez moi mon médicament »" |
| | Alléger car iatrogénie | | M4 "C'est pas comme un patch pour Alzheimer ou un truc comme ça, où je serai plus dans la négociation."<br>M5 "le diabète par exemple qu'on trouve un petit peu excessive ou qu'on est amené à changer."<br>M12 "Quand c'est un peu chargé il faut lever le pied. Parfois l'évaluation n'a pas été faite au niveau rénale si c'est pour de la petite traumato et on les retrouve chargés pour rien."<br>M14 "ils le gardent pas très longtemps parce qu'au bout d'une semaine je leur dis ce qu'ils risquent donc ils l'arrêtent"<br>M17 "soit un effet indésirable du nouveau médicament, soit que j'ai des gros doutes sur l'indication" |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Erreur (manque d'information, "étourderie") | | M8 "On a fait une ordonnance « pour quoi on était venu » et je viens compléter avec les pathologies… préexistantes."<br>M11 "voir qu'il n'y ait pas eu d'oubli, parce que ça arrive qu'il y ait des oublis"<br>M14 "à part quelques boulettes mais non intentionnelles, parfois c'est parce que les antécédents n'ont pas étés transmis ou pas été demandés, ou parce que le patient entre en urgence dans un hôpital."<br>M20 "sur un calcium, bon j'sais pas l'autre jour je sais plus y'en avait une qui avait son calcium… bon alors ils lui avaient changé, bon elle avait l'habitude de l'autre, ben je lui ai remis l'autre hein, j'me suis dit de toute façon c'est pas des gros changements"<br>M22 "soit y'a eu une erreur ou reprise , c'est déjà arrivé, d'une vieille vieille vieille ordonnance que l'interne a lu, et qu'il a plagié de façon systématique sans re réflechir une seule seconde que c'était pas la bonne" |
| | Synthèse des ordonnances | | M8 "refaire une synthèse de tout ça, c'est possible aussi. Hein ils ont apporté simplement la modification, leur ordonnance c'est le nouveau traitement et à moi de faire un peu la synthèse, enfin moi je sens comme ça des fois."<br>M14 "parfois c'est le patient qui vient avec sa nouvelle ordo car il se retrouve avec deux ordonnances, la mienne d'avant et celle de l'hôpital, il est un peu paumé, il voudrait qu'on remette tout sur la même. Il m'arrive fréquemment de tout remixer."<br>M17 "j'ai mon ordonnance qui est pré enregistrée donc je modifie ce qui a du sens pour moi, le reste je modifie pas parce que j'estime que c'est pareil et si ça pose souci on changera après"<br>M19 "Pour qu'au final ben le patient se sente pas déchiré entre deux ordonnances. Ben oui mais qui a raison finalement ? " |
| | Classes remodifiées | | M1 "sur des traitements de fond non, c'est plutôt des traitements à la demande en général, c'est des traitements qui correspondent à des troubles ponctuels."<br>M3 "il faut se bagarrer avec l'équilibre de la tension, essayer de leur faire comprendre que oui elles ont 15 de tension c'est pas grave, alors que si si, on leur a dit que c'était grave qu'il faut absolument le prendre.<br>M5 "Donc des fois on est ramené à remonter quelques psychotropes…"<br>M6 "Sur le court séjour un arrêt de somnifère par exemple qui peut bien nous arranger mais « on n'arrive pas à faire comme ça, mais remettez moi quand même »… et puis je sais pas bien dire non alors je le remets quand même"<br>M7 "de nouveau on est sur les psychotropes" "Qu'est-ce qu'on peut être amené à modifier, les diurétiques oui quelque fois sur des symptômes un peu fluctuants d'insuffisance cardiaque, ou d'HTA."<br>M9 "dans les anticoagulants, dans l'ensemble, si c'est un AVK c'est un qui nous convient donc ça se passe plutôt bien de ce côté-là. Après les antiagrégants plaquettaires ben ça nous arrive de réévaluer quand même." "ça peut être aussi des situations de diurétiques des fois qui sont laissés, maintenus, qui sont euh, voilà j'ai eu la situation y'a pas longtemps où j'ai dû enfin j'ai arrêté rapidement le diurétique, voilà, des choses comme ça." "la prescription des traitements spécifiques des troubles cognitifs et de la maladie d'Alzheimer. (rires) Parce que ça pour le coup ils sont très branchés à l'hôpital, et ça ça nous arrive régulièrement de les arrêter parce qu'ils sont mal tolérés au retour d'hospitalisation."<br>M16 "E: les anxiolytiques sont pas mal changés ? M16: Oui surtout arrêtés, ouais pour la bonne cause, ça marche pas toujours, souvent on les remet même très souvent mais au moins il y'a eu une petite pause, c'est déjà ça"<br>M18 "les hypnotiques ou les benzo parfois"<br>M20 "sur un calcium, bon j'sais pas l'autre jour je sais plus y'en avait une qui avait son calcium… bon alors ils lui avaient changé, bon elle avait l'habitude de l'autre, ben je lui ai remis l'autre hein, j'me suis dit de toute façon c'est pas des gros changements" "des fois il peut y avoir un IPP, c'est pas tout à fait le même… ou je remets celui de l'hôpital ou je rechange si vraiment ils veulent l'autre" |
| | Absence de justification dans le compte rendu expliquant le changement | | M1 "suppression de médicaments pour lesquels on ne sait pas trop pour quelle raison"<br>M19 "quand c'est juste voilà un IEC pour un autre, et que la personne était habituée à l'autre et que ça fonctionnait bien, et que dans le compte rendu il n'y a pas spécifiquement marqué « Ben voilà on ne donne plus celui-là parce qu'il est pas bien toléré, mais on donne l'autre » voilà je reviens à l'ancien." |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | M22 "soit on est arrivé à une modification qui n'était pas justifiée pour lequel on se retrouve très souvent avec un retour à la prescription antérieure mais qui n'était pas forcement le motif d'hospitalisation" |
| | Suivant les consignes laissées par le gériatre | | M15 "Souvent maintenant on vous dit si tel ou tel chose se passe il faut ajouter tel médicament, donc je fais ce qu'ils disent." |
| 3- Lien du généraliste à son ordonnance | Attaché | | M8 "c'est bien que quelqu'un mette un bon coup de sabre dans nos prescriptions même si des fois on est un peu vexés !" "mon amour propre en prend des fois un petit coup mais ça dure pas"<br>M9 "quand les spécialistes changent notre ordonnance sans même seulement faire la préconisation c'est un peu agaçant quoi."<br>M12 "J'aime garder la main"<br>M17 "ils ressortent avec l'IPP qui n'est pas celui que j'avais prescrit. Voilà donc ça m'énerve un peu sur le principe mais en pratique ça change pas grand-chose." "quand je vois que clairement j'avais pas été vigilant, [...] je vais être vraiment content que ça ait été fait, un tout petit peu énervé contre moi et vexé de me dire « t'as pas été bon la », donc c'est plutôt positif, un peu vexé, enfin non pas vexé, plutôt énervé contre moi. Et après des situations où je suis pas d'accord avec la prescription, [...] je vais avoir un peu un sentiment d'agacement, d'énervement"<br>M20 "Moi ça m'agace un peu quand on modifie un traitement sans m'appeler" |
| | Pas attaché | | M2 "Je ressens rien du tout" "Non non c'est un bout de papier avec des médicaments."<br>M3 "J'accepte sans problème"<br>M4 "Non. Je suis attaché à ce que le patient ait un soin. Il faut que le soin soit cohérent."<br>M5 "Je suis très neutre. Agacé non."<br>M6 "Donc quand pendant le séjour tout ce qui nous embête a été éventuellement enlevé, moi je trouve que ça m'arrange !"<br>M7 "pour moi c'est normal qu'il y ait des modifications." "J'ai pas « d'ego » par rapport à mon ordonnance"<br>M8 "c'est des modifications, moi je les accepte hein !" "Bien parce qu'après tout, c'est eux les spécialistes !"<br>M10 "non je ne suis pas attachée à mon ordonnance."<br>M11 "Je ne suis pas du tout vexé, de manière très souple et positive."<br>M12 "Je regarde si la personne va bien, si y a telle différence et que la personne va bien, ok je me demande pourquoi, je suis pas un acharné de mon ordonnance. Si l'ordonnance avec laquelle il revient est bien je vois pas pourquoi je changerais." "Non je ne suis pas arche-bouté sur mes ordonnances."<br>M14 "tu veux dire si je suis narcissique?? non pas du tout j'ai passé l'âge. Quand j'étais jeune oui ça m'énervait mais la... "<br>M16 "j'ai pas trop d'ego mal placé là-dessus "<br>M18 "je suis pas vexée"<br>M19 "Ah est-ce que… c'est la mienne et c'est la mienne et faut pas la changer ? Non. Non non." "Moi je me vexerais pas. On est tous là pour que le patient s'en sorte, donc qu'il soit traité ou guéri par une de mes consœurs ou moi, le but c'est qu'il soit en bonne santé." "moi je vais pas me vexer [...] Après quand j'aurai 30 ans de carrière [...] Peut-être que je me vexerai, mais pour l'instant non."<br>M20 "ça peut être un piège ça c'est sûr pour le médecin je pense mais à mon avis des fois c'est justement, faut pas justement trop s'attacher à son ordonnance, je pense qu'il ne faut pas hésiter à changer." "j'suis pas un médecin susceptible"<br>M21 "Je pense que si on devait remettre en cause les prescriptions des confrères au bout d'un moment c'est qu'on change d'équipe qu'on travaille plus si on remet systématiquement en cause les prescriptions d'un médecin hospitalier au bout d'un moment on change d'équipe" "pas grand-chose, moi je prends mon travail comme un travail d'équipe. Mon ordonnance est modifiée, j'en prends acte et en général ça se passe bien"<br>M22 "je ne suis pas susceptible" |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

### 7.2.5 Influence de l'environnement sur l’ordonnance du patient

| | | |
|---|---|---|
| Différences domicile/hôpital | 1- Expression du patient | M1 "Pas uniquement, non non, c’est souvent des traitements pour des troubles fonctionnels qu’on renouvelle parce que le patient se plaint peut-être plus facilement chez son médecin qu’à l’hôpital"<br>M3 "à l’hôpital il a qu’une envie souvent c’est de sortir donc il sait que s’il dit rien il sortira plus vite donc voilà ! Et après il retrouve sa parole. "<br>M8 "Et puis avec les spécialistes ils vont pas oser se rebiffer, avec nous !... « Je dors pas, faut faire quelque chose, c’est insupportable ! »" "le patient n’ose pas s’en plaindre et dès qu’il est rentré il nous demande, ou les troubles anxieux réapparaissent et il faut redonner quelque chose."<br>M17 "je crois qu'ils sont pas toujours bien écoutés à l’hôpital…"<br>M19 "ils sont un peu soumis, ils ont je pense peut-être une impression de soumission là-bas. [...] ils doivent plutôt obéir que discuter. C’est l’heure de vos médicaments prenez-les, un point c’est tout." |
| | 2- Alimentation | M5 "Les traitements des fois pour le diabète, surtout quand, des traitements injectables on peut être amenés à les faire varier parce que l’alimentation est pas la même, donc forcément y’a des ajustements à faire."<br>M8 "Il a rien bouffé à l’hôpital, donc ça sera facile de lui supprimer un peu, on verra quand on aura repris ses gâteries en rentrant ce que ça donne…"<br>M14 "la vie à l'hôpital n'a rien avoir avec la vie réelle, ils s'ennuient, ils bougent pas, ils mangent pas pareil."<br>M16 "ils mangent pas pareil donc le diabète est équilibré à l'hôpital" |
| | 3- Humeur | M3 "Quand un patient est anxieux d’être là-bas on trouve souvent des tensions élevées, on trouve souvent alors qu’ici les tensions sont plus basses." "ils oublient de dire que la personne âgée si éventuellement elle a du seresta enfin un anxiolytique ou autre, c’est qu’elle vit très mal x chose"<br>M6 "le patient se retrouve à la maison avec les difficultés de la maison, et une anxiété qu’il n’avait plus eu à l’hôpital se manifeste à la maison"<br>M8 "le patient n’ose pas s’en plaindre et dès qu’il est rentré il nous demande, ou les troubles anxieux réapparaissent et il faut redonner quelque chose."<br>M13 "ça avait l'air de bien marcher à l'hôpital mais quand ils sortent ça va plus, ils rentrent à la maison ils ont de nouveau mal, ils sont de nouveau anxieux, donc on revient au traitement d'avant"<br>M16 "avant le départ ils sont stressés donc ils retiennent rien" "C'est évident qu'un patient à l’hôpital ça n'a rien à voir avec un patient chez lui en terme d'anxiété et donc de douleur, ça c'est les deux gros trucs et puis d'autonomie/mobilité." |
| | 4- Marche / locomotion | M14 "la vie à l'hôpital n'a rien avoir avec la vie réelle, ils s'ennuient, ils bougent pas, ils mangent pas pareil." "entre un lit d'hôpital à pas bouger et la maison c'est pas tout à fait les mêmes résultats."<br>M16 "C'est évident qu'un patient à l’hôpital ça n'a rien à voir avec un patient chez lui en terme d'anxiété et donc de douleur, ça c'est les deux gros trucs et puis d'autonomie/mobilité." |
| | 5- Douleur | M13 "ça avait l'air de bien marcher à l'hôpital mais quand ils sortent ça va plus, ils rentrent à la maison ils ont de nouveau mal, ils sont de nouveau anxieux, donc on revient au traitement d'avant"<br>M16 "avant le départ ils sont stressés donc ils retiennent rien" "C'est évident qu'un patient à l’hôpital ça n'a rien à voir avec un patient chez lui en terme d'anxiété et donc de douleur, ça c'est les deux gros trucs et puis d'autonomie/mobilité." |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | |
|---|---|---|
| Fonctionnement de l'hôpital | | M1 "En milieu hospitalier je pense que le gériatre a plus de facilité à observer s'il y a par exemple pour un traitement d'hypertension, il peut plus facilement s'apercevoir s'il y a une modification en supprimant certains médicaments. Donc c'est vrai que c'est plus facile quand le patient est hospitalisé de supprimer certains médicaments."<br>M5 "parfois effectivement, à l'hôpital on est mieux suivi, y'a plus de personnel"<br>M6 "Alors qu'à l'hôpital c'est peut-être plus… j'allais dire facile, voilà on donne les médicaments ou on ne les donne pas à l'hôpital ! Donc ça se fait beaucoup plus facilement."<br>M10 "Je pense que ça passe mieux peut-être parce qu'on leur donne pas le choix. C'est-à-dire que si on leur supprime pendant leur séjour ils l'ont plus ils l'ont plus."<br>M17 "c'est parfois un manque d'explications, on leur donne les médicaments sans qu'ils sachent pourquoi"<br>M19 "Peut-être que le gériatre est peut-être pas assez… c'est l'hôpital quoi, il a peut-être pas beaucoup de temps avec le patient il passe peu de temps de temps avec le patient, il explique pas forcément les changements d'ordonnance" |
| Sans précision | | M3 "le patient, enfin la personne âgée lorsqu'elle est hospitalisée, soit elle se sent en sécurité parce qu'elle est cocoonée ou autre… donc ça ne sera pas les mêmes… la même plainte" "Alors y'a un petit nombre hein qui est tout content d'être à l'hôpital et qui revendique et qui ont besoin d'y aller, mais c'est… c'est pas le plus gros pourcentage." "un patient à l'hôpital n'est pas le même patient qu'un patient à domicile ou dans la vie normale, quotidienne."<br>M4 "sauf que quand ils rentrent à la maison c'est tout une autre histoire quoi." "On se dit ouais c'est une bonne idée mais c'est pas adapté des fois, comme eux ils peuvent se dire des fois « ouais c'est une bonne idée mais c'est pas adapté »… (soupir) ouais, on est dans le contexte, toujours. Toujours dans le contexte, et le patient chez lui quoi."<br>M12 "On a des visions différentes des gens à l'hôpital ou ici" |

### 7.2.6 Apports et limites du gériatre selon le médecin généraliste

| | | |
|---|---|---|
| 1- Apports | Accessibilité, réalisme | M4 "pour moi ils ont un côté humain"<br>M6 "j'ai moins l'impression qu'on est sur une autre planète maintenant qu'il y a une quinzaine d'années."<br>M7 "On dialogue bien, ils sont accessibles. "<br>M15 "Ce sont les gériatres qui sont disponibles comme l'étaient les généralistes autrefois"<br>M18 "On arrive bien à les joindre, parce que ça m'est arrivé de les appeler et d'avoir aussi des conseils"<br>M19 "nous on travaille beaucoup en hospitalisation programmée, parce qu'on peut avoir une hospitalisation dans la journée donc c'est vrai que nos patients âgés quand ils passent par nous on les envoit quasiment, très peu aux urgences, à moins qu'il y ait besoin d'un bilan aux urgences qu'ils peuvent pas faire dans le service"<br>M20 "on a des lignes, enfin sur Q1 on a des hotlines ça marche très bien" |
| | Repère la iatrogénie, physiopathologie de la personne âgée mieux connue | M1 "ils ont une place tout à fait majeure dans la réévaluation des traitements"<br>M4 "l'hospitalisation est peut-être l'occasion de réévaluer la pertinence de tel et tel traitement."<br>M8 "Mais bon c'est des fois effectivement plus subtile et c'est bien de nous aider aussi à faire des coupes un peu dans des traitements forcément difficiles à manipuler, dès qu'il y a beaucoup de molécules." "Une spécialité difficile. Ils sont durs nos petits vieux ! Penser à tout, à pas être iatrogène, à pas être dangereux mais savoir traiter un peu..."<br>M11 "Ben le gériatre c'est sa spécialité donc j'ai plus tendance à le suivre spontanément et pas spécialement remettre en cause leurs prescriptions."<br>M12 "les gériatres normalement sont sensibilisés à l'usure de la personne donc font plus attention au niveau rénal au niveau gastrique, niveau psy. Je pense que c'est bien la gériatrie en tant que telle pour la conduite des traitements" |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | |
|---|---|---|
| | | M15 "je pense qu'ils y connaissent plus, ils font plus attention que nous"<br>M16 "on sent en tout cas qu'il y a une vraie volonté quand il y a une hospitalisation en gériatrie de reposer l'indication de chaque traitement…" "sur la iatrogénie on sera jamais assez vigilant là-dessus, et le gériatre je trouve c'est vraiment son boulot, il est vraiment pertinent pour ça"<br>M18 "dans la iatrogénicité aussi, les traitements je pense qu'ils arrivent… et les effets secondaires"<br>M19 "La vision du gériatre sur les interactions, sur effectivement les effets secondaires, est complémentaire." "l'œil un peu « spécialiste » nous permet effectivement d'éviter de faire des bourdes."<br>M21 "les cardiologues/gériatres ont justement une approche plus particulière de la prise en charge chez la personne âgée" |
| | Plateau technique, présence médicale | M4 "Je mets aucune fierté de dire « ah p*** j'ai pas vu qu'il y avait une hypotension » machin etc ou je… Non ! Je veux dire, vous êtes 4, 5, 10 à vous occuper de cette personne, moi je suis tout seul et je passe une fois par mois, vous trouvez des choses que j'ai pas trouvé, ben c'est bien ! (rires) Au moins ça veut dire que quand on met du matériel humain et qu'on trouve des choses au moins ça veut dire qu'on n'a pas perdu son argent dans la société hein." "c'est plus facile à l'hôpital. Parce qu'on est quand même dans une structure où y'a plusieurs personnes qui vont pouvoir parler, on aura le temps" "il y a une consultation de cardio, il y a une échographie, il y a eu des électros, chose qu'on fait pas forcément à domicile"<br>M5 "ça permet d'avoir une béquille aussi" "donc les avis gériatriques ça permet de centraliser les problèmes, de centraliser les examens, de nous aider dans notre prise de décision"<br>M10 "Je pense que vous avez plus de moyens"<br>M14 "en général quand on envoie le patient à l'hôpital c'est qu'il y a un gros pépin qu'on ne peut plus gérer à domicile donc une fois qu'ils ont rééquilibré le traitement, traité la pathologie, pas résolu la pathologie parce que bien souvent on peut pas, voilà... on peut pas tout résoudre ou tout guérir, enfin c'est tout bénef" "ben déjà du fait de l'hôpital on a les biologies et les examens complémentaires beaucoup plus rapidement qu'en ville [...] une fois que le patient a été vu en observation 1 ou 2 jours ils peuvent réadapter ou équilibrer le traitement en fonction des besoins."<br>M15 "on leur fait un examen, un électro, une écho, ça se fait en ambulatoire la journée, ça évite l'hospitalisation, ils font plus de chose que je n'en fais en consultation, donc moi je les crois."<br>M17 "le séjour est plus long et on a plus le temps d'avoir un peu plus de recul, peut-être plus de médecins qui s'en occupent, une équipe plus grande qui va graviter autour, qui va prendre des décisions peut-être un peu plus communes, soit ça soit un peu plus d'écoute, ça je ne sais pas. Ou plus de temps."<br>M18 "un œil nouveau et les examens plus facilement"<br>M20 "Puis ils discutent entre eux, je pense entre cardiologues, gériatres…" "ils font un peu les examens, parce que nous il faut l'envoyer à droite, à gauche, pfff…"<br>M21 "le patient il est quand même décortiqué pendant un laps de temps important, plusieurs jours."<br>M22 "On a en fait ce qu'on ne peut pas faire en ville c'est à dire un examen qui apparaît très fastidieux" |
| | Equipe mobile de gériatrie, consultations mémoires | M7 "ce qui a été très bénéfique aussi pour nous c'est l'existence de l'équipe mobile de gériatrie qui fait vraiment le lien entre nous et les hospitaliers."<br>M10 "J'avoue que les seules fois où j'envoie en consultation gériatrique, en tout cas moi dans ma pratique c'est surtout pour des bilans de mémoire."<br>M13 "Après y'a l'équipe mobile de gériatrie avec les difficultés à domicile"<br>M15 "en gériatrie je leur fait faire des bilans gériatriques à B1, c'est pas mal, on leur fait un bilan sur la journée"<br>M17 "j'envoie à l'hôpital en gériatrie en consultation mémoire quand il y a des doutes sur des débuts de démence"<br>M18 "y'a l'équipe mobile aussi alors on l'utilise pas suffisamment c'est vrai que j'y pense pas assez souvent et puis y'a l'équipe de géronto-psychiatrie aussi qui peut aider."<br>M19 "y'a une hotline gériatrique, et vraiment hyper pratique, ils ont vraiment l'habitude de la hotline, les quelques fois où j'ai appelé j'ai vraiment été renseignée et ça m'a beaucoup aidée." "l'équipe mobile, la preuve que j'y pense pas souvent ! (rires) Mais en effet qui pourrait nous apporter un soutien oui."<br>M20 "maintenant y'a l'équipe mobile de gériatrie, tout ce qui est trouble du comportement quand même hein et de la mémoire donc ça ils sont quand |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | |
|---|---|---|
| | | même présents" "Je pense que les hotlines c'est vraiment quelque chose qui marche bien et qui nous aide beaucoup. Parce que nous ça nous évite d'envoyer les gens en urgence. Ca règle tous les problèmes en amont et en gériatrie c'est ça quoi." |
| | Mise en place des aides, préparation du retour à domicile, avenir | M4 "toutes les mesures qui ont été mises en place de soutien, avec le passage de l'infirmier renforcé, le passage de kiné, le passage d'assistante sociale"<br>M5 "un service de gériatrie ou en général quand les gens ils sont pas capables de prendre leurs médicaments tout seuls ils sortent pas sans rien et ils vont sortir avec une prescription d'infirmière." "il va y avoir une attention portée plus importante à tout le côté social et délivrance des médicaments."<br>M7 "ça peut être d'ordre humain, ça peut être de l'ordre des aides"<br>M8 "mais ça va bientôt plus suffire, ils sont un peu isolés, on est à la merci d'une chute on est à la merci d'une bêtise… Donc là le gériatre peut me rendre service !"<br>M16 "les ordonnances de sortie sont faites pour 15 jours, ça je trouve que c'est bien, parce que ça oblige le patient à prendre rendez-vous, et puis y'a les aides à domicile qui font le lien." "Je trouve qu'au bout d'un moment c'est plus mon boulot donc là je trouve que l'hôpital est indispensable, c'est que ça permet de mettre une assistante sociale dans la boucle et c'est indispensable" "ça permet de mettre des aides en place."<br>M17 "je leur dis «  pensez bien a tout checker au niveau assistante sociale et niveau aide », parce que moi je me mélange un peu les pinceaux dans les différentes aides, à qui faut demander quoi et puis ça m'intéresse pas du tout"<br>M19 "soit il y a eu une visite au domicile pour prévenir le retour au domicile, par une ergo [...] on prévoit de la kiné pour les demi-tours et renforcer la posture, donc oui là-dessus c'est très bien." |
| | Vision globale du patient | M3 "Je pars du principe que c'est eux qui, qui ont entre guillemets les compétences théoriques pour savoir ce qui est bien ce qui est pas bien" "Heureusement qu'ils ont compris que la personne âgée était comme nous tous en fait, un tout !"<br>M4 "Enfin c'est de la médecine globale au moins en tout cas. Après elle est plus spécifiquement orientée chez la personne âgée, elle a sa spécificité de personne âgée, mais je veux dire elle prend en charge comme la médecine globale, la médecine générale quoi."<br>M5 "il va y avoir une prise en charge plus globale"<br>M7 "c'est la prise en charge globale du patient." "on voit qu'ils ont décortiqué le problème de A à Z"<br>M8 "A part que le spécialiste va nous donner un avis très pointu, le cardiologue, le pneumo, l'ORL, le gériatre forcément il élargit beaucoup plus. Que ça soit dans ses évaluations ou dans les suites d'hospitalisation"<br>M13 "oui pour la prise en charge globale, quand on a un patient difficile dans sa globalité, quand on a un patient qui a une plainte globale, psychologie, douloureuse, trouble alimentaire"<br>M16 "y'a clairement le côté prise en charge globale"<br>M17 "je pourrais être amené à le faire aussi quand ça devient vraiment complexe, qu'il y a déjà une poly-pathologie complexe plus l'âge qui se surajoute avec tous les éléments plus compliqués liés à l'âge, ça peut m'arriver de demander pour faire un peu une synthèse."<br>M19 "Le côté « équipe pluridisciplinaire » qui a chacun son œil sur sa petite compétence c'est très bien." "c'est une vision complémentaire. Il a l'habitude des personnes âgées, ils les côtoient"<br>M20 "« on va aller à D1 faire un bilan trouble de l'équilibre », ils ont tout vu, ils ont fait un bilan qui était très complet"<br>M21 "D'abord son expertise dans le cadre d'un bilan approfondi" "un spécialiste de la globalité quand même puisque le gériatre il fait l'ordonnance pour le cœur, pour la mémoire, il fait l'ordonnance pour tout un peu comme un médecin généraliste avec la supervision de sa fonction de gériatre" |
| | Sensibilisation de la famille du patient | M3 "Y'aura éventuellement un médecin hospitalier, éventuellement gériatre, qui pourra peut-être arriver à leur faire comprendre ou autre. "<br>M4 "la famille qui est plus sensibilisée enfin je veux dire il y a tout un étayage qui va se consolider"<br>M8 "On attend le pépin pour aller justement en gériatrie pour que quelqu'un mette les pieds dans le plat. Et insiste comme je ne peux pas"<br>M16 "y' a aussi le fait de la prise de conscience, «ah oui quand même j'ai fini à l'hôpital, c'est peut-être que je vais moins bien»." |
| | Apport des nouvelles recommandations | M1 "les traitements ont été codifiés du fait de certaines mises à jour qui sont appliquées forcément par des spécialistes en milieu hospitalier, et pour lesquelles on n'est pas forcément au courant en médecine de ville. " "Lui est obligé de suivre tous les progrès des traitements etc donc… Je pense que l'apport du gériatre est tout à fait fondamental." |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | |
|---|---|---|
| | | M5 "ils sont plus près des recommandations…"<br>M4 "Ils suivent les recos d'une manière générale."<br>M15 "il est de mauvais ton de changer son ordonnance d'une part d'un point de vu de la politesse, de la déontologie et surtout sur le plan de la connaissance. Il en a appris plus que moi." "ils connaissent bien leur job, la gériatrie c'est une voie de la médecine, qui ont fait formation sur formation."<br>M19 "tout comme un spécialiste, il nous dit de plus mettre celui-là on met autre chose"<br>M20 "ils me l'ont arrêté… contre-indiqué… [...] A la limite c'est sûr comme ça ils se posent pas de questions, ils les enlèvent."<br>M22 "Il est fort probable que certaines études nous conduisent à récupérer des traitements qui pour nous n'ont pas de valeur, en tout cas peu, et nous amener un élément positif et y'en a d'autres à l'inverse nous ont fait arrêter certains traitements disant ça sert à rien. Donc ça apporte." |
| | Formation initiale commune | M4 "les gériatres qui sont là ont quand même une sensibilisation, une formation de base de médecine générale. Et ils se sont spécialisés."<br>M14 "Parce que le gériatre il est comme nous il fonctionne avec le cerveau" |
| | Regard extérieur, plus de facilité à l'arrêt des traitements | M5 "y'avait une réévaluation à faire, des fois ça nous arrange aussi."<br>M6 "un court séjour la personne âgée va plus dire « oh il m'a oublié mon somnifère » alors que sur un long séjour il peut ressortir avec un arrêt de somnifère et on est bien content, et le boulot a été fait !" "dans l'arrêt des médicaments moi je pense qu'il peut être important. Si, si si. Il peut sauter le pas d'arrêter." "dans le domaine des anticoagulants les gériatres m'aideraient bien, parce qu'il y a bien des fois où j'aimerais bien arrêter, et j'ose pas !"<br>M8 "Ce qui peut nous rendre service, puisque ça nous aide parfois bien à éliminer des thérapeutiques auxquelles les patients âgés sont un peu accrochés et qu'on a du mal à leur faire supprimer." "l'œil neuf du gériatre est pas inutile non plus"<br>M9 "c'est vrai que du coup un traitement qu'ils prennent depuis 20 ans des fois ils ont besoin d'avoir deux médecins qui leur disent la même chose." "Donc de temps en temps on se dit « bon ben ça c'est bien ça fait longtemps que je voulais le faire et j'y arrivais pas ! » "<br>M10 "je trouve que pour ça ça rend service, parce que ceux qui ont leur Temesta depuis 45 ans, leur expliquer qu'il faut… On leur explique hein, qu'il faut l'arrêter parce qu'à un moment donné ça va poser problème, mais ils sont tellement accrochés à leur médicament !"<br>M13 "Parfois ça sert à réduire le traitement et à se rendre compte que le traitement ne servait à rien"<br>M16 "c'est bien qu'il y'ait un regard extérieur"<br>M17 "parfois y a des retraits et là c'est vraiment confortable parce que ça veut dire qu'ils ont pu soit prendre la responsabilité soit faire le tri sur les médicaments, ça c'est super"<br>M18 "y a des patients qui sont très attachés parfois à certains médicaments de «  confort » et voilà que nous on a parfois du mal à enlever et que du coup l'hôpital ça ils arrivent peut-être à parfois mieux faire passer le message." "c'est un temps qui permet de parfois réorganiser parfois les aides et les choses du domicile" "un œil nouveau et les examens plus facilement"<br>M19 "plus il y a de paires d'yeux qui regardent une ordonnance, moins on va vers l'incident"<br>M20 "elles nous aident aussi, faut quand même pas non plus qu'on crache dans la soupe parce que ça nous aide aussi. [...] Donc souvent le fait de l'hospitalisation on leur baisse, on leur explique qu'ils sont dans le cadre de l'hospitalisation souvent ça passe mieux" |
| 2- Limites | Bilans trop poussés | M3 "il faut raisonner à mon avis plus en terme de qualité de vie que de quantité ou autre. Et ça ils ne l'entendent pas"<br>M4 "Mais c'est normal, ils sont hospitaliers, donc ils vont pas dire « on laisse courir » quoi, je veux dire c'est, ils sont dans leur rôle un petit peu, c'est normal"<br>M9 "on se donne un peu le temps, des choses comme ça et du coup ils précipitent les choses parce qu'ils ont une vision à un instant donné…"<br>M14 "Parfois on a l'impression que certains hospitaliers veulent se la jouer grande médecine, demandent une tartine d'examen"<br>M16 "c'est parfois un peu le biais de la gériatrie c'est devenu une spécialité où on fait les batteries d'examens à tout le monde" "c'est parfois un peu pris à défaut parce qu'on se noie un peu, y a trop d'informations, on fait les choses de manière trop répétitive et systématique"<br>M17 "l'hôpital ils peuvent aussi ne pas forcément entendre la plainte du patient ou ne pas avoir l'écoute qu'a le médecin généraliste."<br>M18 "par rapport aux trucs spécifiques des personnes âgées, par rapport à la prévention, y'a plein de chose, voilà ils font un ensemble" |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | |
|---|---|---|
| | Pas plus de connaissance que le généraliste | M2 "D'ailleurs c'est un peu étonnant parce qu'on nous dit toujours que la gériatrie fait qu'on modifie les posologies, les médicaments et tout, mais c'est pas très sorcier quoi tu regardes les courriers quoi. Je sais pas je pense pas que… Je sais pas je vois pas la différence dans ce que je fais en médecine générale classique et ce que font mes confrères gériatres." "Les gériatres c'était des médecins internistes manqués quoi. Les mecs faisaient gériatrie parce qu'ils n'avaient pas trouvé d'autres postes quoi. Je te jure. Et après ils ont essayé de chercher à se faire valoriser."<br>M3 "Non. Pour moi y'a plusieurs spécialités qui ont pas de valeur ajoutée. Les gériatres on va dire."<br>M9 "Je me sens pas moins légitime que les médecins de l'hôpital par rapport au traitement"<br>M10 "De toute façon la médecine générale on prend bien la personne dans sa globalité, et que ça soit de la gériatrie ou pas. C'est un peu pareil quoi. Donc c'est notre job !"<br>M16 "j'ai pas l'impression que ce soit un domaine où moi je sois perdue donc c'est rare que ça apporte des réponses, c'est pas des trucs où je me dis ah ben ça je sais pas faire"<br>M17 "J'aurais du mal à changer le traitement du cardiologue mais le gériatre bon voilà…" "si c'est un médecin généraliste qui est à fond sur de la gériatrie, ils se forment beaucoup là-dedans, j'en suis pas sûr je pense pas" |
| | Trop dans les recommandations, iatrogène | M2 "Oui parce que je trouve que le médecin qui a pris cette décision, il aurait dû m'appeler. Parce que nous on sait pourquoi on les utilise pas. Mais je me demande si eux ils le savent."<br>M3 "Alors qu'à 90 ans, 15 de tension pour moi c'est pas de la tension je veux dire, même s'il a 16, 17 de tension on peut le laisser avec 18 de tension, ça me pose pas de problème. Mais ça, vous pouvez pas leur faire accepter. Aux gériatres." "des problèmes existentiels de mettre une personne âgée ou très âgée sous anticoagulant, ça ça m'interpelle beaucoup parce que voilà. Quand y'a plusieurs personnes âgées qui sont décédées d'hématomes intra cérébraux parce qu'ils étaient sous anticoagulant et qu'on continue à les mettre, ça m'interpelle oui."<br>M4 "y'a certains gériatres qui sont un petit peu dans la notion de « ouais il faut y aller jusqu'au bout, faut faire les choses comme elles doivent se faire, qui sont… pas ayatollesques, mais enfin qui sont normatifs, très « il faut faire comme ci comme ça »…" "ils appliquent bien les recommandations, et c'est vrai qu'on a tendance à être moins, à être plus souple… On en est conscients hein, c'est pas qu'on ne soit pas parfaitement au courant, mais on est petit peu dans la « pff, bon, voilà »."<br>M9 "De temps en temps ce que je trouve regrettable c'est qu'il n'y ait pas une préconisation et puis voilà mais c'est leur choix, c'est peut-être aussi leur responsabilité, ils se disent que s'ils ne le font pas eux ce sera peut-être jamais fait" "ils sont plutôt rajoutés, les benzos et les hypnotiques c'est vrai que… Ils ont pourtant quand même la volonté de se méfier de ça mais je pense qu'ils ont aussi une politique, ben il faut que le patient âgé dorme."<br>M12 "je trouve que ça charge beaucoup. "<br>M16 "c'est une spécialité qui travaille beaucoup avec des grilles d'évaluations, où on applique beaucoup les recommandations et c'est sûrement très bien et je pense que c'est une spécialité qui est très formatée par une nouvelle génération de médecins"<br>M17 "je sais pas pour quelle raison mais ils ont tendance à être très prescripteurs, comme toujours à l'hôpital, ça c'est pas qu'en gériatrie."<br>M20 "l'histoire de l'antiinflammatoire, oui c'est sûr que quand on réfléchit il faut pas en donner à partir d'un âge. Bon moi c'est à petites doses, je fais attention. C'est toujours pareil quand on connait ses patients, si on sait qu'ils n'en abusent pas… mais lui bon ben le gériatre ben il a ses… c'est sûr qu'il raisonne bon c'est pour ça que moi je lui en veux pas je veux dire hein, je dis ben oui c'est vrai que quand on réfléchit vraiment on peut pas dire qu'ils ont tort" |
| | Pression hospitalière, turn over, séjour court | M3 "on veut ensuite qu'il reste le moins possible en gériatrie etc etc, donc c'est pas, oui il faut que les choses aillent vite, qu'ils mettent le nouveau traitement rapidement. Moi je pense qu'il faut peut-être prendre plus de temps, mais bon c'est pas la politique actuelle !"<br>M6 "Voilà, une semaine pour dire « Ben vous avez tel tel antidépresseur hop ben on vous l'arrête, vous avez tel anxiolytique hop on vous l'arrête » Enfin euh… Bon c'est sûr qu'il avait un traitement bien trop long hein, bien trop lourd" "Et sur un court séjour c'est difficile quand même." "Tout ce qui est du domaine du psychiatrique c'est quand même difficile sur une semaine d'évaluer un peu les conséquences des modifications."<br>M9 "De plus en plus là les durées d'hospitalisation sont quand même vraiment raccourcies [...] on sent que c'est quand même moins abouti qu'à un moment donné quoi, quand ils sortent c'est un petit peu plus fragile au niveau des traitements qu'avant." |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | |
|---|---|---|
| | | M13 "ils testent un traitement, ça a l'air de marcher à l'hôpital mais ils ont pas le délai suffisant et on se rend compte que c'est un traitement qu'on a déjà essayé et que finalement ça sert à rien."<br>M14 "non, on a l'impression que du fait de la surcharge de boulot où j'en sais rien, de moins en moins d'hospitaliers expliquent et c'est flagrant."<br>M16 "il y a sûrement un manque d'explication, ça va vite en fait à l'hôpital." |
| | Lacune sur la fin de vie | M3 "c'est le rôle du, de l'hôpital de faire comprendre à la famille oui que la personne de 95 ans voire plus, oui elle va décéder ! Mais ça ils en ont… voilà. Peut-être que l'hôpital là remplit pas forcément son rôle." "L'accompagnement à la mort, de la mort, et la facilitation est encore très très… on va dire uniquement problématique. " |
| | Déconnectés de la vie extra hospitalière | M3 "Ils ne voient pas qu'il y a une grosse différence entre le patient hospitalisé, le patient qui vit chez lui" "Ils sont vraiment dans leur tour d'ivoire." "Ils le prennent dans leur globalité." "De gériatre, sans penser qu'il y a un temps hospitalier et il y a un temps de vie au domicile en fait. Et ils ont tendance à, pour eux, dire que c'est le même." "J'allais dire les gériatres et les rhumatologues sont un peu sûrs d'eux. « Nous on sait »"<br>M8 "Alors des fois oui il va me supprimer un anxiolytique, je vais me dire tiens dégourdi, c'est pas toi qui l'as au téléphone ! "<br>M12 "Ils n'arrivent pas à comprendre qu'il y ait des urgences"<br>M14 "certains hospitaliers qui vont faire une ordonnance pour 6 mois. J'ai quand même vu un hospitalier mettre un patient sous Xarelto pour 6 mois et moi j'étais pas au jus. Donc c'est le patient qui me sort son ordonnance et qui me dit on m'a mis ça. J'ai reçu le courrier au bout de 3 semaines ; j'aurais pu faire des conneries [...] il faudrait que les hospitaliers se le mettent en tête on fait l'ordonnance pour un mois et on réévalue dans la vraie vie."<br>M15 "c'est ça le problème des ordonnances de gériatrie, le gériatre hospitalier il ne voit pas les gens de la vie courante"<br>M16 "parfois c'est très théorique les modifications qui sont faites et pas toujours adapté à la réalité du patient." "il faut bien s'intéresser à ce qui se passe à la maison quand on est à l'hôpital, si c'est lui qui prépare ses médicaments il faut que ce soit écrit à la sortie comme c'était écrit avant sinon c'est quasi sûr qu'il va prendre du Lasilix et du Furosémide" "on s'adapte peut-être pas assez à la réalité du terrain et de la vie du patient"<br>M17 "ce qui est énervant c'est que t'envoies un patient, ou il est hospitalisé pour un truc précis, et t'as l'impression qu'ils répondent à côté, ils mettent un nouveau traitement et t'as clairement l'impression que ça été vraiment un manque d'écoute très très clairement." |
| | Sentiment de supériorité du gériatre | M12 "parfois ils nous prennent pour des andouilles donc après ils reconvoquent le patient dans les spécialités et ça c'est agaçant."<br>M16 "je trouve que là-dessus l'hôpital il est un peu donneur de leçon là-dessus, c'est à dire qu'ils disent qu'il faut donner ça et pas autre chose"<br>M22 "je te jure que ça nous excède au plus haut point de voir que visiblement le correspondant à qui on a à faire, qu'ils pensent qu'on a aucune notion de sémiologie, aucune notion d'urgence, aucune notion de rien " |

### 7.2.7 Communication entre la ville et l'hôpital

| | | |
|---|---|---|
| 1- Compte rendu | Présentation du compte rendu | M1 "Ah ben par courrier. Oui automatiquement oui oui le gériatre fait systématiquement des courriers" "Donc en général, de toute façon c'est systématiquement par courrier"<br>M3 "Alors même s'ils font en fait dans leur compte rendu sur le plan cardio circulatoire, sur le plan pulmonaire, sur le plan rénal sur le plan cognitif en fait ils passent toutes les tranches d'organe en fait en revue, il en reste quand même une synthèse heureusement."<br>M4 "je trouve que c'est hiérarchisé comme j'aime le faire avec les personnes âgées. C'est-à-dire pour le cœur : tatatatata… pour l'arthrose tatatata." "un compte rendu d'hôpital gériatrique, c'est toujours très bien fourni, on a des lettres qui sont dimensionnées sur 4-5-6 pages, avec sur le plan locomoteur tata, sur le plan cardiaque tata, sur le plan digestif tata, sur le plan urinaire tata donc c'est très bien segmenté et ça c'est une vraie valeur ajoutée pour nous." "moi ce que j'aime bien, c'est les objectifs qui sont… c'est la synthèse à la fin, et puis les objectifs. Ils sont de plus en plus réalistes et en adéquation avec ce que nous les généralistes de terrain on pense." "Ce que j'aime bien c'est quand ils reprennent l'ordonnance d'entrée, en même temps qu'ils font l'état des lieux, c'est-à-dire qu'il vit seul, 2ème étage, sans ascenseur, son traitement tatati tatata, qu'il y ait l'ordonnance, et puis à la fin qu'il y ait l'ordonnance de sortie. Comme ça on voit mieux…" |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | |
|---|---|---|
| | | M5 "ça fonctionnait pas par mail. Toujours par courrier." "en tout cas on peut aller piocher un petit peu plus loin quand on a besoin, c'est ce qui est agréable. Il vaut mieux avoir un courrier un peu étoffé, qu'on lit en diagonale et dans lequel on peut revenir un petit peu en fonction des soucis qu'on a qu'un courrier trop concis." "ça peut paraître un peu pléthorique"<br>M6 "Je trouve qu'ils sont bien fait les comptes rendus, il faut avoir la patience de les lire en entier… (rires) Parce qu'ils sont longs, ils sont bien détaillés, en général ils sont bien faits oui."<br>M7 "on a des comptes rendus je dirais presque nickels parce que c'est très méthodique, c'est par appareil"<br>M8 "ils ont quand même des comptes rendus vachement précis."<br>M9 "Maintenant ils sont de plus en plus courts et c'est vrai qu'on n'a pas énormément de détails"<br>M10 "les comptes rendus de gériatres on a vraiment toutes les étapes des pathologies anciennes, les pathologies qu'ils ont découvert pendant le séjour, non je trouve que c'est structuré."<br>M12 "les comptes rendus sont bons, même assez fouillés parfois"<br>M13 "parfois il peut manquer un résultat d'examen même normal, mais c'est bien de savoir qu'il était normal pour éviter de refaire, les biologies aussi pour éviter de refaire, ou voir si y'a quelque chose à surveiller"<br>M18 "Les comptes rendus sont assez bien faits "<br>M19 "les comptes rendus je trouve sont ciblés appareil par appareil. Du coup c'est « sur le plan locomoteur, sur le plan mnésique, sur le plan urinaire, sur le plan biologique » du coup c'est bien cadré je trouve." "J'ai toujours reçu par courrier oui."<br>M20 "souvent c'est par appareil, ils font, c'est pas mal fait"<br>M22 "Le problème de cette lecture c'est que c'est un peu fastidieux. En général 14 à 15 pages et là j'avoue que …. ça fait beaucoup" "Ces comptes rendus sont très utiles pour nous" |
| | Délai de réception du courrier | M1 "Alors il y a parfois des retards effectivement, ça peut poser parfois des problèmes, mais bon on n'hésite pas à appeler la secrétaire" "Dans les hôpitaux du secteur c'est au moins 15 jours, donc là c'est beaucoup trop long."<br>M2 "C'est très variable parce que, c'est pas forcément dû aux hôpitaux, c'est dû à la poste également."<br>M3 "ils m'envoient en fait un compte rendu en fonction des hôpitaux, des gériatres on reçoit très rapidement ou on reçoit un mois après"<br>M4 "Euh… Moi je dirais une quinzaine."<br>M5 "les courriers c'est très fluctuant. Souvent c'est un peu tard" "Euh ça varie, non, le délai était pas si important que ça" "dans la semaine j'avais mon courrier"<br>M6 "Ça dépend aussi des hôpitaux je crois, alors vraiment à vue de nez moi je dirais que A1 c'est long… Ça peut faire 15 jours. 15 jours 3 semaines quand ils arrivent, N1 c'est souvent quand même plus rapide, la semaine 10 jours, O1 aussi quand même en général c'est assez rapide."<br>M8 "je vais le recevoir par courrier dans la semaine qui vient en gros."<br>M9 "on reçoit le compte-rendu de l'hospitalisation je dirais dans la semaine en général."<br>M10 "je dirais 3 semaines quand c'est les hôpitaux du secteur, N1, M1. Quand c'est Q1 ça va jusqu'à 3 mois."<br>M11 "9 fois sur 10 c'est sur le compte rendu de l'hôpital, je l'ai assez rapidement en général." "là c'est en une dizaine de jours en général en gériatrie."<br>M12 "Oh une dizaine de jours en général et avec leur ordonnance"<br>M13 "une quinzaine de jours au minimum"<br>M14 "on a le courrier deux semaines après donc c'est pas toujours évident"<br>M15 "Une semaine."<br>M19 "je pense que les courts et moyens séjours ça fait partie un peu de leurs objectifs, c'est que le patient sorte avec son compte rendu, ou dès le lendemain ou le sur lendemain, enfin… faut que dans la semaine ça arrive chez le généraliste."<br>M20 "avec ZEPRA on les a rapidement" |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | |
|---|---|---|
| | | M21 "j'ai le courrier très rapidement derrière"<br>M22 "Mais on reçoit très rapidement par ce biais la en tout cas vis-à-vis de Q1 une réponse très claire et dans les 24-48h" |
| | Avant d'avoir vu le patient | M2 "Je pense qu'une fois sur deux j'ai quand même le courrier quand je vois le patient." "disons quand même la plupart du temps j'ai lu le courrier, je sais que le patient est rentré comme ça tu vois. Mmh c'est peut être quand même plutôt du 75% avec le courrier."<br>M3 "Une fois sur deux."<br>M11 "mais en une dizaine de jour c'est déjà suffisant, c'est rare que je revois les gens dans cet intervalle."<br>M16 "on a les courriers très vite. C'est rarissime qu'on retourne voir le patient avant d'avoir reçu le courrier."<br>M17 "on a le compte rendu avant de les revoir"<br>M19 "ils viennent me voir. Bien souvent j'ai reçu le compte rendu d'hospitalisation." "en général j'attends le compte rendu de l'hôpital, parce qu'ils ont souvent une ordonnance pour un mois et je leur dis « Ben écoutez j'attends le compte rendu de l'hôpital et on se voit »" |
| | Après avoir vu le patient | M1 "… avant que le courrier n'arrive ? Oui bien sûr ! Ah oui oui régulièrement"<br>M2 "M2: c'est le problème de savoir si tu as eu le courrier ou pas. E: Il y eu de nombreuses fois où vous n'aviez pas eu le compte rendu avant de revoir le patient ? M2: Oui bien sûr."<br>M3 "Une fois sur deux."<br>M6 "Le patient avec l'ordonnance sans avoir le courrier. Au tout début, oui."<br>M7 "L'ordonnance on va la trouver à domicile ou à l'EHPAD, et puis le compte rendu oui souvent il arrive après."<br>M10 "je vois souvent les patients revenir avant les courriers, ça c'est certain."<br>M13 "c'est souvent que je vois le patient avant"<br>M14 "C'est très très fréquent de revoir les patients alors qu'on n'a pas encore eu le courrier"<br>M18 "ça peut arriver que je reçoive le courrier beaucoup plus tard" |
| 2- Autre moyen de communication | Mail | M1 "Alors ça peut se faire par mail"<br>M13 "ça dépend avec l'informatique maintenant je les ai un peu plus tôt"<br>M19 "Avec Q1 on a les comptes rendus de consultation et d'hospitalisation par mail." |
| | Compte rendu par internet (logiciel) | M8 "de plus en plus par internet, les, avec le… le système Sisra"<br>M14 "l'essai qu'ils ont fait qui consiste à éventuellement nous balancer par internet les comptes-rendus pour que ça aille plus vite, je l'ai fait au début mais vu que c'est pas du pdf ou du rtf mais du word ben quand tu l'ouvres ton truc t'en as dans tous les sens donc t'es obligé de tout repaginer, donc non merci."<br>M15 "le courrier, le système Zepra ça marche une fois sur deux. Mon logiciel est vieux et ça ne marche pas toujours."<br>M17 "on a Apicrypt, c'est une messagerie sécurisée entre professionnel, et donc par cette messagerie là je reçois le compte rendu "<br>M20 "on a les systèmes, enfin avec Q1 ZEPRA, donc on a très rapidement les comptes rendus"<br>M21 "on reçoit par SISRA puis après par papier"<br>M22 "l'information se fait assez rapidement sur ZEPRA, sur SISRA" "Au niveau laboratoire on a Apicrypt et ça me va très bien aussi. " |
| 3- Demande d'information auprès du généraliste sur le patient par l'hôpital | | M2 "Par contre tu vois quand j'ai un interne d'un service qui m'appelle en me disant « on a votre patient Mr Duchmol, il a ça ça et ça, est ce que vous pouvez me donner des informations sur le dossier » je trouve ça génial quoi."<br>M3 "on est sollicités parce qu'ils veulent savoir un petit peu sur les antécédents, sur les traitements, sur les… alors le problème c'est qu'ils appellent toujours à un moment donné ou on est complément débordés, c'est le rush et tout, on peut pas spécialement répondre."<br>M4 "on l'a des fois en service de gériatrie quand ils veulent des précisions « à propos c'était quoi le traitement que vous avez fait, voilà, est ce que vous avez remarqué telle et telle chose, quel était le traitement exact, voilà. Mais c'est plutôt rare, c'est pas systématique, mais d'un autre côté faut pas non plus que ça soit systématique" |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | |
|---|---|---|
| | | M5 "souvent les médecins je les connaissais, donc des fois ils m'appelaient s'il y avait un souci" "quand on nous appelle, c'est plus pour avoir le contexte clinique des antécédents des gens"<br>M6 "je trouve ça bien quand à l'hôpital ils nous appellent pour nous demander ne serait-ce que voir l'évolution d'un traitement, si telle chose telle chose a été arrêté, quand ça a été remis"<br>M8 "en cas d'hospitalisation ça se fait un peu des fois en vitesse et puis ben on n'a pas mis tout le dossier, donc là effectivement il est fréquent que j'ai un coup de fil de l'interne me demandant des précisions."<br>M9 "on a rarement des appels…"<br>M12 "Non je pense qu'à l'hôpital ils connaissent leur travail, s'ils ont un souci ils m'appellent très bien, moi je suis pas contrariant, c'est vrai que quelque fois on peut être surpris mais l'explication vient après."<br>M13 "Souvent en début de séjour on a un appel pour savoir ce qu'il en est, les antécédents …"<br>M15 "oui tout à fait, pour des compléments d'informations, souvent quand ils y vont en urgence. "<br>M17 "ça arrive de temps en temps qu'on me demande des précisions sur le traitement, rarement sur autre chose. "<br>M18 "oui ça arrive qu'ils appellent." "rajouter des choses, surtout s'ils sont arrivés par les urgences, enfin par eux-mêmes sans qu'on ait pu faire de courrier."<br>M19 "s'il y a un défaut de connaissance ils nous appellent."<br>M20 "faut vraiment qu'il y ait des problèmes importants, ou de retour à domicile des choses comme ça où à ce moment-là là ils nous appellent ou alors des problèmes des fois avec les familles"<br>M21 "On a souvent des appels des internes quand les gens passent par les urgences ou par le service, le patient est arrivé il n'avait pas son ordonnance, ou il faut faire préciser un des éléments des antécédents à ce moment-là c'est l'interne du service qui appelle le médecin traitant pour faire préciser tel et tel chose."<br>M22 "Souvent c'est les externes. A juste titre parfois car ils n'ont pas le dossier. Quand ils ne partent pas en urgence les patients partent avec le dossier des visites" |
| 4- Implication du généraliste dans les modifications de traitement | | M1 "Ça peut arriver. Ça peut arriver mais c'est quand même pas la règle."<br>M2 "Oui parce que je trouve que le médecin qui a pris cette décision, il aurait dû m'appeler. Parce que nous on sait pourquoi on les utilise pas. Mais je me demande si eux ils le savent." "Quand ça se passe mal avec un décès c'est pas rigolo tu vois. Et là tu te sens impliqué. Mais après… après si c'est pas aussi grave tu vois, ça me ferait presque sourire." "si s'impliquer c'est reprendre contact avec d'autres personnes, passer du temps au téléphone ou autre, c'est juste impossible. Appeler un hôpital quel qu'il soit de gériatrie, ou un service hospitalier ou de clinique, c'est une perte de temps minimum de 15 à 20 minutes. Tu peux pas te sortir d'un coup de fil qui va durer moins que ça."<br>M5 "Impliqué dans la prescription, modification de traitement ? Non y'a pas forcément besoin, euh… après quand y'a vraiment des gros points d'interrogation mais… Il faut aussi que les gens s'adaptent au patient dans le service "<br>M6 "y'a pas d'appel dédié à une modification de traitement"<br>M7 "c'est un peu difficile de demander à ces praticiens d'appeler tous les médecins genre « il faut un changement » ça va être un truc… Oui la communication moi je suis pour mais… mais je veux dire, ça risque d'être fastidieux. Sauf s'il y a vraiment un changement radical, quelque chose qui pourrait nous surprendre à la sortie, mais sinon voilà, sinon ça risque d'être un peu lourd."<br>M8 "Non il n'y a pas de communication à ce point-là quand même." "J'ai pas le souvenir même d'un coup de fil me disant « Tiens comment ça se fait il a du Lasilix, pourquoi donc ? »."<br>M10 "non il y a une barrière entre l'hôpital et la médecine de ville. Il doit y avoir un mur."<br>M11 "C'est vrai que c'est décidé de façon unilatérale."<br>M12 "Non puisqu'on n'y est pas"<br>M13 "on ne m'a jamais appelé pour me demander mon avis, avoir des informations en cours de route, voir ce que j'avais déjà fait, ou en sortie d'hospitalisation pour me donner des informations sur les modifications, les choses à contrôler, à faire attention." |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | |
|---|---|---|
| | | M16 "là où il y a  je trouve un vrai bémol c'est qu'en fait on ne nous appelle jamais quand un patient est hospitalisé"<br>M17 "dans certains cas je pense pas qu'ils aient besoin de moi, mais dans certaines thématiques je pense très clairement que ce serait bien qu'on soit impliqués."<br>M19 "E: est-ce qu'il vous demande ce qui a été toléré, ou pas, ou essayé ? M: Ou exceptionnellement, ou je ne m'en souviens pas. Je pense que c'est exceptionnel." "si un médecin qu'il soit rééducateur, gériatre ou même généraliste en clinique m'appelle en disant « ben voilà le Coversyl semble mal toléré on essaie Aprovel » Eh bien très bien !"<br>M20 "impliquée pas beaucoup parce que nous ils nous téléphonent pas bien, avec le gériatre c'est rare hein qu'on ait le gériatre au téléphone"<br>M21 "non après je pense que le médecin gériatre prend sa décision en son âme et conscience et il propose le traitement, il propose, il indique au médecin traitant qui suit ou qui ne suit pas. Je pense que si on devait remettre en cause les prescriptions des confrères au bout d'un moment c'est qu'on change d'équipe qu'on travaille plus si on remet systématiquement en cause les prescriptions d'un médecin hospitalier au bout d'un moment on change d'équipe"<br>M22 "le senior qui appelle, en posant la question si l'indication qu'il pose va être un problème pour le suivi pour l'analyse, pour le résultat… et si ça vaut le coup parce qu'on n'a pas une évaluation gériatrique comme ça sous le coude parce qu'il n'a jamais été hospitalisé avant et que véritablement il a besoin de mon ressenti sur la résistance et l'état gériatrique de ce patient. Ça arrive et ça j'accepte volontiers." "très souvent dans le sens où j'ai tissé des liens très particuliers avec les gens des services d'urgence et des services de gériatrie où on se connaît où on s'est vu, on sait comment on travaille et quelques fois on correspond par téléphone pour une petite chose." |
| 5- Demande d'information du généraliste sur l'ordonnance, le séjour | | M1 "Un petit peu oui, ben c'est là où on appelle le médecin et on voit avec lui, en général ça se règle mais c'est vrai que c'est une perte de temps quoi" "Surtout que les patients rentrent de l'hôpital et la famille a besoin… Souvent ils m'appellent rapidement derrière, et moi si j'ai rien de l'hôpital c'est un peu difficile, donc on perd du temps à essayer de joindre le médecin." "Si y'a des choses qu'on comprend pas on n'hésite pas à appeler le médecin."<br>M2 "je ne rappelle jamais ou très rarement le service !"<br>M8 "j'ai rarement pris le téléphone pour demander un conseil."<br>M10 "en général la secrétaire me lit le courrier. Parce que j'ai aussi des patients qui reviennent au bout d'une semaine en me disant « Ben j'ai rien compris de ce qu'ils m'ont fait » Ah, bon, ben attendez on va appeler ! (rires)" "A ce moment-là j'appelle. Comme en plus les personnes âgées je les prends pas à 18h le soir ça va bien, y'a encore quelqu'un dans le service."<br>M9 "si vraiment j'ai un doute, en effet je prends le téléphone et je passe un coup de fil."<br>M11 "donc ça arrive parfois de passer un coup de fil" "Oui, ça arrive de temps en temps de passer un coup de fil au service pour savoir pourquoi ça a été changé et que le patient sait pas trop"<br>M19 "Une fois ou deux j'ai dû rappeler"<br>M20 "si j'ai vraiment un souci à ce moment-là j'appelle, j'appelle le service, pour savoir, pourquoi je l'ai pas reçu" |
| 6- Limites à la communication | Pas au cabinet, visite au domicile | M1 "Bon c'est vrai que c'est pas souvent possible non plus parce que je ne suis pas forcément toujours au cabinet" "Mais je reconnais que ça n'est pas forcément simple pour eux ni pour moi pour arriver à trouver un créneau où on puisse en discuter."<br>M2 "si s'impliquer c'est reprendre contact avec d'autres personnes, passer du temps au téléphone ou autre, c'est juste impossible. Appeler un hôpital quel qu'il soit de gériatrie, ou un service hospitalier ou de clinique, c'est une perte de temps minimum de 15 à 20 minutes. Tu peux pas te sortir d'un coup de fil qui va durer moins que ça."<br>M3 "mais c'est impossible en l'état actuel, parce qu'on est complètement subdébordés"<br>M4 "Le temps c'est limitant mais d'un autre côté je veux dire c'est tellement du temps qu'on va gagner par la suite parce que le fait qu'on soit au courant c'est jamais du temps de perdu. Alors après c'est le moment de la réception de l'appel qui est pas toujours idéal mais y a-t-il un bon moment pour recevoir un appel de cette nature là… On prend toujours le temps je veux dire, 5 minutes c'est pas important."<br>M8 "J'ai peur de pas avoir la disponibilité pour le faire."<br>M10 "Je pense que c'est difficile quand vous êtes en service d'appeler un médecin pour lui demander son avis sur une modification de traitement." |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | |
|---|---|---|
| | | M14 "De toute façon quand t'appelles un généraliste de toute façon il est toujours en consultation"<br>M18 "De toute façon c'est impossible qu'ils appellent chaque médecin de toute façon pour chaque patient"<br>M20 "ils ont quasiment pas pu me joindre… ils le savaient pas" "le problème c'est que, c'est toujours pareil, ils ont plein de travail, on peut pas… je pense que c'est à nous de téléphoner, de dire ce qui se passe…" |
| | Pas envie | M3 "je suis même pas sûr qu'on ait… enfin moi en tout cas, que j'ai envie de jouer ce rôle, enfin de le remplir, non."<br>M10 " E : Vous aimeriez être plus impliquée ou ça vous convient comme c'est ? M10 : Non moi ça ne me dérange pas particulièrement."<br>M11 "Je n'ai pas besoin d'être plus impliqué."<br>M18 "je pense qu'ils peuvent l'évaluer eux aussi, si le patient reste un temps suffisant, si il a un bilan" |
| 7- Amélioration de la communication aujourd'hui par rapport à avant | | M1 "si on se place deux ou trois ans en arrière, j'étais peu informé de ce qui se passait à l'hôpital, et là il y a quand même un progrès"<br>M2 "maintenant en fait, je trouve que les hôpitaux font plus attention."<br>M5 "Le problème, la fluidité de l'information pour moi, le problème c'était ça. Mais les logiciels, quand on fait attention, ça arrange bien les choses."<br>M20 "y'a eu une époque où c'était quand même compliqué de faire hospitaliser un patient, d'avoir des contacts" "moi je rêvais justement d'avoir un correspondant pour appeler, pour les hospitaliser et ça on avait beaucoup de mal, même on se bagarrait, c'était difficile, c'était… et puis y'avait pas de services très spécialisés je veux dire les hôpitaux se sont beaucoup améliorés parce que maintenant à Q1 ils ont un service courte durée, gériatrie, qui se sont organisés"<br>M21 "le déficit de communication est plus de « notre fait » que de la mauvaise qualité du retour des médecins hospitaliers, parce que là je pense qu'il y a eu de gros progrès de faits." |

### 7.2.8 Pistes d'amélioration pour la prise en charge de la personne âgée

| | | |
|---|---|---|
| 1- Communication | Dossier médical partagé, fluidité de l'information médicale | M2 "En fait si tu veux, dans l'idéal ce serait le dossier médical partagé, qu'on puisse annoter tout de suite tu vois. "<br>M5 "Ben c'est qu'on ait toutes les informations c'est-à-dire que les courts séjours ils aient l'historique de ce qui s'est passé pour le patient, après les questions du moment ils peuvent les poser à la famille ou nous appeler quand justement y'a des gros problèmes ils nous appellent, mais la fluidité de l'information c'est ça, qu'est ce qui a été fait les mois précédents, qu'est-ce qu'il y a comme biologie pour savoir, la fonction rénale elle s'est dégradée brutalement ou pas brutalement, c'est d'avoir des éléments médicaux, l'histoire médicale, ancienne et récente."<br>M10 "l'idéal je pense ça serait de donner le courrier de sortie au patient"<br>M12 "les résultats d'analyse que ces spécialistes qui les reconvoquent demandent nous soient envoyés systématiquement, qu'on soit un peu au courant de l'état de santé de la personne"<br>M13 "Je trouve que ça manque le dernier résultat complet de la biologie. Tout n'est pas toujours marqué"<br>M14 "parfois les services refont les examens qu'on a déjà fait, le patient qui a eu un scanner ou une IRM trois semaines avant ils sont refaits à l'hôpital. On se dit p***… ils ont mon numéro de téléphone ils appellent pour savoir ce qui est fait ou pas fait." "y'a un truc que j'aimerais bien venant de l'hôpital parce qu'on le fait pas toujours c'est la taille" "pour les médicaments majeurs c'est vrai qu'un petit coup de fil juste pour savoir « qu'est-ce que vous en pensez?» ça pourrait être tout bénef pour le patient." "y'a un truc très choquant c'est quand un patient meurt et qu'on n'est pas prévenu, qu'on est prévenu par la famille, je t'assure que c'est très choquant ça."<br>M16 "on ne reçoit jamais de coup de fil de l'hôpital, c'est probablement un peu dommage, pas pour tous les patients, je pense qu'il faudrait cibler certains patients pour lequel on est prévenu" "là où il y a je trouve un vrai bémol c'est qu'en fait on ne nous appelle jamais quand un patient est hospitalisé donc les médecins de l'hôpital n'ont jamais l'historique de pourquoi on a instauré un traitement, depuis combien de temps et pourquoi celui-là et pas un autre. Et je trouve que tout le monde perd du temps là-dessus" "pour tous les |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | |
|---|---|---|
| | | examens, toutes les évaluations gériatriques qui sont parfois hyper redondantes et pas toujours très pertinentes si les examens ont déjà été faits ça n'a aucun sens de les refaire."<br>M21 "Je pense que l'amélioration elle passe beaucoup par la communication. [...] Il faut que le transfert d'information se fasse bien [...] c'est plus dans le sens de l'information qui va du terrain vers le spécialiste qu'il y a probablement un déficit de communication [...] Donc ce serait plutôt donner des moyens au médecin traitant pour qu'il puisse soit déléguer la tâche de création des courriers auprès d'un secrétariat ou avoir plus de temps" |
| | Information de la sortie du patient | M4 "J'aurais aimé être plus directement au courant par l'hôpital directement, par un coup de fil." "de voir un peu certains points essentiels et puis… qui seront par ailleurs développés dans le courrier qu'on reçoit, mais déjà nous prévenir que madame Untelle revient avec tel tel type de consolidation de l'étayage" |
| | Meilleures connaissances des généralistes et des gériatres: rencontres, échanges, FMC | M4 "d'où l'importance je reviens encore là-dessus de mieux se connaître, de mieux se parler, de mieux se correspondre entre nous. Et si on peut améliorer cette communication si possible oralement, un coup de fil c'est vite fait, on se connaît… Avant on faisait des échanges par les FMC" "Les FMC ça c'était bien ! " "Euh ouais ça c'est à développer ça. Parce que ça permet le lien, et parce que ça permet nous-même de nous retrouver entre nous les généralistes et puis de voir un peu les têtes des gériatres, les gériatres de voir nos têtes, de voir un peu comment ça peut s'appréhender"<br>M6 "maintenant il y a un des gériatres qui fait partie de mon groupe de paires donc c'est confortable. Oui parce que j'ai une question je prends le téléphone je l'appelle enfin les relations sont facilitées."<br>M9 "Je pense que clairement ça pourrait être bien qu'on se rencontre avec les médecins de l'hôpital et les médecins de la ville." |
| | Mail | M1 "je reçois souvent des mails comme ça avant que je reçoive les courriers, et ça ça devrait pouvoir être un peu plus systématique." "Voilà je pense que c'est surtout une communication éventuellement par mail qui serait intéressante"<br>M4 "ça pourrait mieux se passer par mail ? Je sais pas. Je sais pas. Vous savez vous recevez un mail, paf, « Nous avons reçu Mme Untel nananana… Si vous avez des précisions ou des particularités à nous signaler merci de nous le faire savoir, ma ligne directe c'est tac, mon numéro de téléphone, Mme Machin interne du service est à votre disposition tatatatatata et voilà ! ». Ca répond ça répond pas mais au moins y'a une porte qui est ouverte. Y'a un échange mail, vous voyez ce que je veux dire."<br>M6 "Oh ben par internet. Par les mails. Parce que ça dérange pas en pleine consultation, à devoir replonger dans le dossier d'un patient"<br>M9 "Finalement est-ce que ça peut pas attendre un jour les modifications d'ordonnance à l'hôpital, qu'on puisse répondre par mail, ça pourrait être intéressant je pense qu'on pourrait travailler encore mieux dans ce sens-là oui."<br>M11 "ça commence à se faire les comptes-rendus par informatique où là c'est vraiment plus rapide, donc si ça ça pouvait se développer ce serait bien"<br>M13 "par le biais de mail avec un petit compte rendu ou sur les questionnements, pourquoi pas."<br>M14 "éventuellement les courriels ce serait pas une mauvaise idée"<br>M16 "c'est un boulot qui pourrait être fait par l'interne assez facilement et si y'a rien à dire, en 5 minutes le coup de fil est réglé et pour certains patients ça a du sens" "sur le fait qu'il y ait un coup de fil médical pendant l'hospitalisation" "si y'avait un petit coup de fils ou un petit échange en disant ben voilà on a fait ça ou on veut faire ça, de nouveau on se sent impliqué donc on se sent responsable, donc quand on y retourne la fois d'après on est plus vigilant." |
| | Avoir le compte rendu plus rapidement | M1 "Oui je pense qu'au niveau des petites structures ça serait bien qu'il y ait une information plus rapide"<br>M10 "le truc le plus intéressant, ce serait vraiment qu'on ait le courrier quand le patient vient nous voir."<br>M11 "La seule chose ce serait d'avoir le compte rendu encore plus rapidement" |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | |
|---|---|---|
| | Meilleure disponibilité par téléphone, consultations gériatriques rapides | M4 "l'accord direct téléphonique" "Puis prévenir quand le patient sort, je pense que c'est bien."<br>M9 "je trouve que pour le coup passer un petit coup de fil pour dire : « tiens c'est quand même un peu bizarre ce qu'il se passe », c'est pas …" "avoir plus des avis téléphoniques." "des consultations un peu rapides pour des situations complexes et on a besoin d'un deuxième avis." "quand je parlais de consultations rapides, c'était aussi un petit peu ça, c'est-à-dire des personnes âgées qui sont un peu limites, qu'on veut pas déstabiliser par une hospitalisation, mais qu'on a besoin d'une prise en charge pluridisciplinaire" "on a beaucoup de numéros directs. Ça c'est vraiment pratique"<br>M12 "ce que j'aime bien de temps en temps ce sont les services d'hôpitaux gériatriques psy, ça par contre ça manque un peu."<br>M19 "faut pas qu'ils hésitent à nous appeler." |
| | Meilleure justification des modifications de traitement | M10 "quand les gériatres font une ordonnance ben il faudrait effectivement qu'on ait le courrier qui nous dise « bon ben voilà j'ai modifié ce traitement là parce que pendant son séjour il s'est passé ça, j'ai rajouté ça parce que on a trouvé ça en lui faisant cet examen complémentaire… »"<br>M17 "ça pourrait être utile de mieux peut être argumenter certaines modifications et ce serait sans doute plus efficace parce que ça me pousserait sûrement à comprendre pourquoi c'est fait et à insister auprès du patient" |
| | Meilleure information du patient | M16 "L'interne n'est pas toujours très bien identifié dans la tête des personnes âgées. Donc la parole n'a pas toujours beaucoup de poids je pense et il y a sûrement un peu de boulot, il faudrait peut-être un temps de synthèse mais si c'est avant le départ ils sont stressés donc ils retiennent rien" |
| 2- Bilans gériatriques systématiques | | M4 "si je pouvais avoir un bilan hospitalier pour chacun de mes patients en capacité de devenir vieux et puis de rester à la maison ça je le ferais bien volontiers parce que ça vraiment c'est quelque chose sur lequel on s'appuie" "Franchement on devrait faire un bilan gériatrique payé par la sécu tous les 5 ans ou tous les 10 ans" |
| 3- Gériatres libéraux | | M15 "Il va nous falloir des gériatres en ville, ça sera indispensable, l'hôpital sera saturé très vite. " "je pense qu'il faut que nos gériatres, nos médecins orientés gériatrique ils aient des consultations à l'hôpital une ou deux fois par semaine et qu'ils disent «ok je vous ai vu à l'hôpital, maintenant puisque vous habitez C2, je continue à vous voir à C2, puisque vous habitez à G1 je continue à vous voir à G1»" |
| 4- Gériatres moins critiques vis-à-vis des généralistes | | M3 "Il faudrait qu'ils arrêtent d'être dans leur tour en disant « nous on sait et on fait bien et vous les généralistes vous faites mal, vous faites que des ordonnances iatrogènes et voilà ». De toute façon dans tous les discours ou les articles qu'on lit c'est un peu ça en fait, les personnes âgées ont trop d'ordonnances iatrogènes, c'est trop…" |

### 7.2.9 Formation gériatrique des médecins généralistes

| | | |
|---|---|---|
| 1- Par l'ordonnance | Vertu pédagogique des modifications d'ordonnance par les gériatres | M1 "ça nous force un peu à remettre nos habitudes en cause bien sûr"<br>M8 "moi ça m'a aidé à éclaircir l'ordonnance et à la clarifier"<br>M12 "je me pose la question pourquoi, habituellement c'est net on comprend pourquoi, sinon on regarde le compte-rendu s'il y a eu un évènement, si malheureusement j'ai fait une interaction médicamenteuse ou autre c'est intéressant"<br>M13 "ça peut donner des idées oui, ou des pistes de réflexion en gériatrie comme la prise en charge nutritionnelle ou psychologique, ça peut donner des petites idées et un petit côté formation oui, quand on a un compte-rendu détaillé avec des explications" "avec les comptes-rendus d'hospitalisation"<br>M14 "des fois quand y'a des modifications ... dans le cerveau y'a toute la machine qui se déclenche pour savoir pourquoi donc toi déjà ça t'oblige à ... "<br>M17 "ça fait toujours une expérience de plus, parce que je savais pas comment faire et eux m'ont donné la solution, donc forcément ça me fait des pistes diagnostics ou des stratégies un peu plus dans la tête éventuellement." |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | | |
|---|---|---|
| | Du médecin de la maison de retraite | M2 "Et puis par contre quand tu travailles dans une maison de retraite, avec le médecin de maison de retraite au fil des années quand même y'a un échange qui fait que on regarde un petit peu comment on prescrit aussi. Et donc au fil du temps tu t'adaptes aux prescriptions des personnes âgées grâce à ça."<br>M11 "J'ai 14 patients dans une EHPAD, je vois parfois la médecin coordinatrice elle fait les changements elle-même, au début elle me passait un peu des coups de fil, elle me disait «  tiens j'ai modifié ça, est ce que ça te va ? » je lui dis oui, à la limite elle connaît mieux le patient que moi, là-dessus je suis très souple, à moins d'une aberration mais j'en ai jamais constaté, non très souple et positif là-dessus." |
| 2- Par les études | | M1 "Si je fais appel à mes souvenirs de cours de gériatrie c'était très très succinct"<br>M4 "Pendant mon internat j'avais choisi un semestre de gériatrie c'était mon dernier semestre d'internat qui m'a servi à préparer ma thèse et mon installation, donc c'est-à-dire que c'est un stage réputé pépère"<br>M9 "En court séjour oui."<br>M13 "juste le module gériatrique à la fac et un stage d'externat. Sinon non pas de stage d'interne ou de formation supplémentaire "<br>M16 "j'estime être plutôt bien formée en gériatrie j'en ai fait pas mal pendant mon internat et un peu après en plus" "J'ai fait un stage en gériatrie puis après j'ai fait pendant mon SASPAS beaucoup de gériatrie [...] j'ai remplacé en maison de retraite aussi après."<br>M19 "on l'a appris hein. Les effets secondaires, les intolérances, les interactions, les complications… " "on a été formé à la neurologie d'un côté, donc à la dégénérescence globale. " |
| 3- Sur le "tas" | | M2 "Aucune. Zéro. En fait je l'ai faite comme ça tu vois. Je me rappelle même pas avoir eu un module de gériatrie à la fac."<br>M3 "je l'ai appris sur le tas. "<br>M7 "non j'ai pas fait de gériatrie moi à l'époque" "vous voyez arriver des gens âgés et puis finalement on s'y met."<br>M12 "la gériatrie je n'en ai pas fait beaucoup mais à l'usage on en fait quand même et on se forme un petit peu"<br>M14 "c'était pas du tout la mode, j'en ai aucun souvenir et j'en ai pas suivi après. "<br>M15 "J'ai appris sur le tas "<br>M18 "J'ai remplacé un peu en maison de retraite, enfin à l'hôpital local de D2 en EHPAD et SSR."<br>M19 "je pense que la gérontologie « pratique » ça on l'a pas eu. D'accord ? Quand commencer la kiné ? Est-ce qu'il y a un intérêt à faire de l'orthophonie ? Tout ça on l'apprend sur le tas hein."<br>M20 "moi j'aimais bien la pharmacologie, moi ça m'a toujours intéressée donc c'est un truc moi… personne âgée… fonction rénale tout ça donc je me suis toujours intéressée à ça. Donc du coup ça aide beaucoup en gériatrie. Mais après… pfff… la formation gériatrique à l'époque on n'avait pas grand-chose" |
| 4- FMC, congrès | | M1 "je suis inscrit à des cycles de formation" "je vais au moins une fois par an à des congrès"<br>M7 "j'ai un groupe de formation donc on les côtoie, on fait des formations avec eux, on les côtoie en dehors de l'hôpital." "c'est un groupe, on se réunit sur un sujet qui a été choisi à l'avance avec deux animateurs qui font venir un expert donc entre autres il y a eu de la gériatrie" |
| 5- Internet | | M1 "Puis c'est vrai que maintenant par internet on peut se former aussi hein" |
| 6- Hotline gériatrique | | M13 "ça m'est déjà arrivé de demander conseil une ou deux fois à la hotline gériatrique" |
| 7- Non désirée, non nécessaire | | M3 "Et que je suis pas persuadé que, que ça changerait ma façon d'être ou de faire. " |
| 8- Manque de temps | | M1 "il m'arrive malheureusement souvent de pas pouvoir y aller par manque de temps."<br>M3 "Mais c'est plus les, à un moment donné, j'ai honte de dire ça, c'est la personne âgée qui fait son ordonnance oui." |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

### 7.2.10 Ressenti du patient concernant les modifications d'ordonnance

| | |
|---|---|
| 1- Confiance du patient envers les modifications d'ordonnance par le gériatre | M1 "E: Et en général ils acceptent bien, vous n'avez pas eu de difficultés à leur faire comprendre qu'il y a eu un changement de traitement ou qu'il y a eu un arrêt ? M1: Non non".<br>M2 "je te dirais pas que tu peux raconter ce que tu veux aux gens, mais t'as quand même une certaine expérience, et à la limite tu pourrais retourner la situation. Si tu dis à ton patient « mais qu'est-ce qu'ils ont fait ces crétins » eh bien la messe est dite quoi. Donc c'est pas fair-play mais c'est comme ça que ça pourrait se passer quoi. Mais moi ça m'est jamais arrivé"<br>M8 "moi ça m'a aidé à éclaircir l'ordonnance et à la clarifier, et justement à faire accepter cette clarification à mon patient."<br>M11 "Dans l'ensemble ils écoutent bien le médecin de l'hôpital"<br>M12 "Si ils sont attachés à leur traitement mais quand ils se rendent compte que ça va bien y a pas de raison"<br>M21 "les patients en général ils acceptent bien" |
| 2- Compréhension | M4 "Après quand ils commencent à avoir fait un ou deux séjours à l'hosto, qu'ils se sont un petit peu ramassé, là ils comprennent un petit peu que c'est pas bien bon pour eux à la santé ce genre de médicaments, parce qu'il y a déjà eu des discours qui sont tenus à l'hôpital, qu'on redit ici, donc on arrive un petit peu…"<br>M6 "Les patients ont eu le temps de s'habituer aux génériques, donc les modifications par exemple d'efferalgan remplacé par paracétamol c'est… Le patient arrive plus facilement à s'y faire" "Oui ils posent des questions mais par… enfin par curiosité j'allais dire par intérêt, comprendre un petit peu"<br>M9 "En général quand il n'y a pas trop de modifications il peut comprendre."<br>M19 "Il aime bien son traitement de d'habitude, parce que d'habitude c'est ça, mais ici ils comprennent très bien qu'on doit changer, donc il suffit d'expliquer et ils comprennent !" |
| 3- Gestion de la perte | M3 "Et en fait vous créez en fait des… une insécurité de la personne âgée entre le spécialiste qui va dire « vous avez trop de tension faut faire un traitement » et un autre qui vous dit « vous avez pas assez de tension c'est pour ça que vous avez des vertiges et que vous êtes pas bien »"<br>M6 "Après y'a toujours le patient qui va dire « oui non mais, et puis je dormais rien du tout ils disaient que je dormais bien mais je dormais rien du tout »"<br>M10 "J'en ai qui reviennent avec leur ordonnance en me disant « Oh, il y a plus de Temesta ! »"<br>M19 "Ils sont hyper attachés à leur traitement de d'habitude. « Ah mais pourquoi vous me l'arrêtez ? » « Ah bon celui-là on peut l'arrêter ? » " |
| 4- Non demandeur d'information | M7 "ils sont pas très scotchés sur l'ordonnance"<br>M18 "on leur a pas expliqué. Ils disent « ah bon oui d'accord », parce que parfois pas tous hein, c'est des médicaments préparés dans des piluliers par des infirmières donc ils se rendent même pas compte, [...] Pas toujours au courant des modifications." |
| 5- Incompréhension | M3 "Il est perdu ! "<br>M6 "ils ont l'impression qu'on leur a modifié leur traitement, des fois ils ronchonnent un peu parce qu'ils sont attachés à leur traitement et on leur dit « mais non mais c'est la même chose »" "je pense que ce qui fait la différence c'est vraiment court séjour/long séjour. Court séjour le patient va plus m'embêter. Moi je pense plus long séjour enfin… Le patient qui sort de SSR, voilà. Le traitement aura, sauf éventuellement des modifications qui auront eu lieu juste avant la sortie, mais sinon le traitement aura eu le temps d'être accepté ou compris. "<br>M7 "Depuis qu'on passe au générique ça leur pose souci, ils se mélangent les pinceaux" "ils reconnaissent plus leurs médicaments."<br>M9 "quand il y a beaucoup de changements ils sont un peu perdus quand même les patients."<br>M10 "en général la secrétaire me lit le courrier. Parce que j'ai aussi des patients qui reviennent au bout d'une semaine en me disant « Ben j'ai rien compris de ce qu'ils m'ont fait » Ah, bon, ben attendez on va appeler ! (rires)" "c'est fréquent qu'ils arrivent et qu'ils me font « Ils m'ont enlevé tous mes traitements ! »"<br>M11 "ils me demandent aussi mon avis, « ça pourquoi ça a été changé » on leur explique et après ils sont d'accord. Ils ne tiennent pas absolument à avoir le même traitement."<br>M13 "pendant l'hospitalisation il s'est pas du tout rendu compte de ce qu'on lui donnait, il n'a souvent pas eu les explications donc ils sont dans l'inconnu et ça les perd beaucoup" "globalement c'est plutôt la tendance où ils sont un peu perdus avec un manque d'explication"<br>M14 "je vois de plus en plus de patients qui sortent de l'hôpital je les vois dans les 2-3 jours qui suivent leur sortie car ils veulent des explications car ils ont rien compris du tout." "il se retrouve avec deux ordonnances, la mienne d'avant et celle de l'hôpital, il est un peu paumé" |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

| | |
|---|---|
| | M15 "quand le patient revient de l'hôpital et vous dit «ils n'ont rien compris à l'hôpital j'ai toujours la même tension», faut arriver à lui dire non vous vous trompez, attendez, laissez faire. C'est pas facile, y'en a qui changent de médecin pour ça." "Non ils ne comprennent pas, c'est trop compliqué, les noms sont trop longs, les molécules, il répète 2,3 fois la même chose, il l'analyse, il s'évertue de l'examiner, il comprend pas pourquoi on a changé alors qu'on n'a rien changé du tout."<br>M16 "l'éternel problème du patient qui sort avec un traitement et à la maison il reste les boites de l'ancien traitement" [...] donc les patients se retrouvent à prendre l'ancien anxiolytique, le nouveau [...] le patient et la famille ne savent pas pourquoi sont pris les trucs. [...] Il y a à mon avis clairement un manque de communication là-dessus." "Peut-être que l'info est donnée au milieu de plein de choses par quelqu'un qui n'est pas très bien identifié, les patients ne savent pas toujours qui dit quoi"<br>M17 "je pense que si on leur expliquait à quoi ça sert ils le prendraient en fait"<br>M19 "ils nous posent des questions « En fait je sais pas pourquoi ils me l'ont arrêté »"<br>M20 "c'est un peu une inquiétude « Oh mais vous savez on m'a changé les médicaments… »… y'en a certains ça les perturbe" "Faut des fois leur réexpliquer quand y'a un changement"<br>M21 "ils peuvent avoir des interrogations, le patient ou aussi son entourage, mais ça ne me met pas en difficulté"<br>M22 "pour faire le point et peut-être comprendre ce que parfois ils n'ont pas compris" "je pense qu'ils ne vous connaissent pas, donc la confiance n'est pas encore passée" |
| 6- Besoin de l'aval du généraliste | M3 "S'il vient me voir c'est qu'il a confiance en moi, mais en même temps il y a l'aura de l'hôpital qui dit « à l'hôpital on m'a dit que j'en avais, que j'en avais besoin »"<br>M6 "Ils sont hospitalisés ils demandent à être revus juste après, ça permet de faire le point."<br>M8 "ils ont besoin un peu de notre aval. Surtout s'il y a eu des annonces, ou des modifications importantes de traitement."<br>M11 "ils me demandent aussi mon avis, « ça pourquoi ça a été changé » on leur explique et après ils sont d'accord. Ils ne tiennent pas absolument à avoir le même traitement."<br>M12 "on a des coups de fil de personnes hospitalisées qui demandent pourquoi ils ont des petits comprimés blancs."<br>M16 "il y a aussi les patients qui sont hyper attachés à nous, et les médecins qu'ils ont vu une fois en consultation… il le connaît pas alors que nous on le connaît très bien"<br>M17 "parfois ils mettent en doute la prescription hospitalière surtout les jeunes et ils me demandent de valider." "ils savent qu'ils peuvent tout me dire et ils me le signalent pour que je le sache et la plupart du temps j'explique à quoi ça sert et que c'est pas pour rien qu'on leur a donné"<br>M18 "ils aiment bien quand même qu'on revienne voir, les nouvelles ordonnances effectivement, les modifications et puis refaire le point."<br>M20 "ça a été changé, ils n'ont pas toujours compris pourquoi ça a été changé ou ils veulent avoir plus d'explications" "ils aiment bien qu'on soit favorable à la dernière ordonnance de l'hôpital"<br>M21 "je prenais tel médicament, je ne le prends plus qu'est-ce que vous en pensez ?"<br>M22 "oui, tout le temps. Ça c'est le problème systématique. Des fois on est un peu excédé ils sortent de l'hôpital et un jour après il faut « absolument » qu'on les voit en consultation" |

### 7.2.11 Liens avec les autres spécialités

| |
|---|
| M2 "Les cardios, quoi que chez les cardios y'a pas trop de surprises, non plutôt chez les neurologues, sur l'épilepsie, sur des trucs un peu pointus, oui. Tu vois les choses évoluer, donc ça t'interpelle si tu les as pas eues en formation. Mais en gériatrie pas trop." |
| M3 "Un cardiologue vous arriverez plus à lui parler à lui expliquer, à lui faire comprendre qu'à domicile c'est différent, du coup ils vous écoutent." |
| M4 "Chez le cardiologue vous l'avez systématiquement, chez le pneumologue, chez tous les spécialistes vous avez une réponse, chez un psychiatre, ils répondent jamais ! Ils savent peut-être pas écrire." |
| M5 "à J1, j'avais jamais là pour le coup y'a aucun spécialiste qui prescrivait quoi que ce soit, il me faisait un courrier avec un conseil, voilà « je te conseille de prescrire çi ça et ça » et l'ordonnance elle sortait que de moi. " |


(CC BY-NC-ND 2.0)

| |
|---|
| M7 "Si je devais comparer les différents comptes rendus hospitaliers la gériatrie ça arriverait en tête. Parce que c'est hyper complet." "avec la gériatrie, j'ai pas de, je trouve que c'est bien, ça se passe bien. Avec d'autres hospitaliers moins, mais, moins bien mais, comme partout" "je pense que c'est parmi les comptes rendus qui arrivent le plus vite parce que l'hôpital c'est toujours un peu long alors les secrétariats nous disent toujours « ouh là là on l'a vu tel jour, oui il faut bien compter une dizaine de jours. Au moins ! ». Bon. C'est vrai que la gériatrie on a rarement réclamé" |
| M8 "Parce que le neurologue lui il bouge pas beaucoup lui. Il renouvelle son machin, et puis… Et là aussi les gériatres se substituent parfois aux, enfin ils prennent mieux en charge les troubles cognitifs que les neurologues. Les neurologues ils font le diagnostic et puis débrouille toi." "A part que le spécialiste va nous donner un avis très pointu, le cardiologue, le pneumo, l'ORL, le gériatre forcément il élargit beaucoup plus. Que ça soit dans ses évaluations ou dans les suites d'hospitalisation" |
| M12 "Y a des hôpitaux qui ramènent tout à eux et puis après les gens on ne les revoit plus, ils ont des spécialistes dans chaque domaine, et après nous on est là pour parer aux bobos du quotidien et dans ces cas-là je suis pas forcément ravi" "Là où je me plaindrais plus c'est les reconvocations systématiques chez le spécialiste divers de l'hôpital. Pour finir les gens pensent qu'ils n'ont plus besoin de venir chez le généraliste, ils voient les spécialistes" "Le gros gros problème c'est que les résultats d'analyse ne sont envoyés qu'au médecin prescripteur, et pas au médecin traitant. Les gens pensent qu'on a les résultats alors qu'on les a pas" |
| M14 "le seul souci que je pourrais avoir par rapport au cardiologue c'est qu'il est plus difficile à faire comprendre au patient qu'il faut arrêter un médicament donné par le cardio que par le gériatre." |
| M16 "je suis pas sûre que le gériatre soit pris pour un spécialiste" "oui je suis pas sûre qu'il ait beaucoup de poids, bien identifié, le spécialiste du vieux ! Il n'a pas le même aura que le cardiologue, mais souvent parce qu'en plus de l'attachement au spécialiste y'a l'attachement dans la durée et la cardiologue qui a mis le traitement y'a 15 ans c'est compliqué de l'arrêter parce que ça fait 15 ans qu'on le prend justement, alors que le gériatre qu'on a croisé pendant l'hospitalisation il a moins marqué." |


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

## 7.3 ENTRETIENS

### 7.3.1 Entretien 1

E : Comment réévaluez-vous l'ordonnance de vos patients âgés, hospitalisés ou non ?

M1 : A quelle fréquence vous voulez dire ? A chaque fois est ce que je corrige … ?

E: Oui.

M1 : Ben oui c'est sûr que… Moi je fais mes ordonnances à la main de toute façon, je n'ai pris l'habitude de faire les ordonnances par ordinateur, j'estime que justement c'est un peu la facilité de les rééditer avec l'ordi, alors à la main c'est sûr que je revois à chaque fois si je dois modifier quelque chose… Donc effectivement je réévalue systématiquement l'opportunité de remettre le même traitement ou pas.

E : D'accord. A chaque consultation finalement ?

M1 : Oui oui.

E: Connaissez-vous des outils qui peuvent vous aider dans la réévaluation de leur ordonnance ou pas spécialement ?

M1 : Non non…

E: Les critères START and STOP, des choses comme ça, ça vous dit quelque chose ?

M1 : Non non, c'est des outils par ?...

E: Par les gériatres, plutôt ! Je voulais savoir si vous connaissiez ?...

M1 : (gêné) Non

E: C'est plutôt les gériatres qui les utilisent ! Est-ce qu'il y a des choses qui limitent votre réévaluation ? (blanc) Par exemple le fait qu'ils soient polypathologiques, ou qu'ils aient beaucoup de traitements ? Est-ce que des fois vous êtes en difficulté, ou pas spécialement ?

M1 : Ben on est souvent en difficulté oui, mais bon… (blanc) peut être par habitude… (blanc) qu'est-ce que je peux vous dire…Vous n'avez pas des exemples précis ? Parce que c'est… La gériatrie, c'est vaste !

E: Par exemple les anticoagulants avec le kardegic, ou des antidiabétiques…

M1 : Oui ! Vous parlez des incompatibilités, ou ?... Des interactions ?

E: Oui par exemple.

M1 : (temps de réflexion) Non je ne pense pas avoir vraiment des difficultés, non.

E: D'accord. En quoi est ce que les ordonnances de vos patients qui ont été hospitalisés sont modifiées par les gériatres le plus souvent ?

M1 : Ah ben le plus souvent c'est qu'il y a le plus souvent une suppression drastique de traitements qui forcément… En milieu hospitalier je pense que le gériatre a plus de facilités à observer s'il y a par exemple pour un traitement d'hypertension, il peut plus facilement s'apercevoir s'il y a une modification en supprimant certains médicaments. Donc c'est vrai que c'est plus facile quand le patient est hospitalisé de supprimer certains médicaments. Mais en règle générale c'est vrai que les ordonnances sont plus courtes à la sortie de l'hospitalisation. Surtout dans ce sens-là oui.

E: D'accord. Surtout pour l'hypertension vous avez remarqué ?

M1 : Pas uniquement, non non, c'est souvent des traitements pour des troubles fonctionnels qu'on renouvelle parce que le patient se plaint peut-être plus facilement chez son médecin qu'à l'hôpital.

E : (blanc) D'accord. Comment avez-vous eu l'information de ces modifications ?

M1: Ah ben par courrier. Oui automatiquement oui oui le gériatre fait systématiquement des courriers. Alors ça peut se faire par mail mais… (blanc) il y a souvent des courriers qui se font par mail mais qui sont réédités ensuite. Donc en général, de toute façon c'est systématiquement par courrier. Alors il y a parfois des retards effectivement, ça peut poser parfois des problèmes, mais bon on n'hésite pas à appeler la secrétaire.

E : Vous travaillez avec quels centres hospitaliers ici d'ailleurs ?


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M1 : Tous.

E : Tous ? F1 ? H2 ?

M1 : Enfin principalement, en gériatrie ça va être peut-être plus facilement A1, B1, C1… Voilà, les services de gériatrie les plus proches du secteur.

E: D'accord ! Des fois il arrive que vous voyiez le patient… (le médecin finit ma phrase)

M1 : … avant que le courrier n'arrive ? Oui bien sûr ! Ah oui oui régulièrement.

E : Et ça vous a posé des difficultés parfois ? Ou cela vous a mis dans des situations compliquées ?

M1 : Un petit peu oui, ben c'est là où on appelle le médecin et on voit avec lui, en général ça se règle mais c'est vrai que c'est une perte de temps quoi.

E : Vous vous sentez impliqué dans les modifications d'ordonnance ? Est-ce qu'on vous appelle ?

M1 : Ça peut arriver. Ça peut arriver mais c'est quand même pas la règle.

E : Et vous aimeriez être plus impliqué ou vous trouvez que c'est bien comme ça ? (blanc) Qu'est-ce que vous en pensez ?

M1 : Bon c'est vrai que c'est pas souvent possible non plus parce que je ne suis pas forcément toujours au cabinet. (blanc). Y'a des fois ou ça serait quand même important qu'on ait un minimum de *** (comprends pas). Mais je reconnais que ça n'est pas forcément simple pour eux ni pour moi pour arriver à trouver un créneau où on puisse en discuter. Mais quand c'est des cas difficiles en général… (blanc)

E: Ils vous appellent ?...

M1 : … on arrive à se parler oui.

E: D'accord. Et comment ressentez-vous ces modifications ? Quand vous avez le compte rendu hospitalier ?

M1 : (gêné) Est-ce que j'en prend pour… ? (rires)

E: Est-ce que vous trouvez qu'elles sont toujours justifiées ? La plupart du temps ? (blanc) Est-ce que des fois ça vous arrange parce que le patient veux garder un traitement, que vous vous estimez qui n'est pas forcément utile, enfin qu'est-ce que vous en pensez ?

M1 : En règle général moi je… je m'incline hein… A partir du moment où il y a eu des modifications, elles ont été faites en fonction des bilans qui ont été faits à l'hôpital, donc moi je suis le traitement. Je ne me pose pas trop de questions de… (blanc) enfin je me pose des questions, bien sûr je me pose des questions mais je veux dire ça n'a pas de… (blanc) Je remets pas en cause les changements quoi en général.

E : D'accord. Ça vous est arrivé parfois de remettre en cause des changements ? (blanc) Ou c'est extrêmement rare ?

M1 : Oui notamment pour des patients qui sont EHPAD. C'est vrai qu'on en discute facilement avec les infirmières et effectivement on peut… (gêné) Sans remettre en cause, mais on peut discuter le… Mais bon j'ai pas d'exemple précis vraiment de remise en cause de traitement. (blanc) En règle générale je suis ce qui a été modifié, oui.

E : Ça marche. Comment appliquez-vous les modifications d'ordonnance, est-ce que vous trouvez qu'elles sont plutôt adaptées au patient ? Vous m'avez dit plutôt oui en général ?

M1 : En règle générale oui. Elles sont adaptées oui.

E: Est-ce que des fois il y a des facteurs qui influencent vos changements d'ordonnance ? Par exemple la famille, ou le patient ?

M1 : Donc là ça n'a plus de… C'est plus par rapport aux modifications qui sont intervenues en service de gériatrie ?

E: Quand le patient revient, quand il vient avec sa nouvelle ordonnance, est ce que des fois il y a des demandes de sa part de remettre tel traitement ?...

M1 : Bien sûr, forcément !

E: Comment réagissez-vous par rapport à ça ?

M1 : Ben si c'est justifié il n'y a aucune raison que je ne suive pas sa demande hein, par exemple… Des exemples tout simples hein, des patients qui n'ont pas présenté de troubles fonctionnels digestifs pendant leur hospitalisation. Donc le gériatre a pas trouvé opportun de renouveler les éventuels traitements par rapport à ces troubles-là durant son séjour, et si ces troubles


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

se reproduisent à domicile… Mais bon sur des traitements de fond non, c'est plutôt des traitements à la demande en général, c'est des traitements qui correspondent à des troubles ponctuels.

E : D'accord. Est-ce que des fois ils vous demandent des explications par rapport aux changements ?

M1 : Assez peu.

E: Assez peu ? La famille non plus ?

M1 : (blanc) Si oui oui, on peut effectivement discuter avec les familles mais bon, la plupart du temps quand c'est en EHPAD on ne voit pas les familles. (blanc) Oui là j'ai pas de… Non la famille finalement n'intervient pas trop dans les modifications des traitements quand même hein. Non je pense que c'est plus au patient à pouvoir intervenir enfin à critiquer un peu les modifications qui ont été apportées.

E: Et en général ils acceptent bien, vous n'avez pas eu de difficultés à leur faire comprendre qu'il y a eu un changement de traitement ou qu'il y a eu un arrêt ?

M1 : Non non.

E: En quoi les modifications d'ordonnance vous apportent quelque chose dans votre pratique ?

M1 : Ah ben effectivement ça nous force un peu à remettre nos habitudes en cause bien sûr… Parce que… Des traitements chroniques sur des pathologies chroniques… On n'a pas forcément… (blanc) enfin bon faut reconnaitre qu'il y a des situations ou les traitements ont été codifiés du fait de certaines mises à jour qui sont appliquées forcément par des spécialistes en milieu hospitalier, et pour lesquelles on n'est pas forcément au courant en médecine de ville. (gêné) Non non mais moi je reconnais que… on a certainement besoin de… d'avoir une formation régulière, ce qu'on a moins le temps de faire qu'avant.

E : Est-ce que vous estimez avoir eu une formation de gériatrie dans votre cursus en général ?

M1 : (gêné) Non.

E: Pas spécialement ?

M1 : Fin bon je suis inscrit à des cycles de formation mais… il m'arrive malheureusement souvent de pas pouvoir y aller par manque de temps. (blanc) Sinon… Si je fais appel à mes souvenirs de cours de gériatrie c'était très très succinct c'est sûr, donc on a forcément été obligés de se former régulièrement. Mais bon je vais au moins une fois par an à des congrès, la plupart du temps c'est des sujets de gériatrie, très souvent. Mais c'est vrai que c'est certainement pas suffisant. Puis c'est vrai que maintenant par internet on peut se former aussi hein.

(entretien coupé par un coup de téléphone)

E : Quelle est la valeur ajoutée des gériatres dans la réévaluation des traitements selon vous ?

M1 : Ah elle est énorme. Oui oui, non mais là c'est sûr qu'ils ont une place tout à fait majeure dans la réévaluation des traitements, j'en suis tout à fait conscient.

E: Non mais c'est vraiment une question, ça n'est pas forcément évident.

M1 : Ben je pense que les gériatres ont un point de vue qui est quand même plus (blanc) en phase avec… Lui est obligé de suivre tous les progrès des traitements etc donc… Je pense que l'apport du gériatre est tout à fait fondamental.

E : D'accord. Quels sont vos pistes d'amélioration pour la communication entre l'hôpital et la ville ?

M1 : Alors… Là c'est vrai que la communication… Bon il y a quand même des progrès, moi je reçois souvent des mails comme ça avant que je reçoive les courriers, et ça ça devrait pouvoir être un peu plus systématique. Donc… Mais bon, si on se place deux ou trois ans en arrière, j'étais peu informé de ce qui se passait à l'hôpital, et là il y a quand même un progrès, mais je pense que ça doit se généraliser ce système-là. Mais par contre dans les petits hôpitaux du secteur comme à C1, à A1 et à B1 c'est encore pas… c'est encore loin d'être au point, on a souvent des retards dans les courriers et… Oui je pense qu'au niveau des petites structures ça serait bien qu'il y ait une information plus rapide, oui. Surtout que les patients rentrent de l'hôpital et la famille a besoin… Souvent ils m'appellent rapidement derrière, et moi si j'ai rien de l'hôpital c'est un peu difficile, donc on perd du temps à essayer de joindre le médecin.

E: Vous n'avez que l'ordonnance du coup dans ces cas-là ?

M1 : Eh pas toujours. Il y a des fois des patients qui rentrent sans ordonnance. Mais bon en général l'ordonnance est quand même le minimum. Voilà je pense que c'est surtout une communication éventuellement par mail qui serait intéressante.

E : C'est plus rapide.


(CC BY-NC-ND 2.0)

M1 : Voilà.

E: Le délai à peu près que vous mettez pour avoir les courriers ?

M1 : C'est variable. Dans les hôpitaux du secteur c'est au moins 15 jours, donc là c'est beaucoup trop long.

E: Et il n'y a jamais de modifications d'ordonnance que vous ne comprenez pas ? C'est bien expliqué ?

M1 : Ah bah si ça peut arriver justement. Si y'a des choses qu'on comprend pas on n'hésite pas à appeler le médecin.

E: D'accord. Parfois c'est pas forcément clair ?

M1 : C'est pas que c'est pas clair, mais on veut comprendre pour quelle raison y'a eu cette modification. Les anticoagulants par exemple qui peuvent être supprimés au profit des NACOS, par exemple. Ou de suppression de médicaments pour lesquels on ne sait pas trop pour quelle raison.

### 7.3.2 Entretien 2

E : Comment réévaluez-vous l'ordonnance de vos patients gériatriques, qu'ils soient hospitalisés ou non ?

M2 : La première chose c'est déjà qu'on me la transmette. Parce que ça c'est un problème parfois également tu n'as pas l'ordonnance de ton patient. Comment je la réévalue ? Déjà je commence par regarder si on a changé certains de mes traitements ou pas, ensuite je prends le courrier pour savoir s'il y a eu des choses nouvelles et qui nécessitent qu'on réévalue le traitement. L'essentiel c'est d'avoir un courrier. Si le traitement n'est pas dans le courrier t'es dans la mouise. Mais par contre je ne sais pas si c'est le sens de ta question, mais il y a des choses que je ne fais jamais je ne rappelle jamais ou très rarement le service !

E: Oui ça fait partie de mes questions après oui.

M2 : C'est dans ce sens que tu voulais dire réévaluer ?

E: Je voulais dire en général, même quand ils ne sont pas hospitalisés. L'ordonnance d'un patient âgé, comment vous la réévaluez ? A chaque fois que vous le voyez ? A quelle fréquence ?

M2 : Ah oui ! Alors moi je vois mes patients tous les 6 mois. Quand ça s'est un peu aggravé je les vois tous les 3 mois mais la plupart du temps c'est tous les 6 mois. Et je réévalue… Alors tous les 6 mois j'ai un petit bilan biologique avec, de base. Et puis en fonction de l'examen clinique, donc de ce que je vois chez les patients, soit la tension artérielle, soit les données biologiques.

E : Est-ce que vous utilisez des logiciels… non des aides à la prescription pour la personne âgée ?

M2 : Euh non je n'ai pas de logiciel spécifique pour la personne âgée, j'ai Vidal Expert tu vois c'est tout ce que j'utilise, et encore ça me fait vite chier.

E: C'est celui qui a des… qui limite ? Ça fait rouge, orange ou vert ?...

M2 : Non en fait j'ai un logiciel qui s'appelle *** qui effectivement te bloque assez facilement et te renvoie directement sur le Vidal expert. Donc à chaque fois que t'as un blocage, tu vas te retrouver avec le Vidal dans les mains, ce qui est un peu… Ça me casse les pieds c'est trop long. Donc c'est pas encore parfait. Parce qu'après effectivement ça n'évalue pas très bien le risque. Rouge vert ou orange, c'est pas… Mais là celui-là il ne fait pas comme ça, tout de suite il te bloque, et il te renvoie au Vidal, il te met une page de Vidal. C'est…

E : C'est très théorique en fait.

M2 : Oui c'est très théorique.

E: Est-ce que des fois il y a des choses qui limitent votre réévaluation ?

M2 : Ce qui peut limiter ma réévaluation dans ce sens, c'est… euh, éventuellement c'est d'être pressé dans ma consultation. Ou de ne pas être à mon cabinet, d'être en visite chez les gens. Ça ça complique un petit peu la consultation. C'est justement parfois de ne pas avoir la biologie, de ne pas avoir l'ordonnance, ça arrive aussi. *réflexion* Après non pas d'autre chose qui puisse bloquer vraiment…

E: En quoi les ordonnances de vos patients de plus de 75 ans sont modifiées au décours de l'hospitalisation en gériatrie ?

M2 : *réflexion* Je trouve pas que ça soit souvent modifié. Elles sont même pas allégées alors si, première chose, c'est vrai que très souvent tu vois si tu as un traitement sur l'ostéopénie et pas l'ostéoporose, ça arrive que quand même il soit retiré, des trucs comme ça. Mais après t'as… je trouve que… enfin moi d'un autre côté si tu veux j'utilise plus ce qu'on utilisait, les


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

oxygénateurs cérébraux et toutes ces conneries là c'est fini donc, je trouve qu'on n'a pas beaucoup de *** des traitements par les gériatres. Sauf des cas exceptionnels.

E: D'accord.

M2 : Non non je ne suis pas trop gêné par ça.

E: D'accord donc globalement c'est assez similaire, il n'y a pas de type par exemple de modification, ou une classe de médicaments en particulier qui serait plus ou moins enlevé ou rajouté ?

M2 : *réflexion* Non même pas.

E : Ça marche. Et comment avez-vous eu l'information de ces modifications, quand il y en a ?

M2 : Alors c'est le problème de savoir si tu as eu le courrier ou pas.

E: Il y eu de nombreuses fois ou vous n'aviez pas eu le compte rendu avant de revoir le patient ? Ça vous est déjà arrivé ?

M2 : Oui bien sûr. Moins maintenant en fait, je trouve que les hôpitaux font plus attention. On a moins de souci en fait pour tout te dire avec les hospitalisations qu'avec les centres de rééducation. Parce que là c'est le gros merdier.

E: Ah oui ? Pourtant ils y restent plus longtemps…

M2 : Oui mais t'as souvent… Non en gériatrie ça marche pas mal je trouve.

E: Vous les recevez comment ?

M2 : Ah moi je les reçois par la poste pour l'instant.

E: Et vous bossez avec quels hôpitaux à G1 ?

M2 : A G1 t'as D1, et puis t'as B1. B1 et puis E1. C'est déjà pas mal. Après j'en ai quelques-uns qui se retrouvent de temps en temps à C1, des trucs comme ça. Mais c'est pas très fréquent en fait. Là c'est souvent un circuit hospitalier. Ils ont été pris en charge par un hôpital puis ils se retrouvent là-bas.

E : Ça vous a déjà mis en difficulté ?

M2 : Je vais te dire un truc moi j'ai 62 ans, il y a plus grand-chose qui me mette en difficulté *rires*. Non parce que tu t'adaptes toujours tu vois. Tu vois l'histoire du NACO c'est quand même exceptionnel, quoi.

E: Mais ça vous a marqué !

M2 : Oui parce que je trouve que le médecin qui a pris cette décision, il aurait dû m'appeler. Parce que nous on sait pourquoi on les utilise pas. Mais je me demande si eux ils le savent.

E: C'est vrai que nous quand ça arrivait on appelait le médecin, justement.

M2 : C'est bien ça.

E: Le peu de fois où c'est arrivé. Et du coup c'est adapté pour vous par courrier ?

M2 : Oui parce que j'ai l'habitude.

E: Et le délai à peu près ?

M2 : Le délai de réception du courrier ? C'est très variable. C'est très variable parce que, c'est pas forcément dû aux hôpitaux, c'est dû à la poste également. Parce que en fait, tout ce qui est en centre-ville ça marche à peu près, mais de temps en temps t'as la mauvaise surprise de savoir, que par exemple, je pense que vous qui habitez là, nous on a des courriers qui n'arrivent pas ici, ou des trucs qui ont disparus, des cartes bleues tu vois. Y a des vols aux centres de tri de Z1. Et donc t'as également, c'est pas très rare, des postiers qui balancent des courriers pour pas qu'ils soient lus. Donc tu peux avoir des courriers qui n'arrivent pas qui ont été envoyés.

E : Et ça arrive souvent ça ?

M2 : Ça arrive malheureusement trop souvent. T'as des délais qui sont très variables. Est-ce que certains hôpitaux gériatriques fonctionnent mieux que d'autres ça je ne saurais pas te dire. Enfin grosso modo si tu… Je pense que une fois sur deux j'ai quand même le courrier quand je vois le patient.

E : D'accord. Oui ça fait quand même 50% du temps où vous ne l'avez pas.

M2 : Oui. En fait ça dépend surtout dans quel temps ton patient te recontacte quand il sort de l'hôpital.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E: C'est vrai. Et vous les revoyez systématiquement ? Ou pas forcément ?

M2 : Ben non, parce que déjà je sais pas qu'ils sortent de l'hôpital parce que j'ai pas le courrier *sourire* ou je sais qu'ils sont sortis de l'hôpital parce que j'ai le courrier tu vois c'est compliqué. Donc généralement c'est vrai que j'ai la surprise d'avoir un patient qui m'appelle, qui me dis « je suis rentré venez me voir » donc je viens le voir, c'est comme ça que ça se passe. C'est peut-être pas 50/50, mais… *réflexion* disons quand même la plupart du temps j'ai lu le courrier, je sais que le patient est rentré comme ça tu vois. Mmh c'est peut être quand même plutôt du 75% avec le courrier.

E: J'allais vous demander : ça arrive parfois que vous appreniez les modifications de traitement par le patient ?

M2 : Oui. Oui.

E: Bon vous n'en avez pas eu beaucoup, mais que ressentez-vous quand vos ordonnances sont modifiées par le gériatre ? Quand c'est arrivé ?

M2 : *réflexion* Ben en fait, je trouve qu'on n'a pas trop de problèmes avec les gériatres. T'as des spécialistes tu vois ils voient un patient, et rien que pour changer le traitement ils changent le traitement. Ils mettent la molécule similaire avec un autre nom. Au moins ils peuvent faire dire au patient qu'ils ont changé, qu'ils ont fait quelque chose. Les gériatres ils sont pas dans cette optique-là, donc je trouve qu'on n'est pas embêtés avec ça tu vois. Après… Ce que je ressens, moi… Je ressens rien du tout, parce que soit c'est légitime et il fallait le faire, c'est bien, et puis s'ils l'ont fait ma foi je refais le traitement ** tu vois. Parce qu'en gériatrie c'est vrai il faut… parfois on a vu le patient, il est vrai que tu perdras** un patient qui revient avec un médicament que tu as déjà utilisé chez lui et tu sais qu'il va pas le tolérer. Donc t'appelle pas le gériatre pour l'engueuler, tu remets le traitement initial, et puis, et puis ça se passe bien. Enfin sur des petits trucs, ça arrive pas souvent.

E : Est-ce que le patient demande des fois à ce qu'on rechange telle ou telle chose ? Est-ce qu'il demande son ancien traitement ou pas forcément ?

M2 : Ça arrive moins. C'est vrai qu'à une époque le patient avait son Tanacan son machin, il rentrait, « docteur on m'a enlevé mon Tanacan mon cerveau va plus respirer » grosse modo. Mais ça s'atténue ce genre de bêtise. Les personnes âgés sont moins dans… diminuent leur demande médicale au fur et à mesure du temps. On a moins de gens qui font le tour des médecins, on a moins de gens qui sont vindicatifs sur l'ordonnance, je parle des personnes âgées.

E: Ah ça je ne pensais pas. Et vous, vous avez un lien particulier avec vos ordonnances ? Ou vous me disiez que ça avait peu d'importance qu'on change ou pas ?

M2 : Non sincèrement moi je… Non non c'est un bout de papier avec des médicaments.

E: Et est-ce que vous vous sentez impliqué dans ces modifications d'ordonnance ?

M2 : *réflexion* Quand ça se passe mal avec un décès c'est pas rigolo tu vois. Et là tu te sens impliqué. Mais après… après si c'est pas aussi grave tu vois, ça me ferait presque sourire.

E: C'est-à-dire ?

M2 : Parce que je trouve que c'est pas une bonne évaluation du médecin qui a pris cette décision quoi. Et en fait tu vois donc cette dame elle a été emmenée par le service, je me rappelle encore on était sur le balcon de cette dame qui était sortie par les pompiers et le SAMU, et la fille du SAMU me disait ça, me disait « quand même, ils auraient pu lui laisser son plavix, euh son Kardegic ». D'un autre côté le médecin qui a fait ça il était dans ses normes il pensait pas que… Mais je trouve que pour un gériatre c'était pas adapté.

E : Donc vous aimeriez des fois être plus impliqué quand même… Non pas forcément ?

M2 : Non, non parce que tu sais c'est compliqué, c'est le temps que tu as à traiter chaque dossier, et en sachant que si s'impliquer c'est reprendre contact avec d'autres personnes, passer du temps au téléphone ou autre, c'est juste impossible. Appeler un hôpital quel qu'il soit de gériatrie, ou un service hospitalier ou de clinique, c'est une perte de temps minimum de 15 à 20 minutes. Tu peux pas te sortir d'un coup de fil qui va durer moins que ça.

E: Oui donc ça fait passer une consultation.

M2 : Donc ça te plombe la consultation. C'est pas possible. Et pourtant je t'assure que je le fais quand même. Mais c'est pas viable parce que quand tu passes ton temps à faire ce… Je prends souvent les rendez-vous pour mes patients pour que ça aille plus vite au téléphone, mais même ça ça me fait perdre un temps pas possible. D'ailleurs c'est un problème avec les personnes âgées, souvent faut prendre le rendez-vous. Parce que sinon ils savent pas, faut appeler, leur préciser…

E: Le temps est un gros facteur limitant en fait.

M2 : Oui. Par contre tu vois quand j'ai un interne d'un service qui m'appelle en me disant « on a votre patient Mr Duchmol, il a ça ça et ça, est ce que vous pouvez me donner des informations sur le dossier » je trouve ça génial quoi.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E: Ça arrive quand même.

M2 : Oui ça arrive.

E: C'est souvent l'interne ?

M2 : Oui oui c'est toujours l'interne. Alors c'est vrai que ce qui est un peu décevant c'est que quand c'est un interne de première année tu vois, ou un stagiaire ou un externe parfois dans les hôpitaux, tu te demandes quelle information il va capter véritablement quand tu lui donnes hein, alors si c'est récupérer une liste de médicaments ça va, mais après…

E: Oui je comprends. Et est-ce que les modifications d'ordonnance, quand il y en a, vous apportent quelque chose dans votre pratique ?

M2 : *réflexion* Pas chez les gériatres non. *blanc*

E: Chez d'autres spécialistes par contre oui ?

M2 : Oui bien sûr.

E: Lesquels par exemple ? Les cardios ?...

M2 : Les cardios, quoique chez les cardios y'a pas trop de surprises, non plutôt chez les neurologues, sur l'épilepsie, sur des trucs un peu pointus, oui. Tu vois les choses évoluer, donc ça t'interpelle si tu les as pas eues en formation. Mais en gériatrie pas trop. D'ailleurs c'est un peu étonnant parce qu'on nous dit toujours que la gériatrie fait qu'on modifie les posologies, les médicaments et tout, mais c'est pas très sorcier quoi tu regardes les courriers quoi. Je sais pas je pense pas que… Je sais pas je vois pas la différence dans ce que je fais en médecine générale classique et ce que font mes confrères gériatres.

E: Oui c'est similaire pour vous ?

M2 : Ben oui. A part l'insuffisance rénale des trucs comme ça, on fait tous la même chose.

E: Oui vous n'avez pas finalement remarqué qu'ils baissaient des posologies, ou qu'ils enlevaient un traitement parce que ça n'allait pas à la personne âgée ?... Vous le faisiez déjà au cabinet ?

M2 : Je pense qu'on le fait parce que… Moi j'ai beaucoup de personnes âgées dans mon cabinet. Je dois avoir plus de 60% de personnes âgées, donc voilà je suis un peu dans le truc quoi. Et puis par contre quand tu travailles dans une maison de retraite, avec le médecin de maison de retraite au fil des années quand même y'a un échange qui fait que on regarde un petit peu comment on prescrit aussi. Et donc au fil du temps tu t'adaptes aux prescriptions des personnes âgées grâce à ça.

E : D'accord.

M2 : Ça m'a sûrement plus apporté que le courrier du gériatre.

E: Est-ce que vous estimez avoir eu une formation en gériatrie ?

M2 : Aucune. Zéro. En fait je l'ai faite comme ça tu vois. Je me rappelle même pas avoir eu un module de gériatrie à la fac.

E: Et les stages ?

M2 : J'ai pas fait de gériatrie, non non. Les stages oui tu sais, je pense en plus des hôpitaux de gériatrie il y a 30 ans je sais pas s'il en existait vraiment. Ça devait être le début.

E : C'était plus de la convalescence… C'était peut-être pas vraiment des courts séjours en fait.

M2 : Mmh mmh.

E: C'est peut-être récent que ça devienne une entité à part entière en fait.

M2 : Et puis c'était considéré comme… Tu faisais ça si tu voulais prendre des vacances quoi. Parce que je me rappelle que le seul service de gériatrie qu'il y avait dans notre environnement nous c'était… euh comment ça s'appelle c'était à F1… T'allais là-bas quand tu voulais passer des vacances quoi.

E: Pourtant ils sont polypathologiques… Des fois ils sont lourds pourtant.

M2 : Oui mais enfin on parle d'il y a 30 ans… Les gériatres c'était des médecins internistes manqués quoi. Les mecs faisaient gériatrie parce qu'ils n'avaient pas trouvé d'autres postes quoi. Je te jure. Et après ils ont essayé de chercher à se faire valoriser.

E : Comment appliquez-vous les modifications d'ordonnance ?


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M2 : Si y'en a, je les applique. Je regarde quand même, je réévalue si ça correspond à mon patient, que ce soit pas aberrant. Après, modification, ça dépend, si on a découvert une pathologie nouvelle ou pas. Parce que si ton patient a été hospitalisé et qu'il a terminé en gériatrie avec une pathologie, ça fait évoluer l'ordonnance, forcément. Donc ça tu peux pas le négliger.

E: Pour vous c'est globalement pertinent ?

M2 : Oui. Oui globalement, oui.

E: Ça vous met pas en difficulté par rapport au patient ?

M2 : Ça je vais te dire un truc, ça ne m'est jamais arrivé. Une fois de plus, ça aurait pu m'arriver quand j'avais peut-être 30 ans ou, maximum 40, mais après qu'est-ce que tu veux, quand t'as 60 ans ou 50 ans, je te dirais pas que tu peux raconter ce que tu veux aux gens, mais t'as quand même une certaine expérience, et à la limite tu pourrais retourner la situation. Si tu dis à ton patient « mais qu'est-ce qu'ils ont fait ces crétins » eh bien la messe est dite quoi. Donc c'est pas fair-play mais c'est comme ça que ça pourrait se passer quoi. Mais moi ça m'est jamais arrivé. Alors je te dis pas que… t'as toujours le patient qui va te dire « ils m'ont arrêté mon machin, mon truc » bon j'ai sûrement déjà repris des médicaments qui avaient été arrêtés justement par l'hôpital parce que le patient me le réclamait, ça c'est clair. Mais je trouve que quand même nos ordonnances se nettoient bien, même si on a encore des ordonnances avec 18 médicaments dessus…

E : Vous trouvez que les ordonnances d'aujourd'hui sont plus courtes que celles d'il y a 30 ans ?

M2 : *réflexion* Non elles sont plus longues en fait. Il faut voir une chose, on a quand même beaucoup de patients qui ont de multiples pathologies qu'on n'arrivait pas à traiter il y a 30 ans. Là nos patients de tous les jours ont une ordonnance plus courte, mais quand t'as des grosses multi-pathologies de personnes âgées, là ils ont de sacrés traitements. Tu sais en plus au fur et à mesure des années, toutes les normes qu'on a appliquées, le médicament qui va bien, il faut celui-là pour protéger le cœur, celui-là pour protéger le rein…. Ça fait du ** sur les ordonnances.

E: Quelle est la valeur ajoutée des gériatres dans la réévaluation des thérapeutiques ?

M2 : *gêne, rires* Peu importante.

E: Quelles sont les pistes d'amélioration selon vous de la communication ville hôpital, dans le cadre des modifications d'ordonnance ?

M2 : En fait si tu veux, dans l'idéal ce serait le dossier médical partagé, qu'on puisse annoter tout de suite tu vois. Mais en ce qui me concerne pour l'instant sur la façon que j'ai moi de travailler ça me suffit. Mais il y a un truc que les gens ne savent pas c'est que lire mon courrier médical c'est un vrai travail. Donc moi j'ai mon courrier de la dernière journée que je vais lire ce soir sur le bureau là, les autres soirs je le lis dans mon lit, parce que je lis tout, il n'y a rien qui passe au cabinet que je ne lise pas. Et à ma grande surprise d'ailleurs c'est pas le cas de 50% des médecins, c'est étonnant.

E: Il y a 50% des médecins qui ne lisent pas tout leur courrier ?

M2 : Il y a 50% des médecins qui ne lisent pas leur courrier le jour même. C'est compliqué hein ? Alors après si tu veux il y a courrier et courrier, c'est sûr qu'en premier il faut que tu aies lu toute ta biologie le jour même. En plus il y a des choses que tu ne sais pas, mais par exemple on a une diminution de la capacité des laboratoires en ville. On a des laboratoires qui sont capables de nous rendre des D dimères en urgence le lendemain quoi. Donc si tu sais pas où ils sont passés c'est un peu embêtant. Ça m'est arrivé, j'avais prescrit des D dimères à un monsieur qui avait des troubles… Il avait pris l'avion 3 semaines avant, je prescris des D dimères, puis tu sais dans le truc de la journée je me dis « merde je les ai pas eus ». Le lendemain le biologiste m'appelle il avait des D dimères à 4000. Il avait une embole qui était remontée jusque dans le cœur ! Non mais tu vois moi j'ai pas trop de griefs contre les patients qui reviennent de l'hôpital gériatrique.

### 7.3.3 Entretien 3

M3 : Ils ne voient qu'il y a une grosse différence entre le patient hospitalisé, le patient qui vit chez lui…

E : Ben justement, c'était une de mes questions (rires) et pourquoi ?

M 3: Parce que… (blanc) le patient, enfin la personne âgée lorsqu'elle est hospitalisée, soit elle se sent en sécurité parce qu'elle est cocoonée ou autre… donc ça ne sera pas les mêmes… la même plainte. Soit elle est mal, pas envie d'être là-bas, et elle aura pas le même comportement que quand ils sont chez eux. Et ça, pratiquement pour…

E : D'accord

M3 : Très souvent on critique les traitements qu'on leur met. Et puis ils les changent, quand ils reviennent chez eux on est obligés de les appeler ou rechanger parce que… et ça… oui 80% des cas.

E : Oui donc il y a bien une problématique avec ça.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M3 : Enorme.

E : C'est bien ce qui nous semblait. Ça vous parle quoi.

M3 : C'est pour ça qu'en plus je vous ai dit...

E : Oui complètement. Parce que comment ça se passe globalement quand les patients rentrent de gériatrie ? Concrètement.

M 3: Ben très souvent on m'appelle en me disant « je suis rentré » avec un grand sourire et autre. On regarde, donc très souvent je ne modifie pas le traitement, et puis petit à petit je m'aperçois que très souvent il faut modifier.

E : Parce qu'elles sont beaucoup modifiées ? Elles sont comment les ordonnances ?

M3 : Très souvent à l'hôpital ils sont… Quand un patient fait des anxieux d'être là-bas ??? On trouve souvent des tensions élevées, on trouve souvent alors qu'ici les tensions sont plus basses.

E : D'accord.

M3 : Donc…. Voilà il faut se bagarrer avec l'équilibre de la tension, essayer de leur faire comprendre que oui elles ont 15 de tension c'est pas grave, alors que si si, on leur a dit que c'était grave qu'il faut absolument le prendre. Vous vous apercevez que par moment elles ont 11 de tension et que le gériatre ne veut pas en entendre parler. Non j'ai beaucoup de difficultés avec les spécialistes gériatres. Ils sont vraiment dans leur tour d'ivoire.

E : D'accord… Vous travaillez avec quels centres hospitaliers ?

M3 : B1, D1… Mais…

E : Il y a plus… ? C'est quoi comme modifications sur leurs ordonnances ?

M3 : L'ordonnance c'est beaucoup… beaucoup pour la tension, beaucoup sur le plan cardiovasculaire.

E : D'accord.

M3 : Beaucoup sur le plan… comment dire… psychologique en fait, tout ce qui est anxiolytique, somnifère tous ces trucs. Euh… C'est essentiellement ça.

E : Plutôt rajouté ? Enlevé ?...

M3 : Ben les Jusqu'à il y a deux ans c'était systématiquement, ils mettaient pratiquement toutes les personnes âgées sous atarax, moi je l'enlevais…

E : D'accord !

M3 : Et là maintenant, parce que il y avait une recommandation des ARS en disant il faut supprimer les benzo, il faut mettre sous atarax, c'est la meilleure des molécules etc, et puis là maintenant il se sont rendu compte que ce qu'on leur disait depuis le début, que ça crée des chutes, que ça les rend zombies etc mais il a vraiment fallu du temps pour qu'ils acceptent ce qu'on leur disait, qu'ils arrêtent d'en prescrire.

E : D'accord.

M3 : Je suis pas très gentil avec eux…

E : Justement, c'est bien d'avoir un peu, des avis positifs comme négatifs, c'est intéressant justement.

M3 : Non il faut vraiment rester à l'esprit qu'un patient à l'hôpital n'est pas le même patient qu'un patient à domicile ou dans la vie normale, quotidienne. Alors moi je le ressens, les patients le ressentent, mais l'hôpital ou les spécialistes ne le ressentent pas, ne l'intègrent pas encore. Ils restent en fait à des chiffres ils restent à des constantes et puis….

E : Et même si y'a l'assistante sociale, même si…

M3 : Alors l'assistante sociale, pff…. Non c'est plus l'infirmière en fait, les infirmières arrivent, heureusement au fait qu'il y ait une bonne entente entre les infirmières et nous en fait. Et que les… Mais quand vous interrogez les patients, euh… ils vous disent « ah oui non mais quand c'est une telle qui me prend la tension j'en ai toujours en fait, elle m'énerve, elle me fait mal, elle la prend pas, elle… » C'est vraiment très intéressant de toute façon il faut les écouter en fait il faut prendre le temps pour les… pour leur parler, pour l'écouter, pour entendre ce qu'ils ont à dire, c'est tout.

E : On n'est pas… Les gériatres sont peut-être pas assez à l'écoute… ou prennent pas le patient dans la globalité en fait ?

M3 : Ils le prennent dans **leur** globalité.

E : A eux ?


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M3 : A eux.

E : De gériatre ?

M3: De gériatre, sans penser qu'il y a un temps hospitalier et il y a un temps de vie au domicile en fait. Et ils ont tendance à, pour eux, dire que c'est le même.

E : Et plus les gériatres par rapport aux autres spécialités, ou pas forcément ?

M3 : (blanc) Plus les gériatres. J'allais dire les gériatres et les rhumatologues sont un peu sûrs d'eux. « Nous on sait ». Un cardiologue vous arriverez plus à lui parler à lui expliquer, à lui faire comprendre qu'à domicile c'est différent, du coup ils vous écoutent. De toute façon globalement pour un gériatre, un médecin généraliste, il est iatrogène. Donc d'emblée, si on prescrit tous ces médicaments il pense que c'est de notre fait oui, mais ils oublient de dire que la personne âgée si éventuellement elle a du seresta enfin un anxiolytique ou autre, c'est qu'elle vit très mal x chose, et qu'il faut raisonner à mon avis plus en terme de qualité de vie que de quantité ou autre. Et ça ils ne l'entendent pas.

E : D'accord. Souvent vous avez l'impression qu'ils enlèvent souvent ce que vous mettez ?...

M3 : Ben de toute façon ils ont un esprit critique. Alors ce qui est très bien, avoir un esprit critique. Mais ils ont très très souvent oui… D'ailleurs je pourrais vous ressortir des dossiers. Dès que le patient arrive, on reçoit un courrier, ce qui est très bien, disant globalement il a tel traitement tel traitement injustifié ou non justifié, puis après vous vous apercevez que quand il ressort, très souvent ils mettent le même traitement. Donc d'emblée ils ont… 'fin voilà ils sont… Oui, ils sont, enfin, heureusement j'en ai deux trois que je connais bien avec qui je peux discuter, mais spontanément ceux que je connais pas ils sont dans une démarche très, très « nous on sait ». Et vous, vous faites des conneries.

E : Justement, j'allais vous demander : vous en avez des anecdotes ? Des patients qui vous ont marqué justement, des patients avec qui ça s'est pas bien passé ?

M3 : Des patients avec qui ça s'est pas bien passé à l'hôpital ?

E : Avec qui l'ordonnance… quand il est rentré, l'ordonnance vous a posé un problème par exemple, pour telle ou telle raison, ou que vous ne trouviez pas justifiée, ou au contraire que vous trouviez bien ?

M3 : En fait moi je me bagarre pas en fait. Je veux pas être imbus, mais très souvent on s'aperçoit que… qu'on est obligé de modifier petit à petit l'ordonnance parce que voilà quoi, le patient il est mal. Mais on peut pas d'emblée, en tout cas moi je me refuse, dès qu'un patient quitte l'hôpital, ou sort d'un spécialiste, dire « attendez ça c'est débile, non non ça vous ne prenez pas je vais vous faire une autre ordonnance. » D'une part parce qu'on n'est pas crédible. Et que j'ai pas envie de rentrer dans une guéguerre comme ça. Simplement il faut… Voilà c'est soit le patient qui le demande, très souvent c'est lui en disant « non mais j'étais mieux avec tel ou tel médicament, vous pouvez pas me le remettre ? Donc à un moment donné dans la mesure où c'est le patient qui pour moi doit décider, c'est….

E : Vous ça vous arrive de remettre, ou alors c'est souvent le patient qui vous demande ?

M3 : C'est très souvent le patient. Très souvent le patient qui dit « j'étais mieux avant », ou « je préférais tel médicament » parce qu'ils les connaissent très bien, contrairement à ce qu'on dit ??. Ils savent très bien s'ils prenaient, je dis n'importe quoi, du temesta le soir, ils savaient très bien le pourquoi du comment.

E : Surtout s'ils les prenaient depuis longtemps, c'est ça oui. Et vous déjà eu des fois à changer parce que vous trouviez par exemple que la tension, comme vous me disiez tout à l'heure, elle était trop basse, donc vous avez arrêté un traitement pour la tension…

M3 : Ah mais très souvent oui.

E : Ça c'est souvent. Il y a d'autres choses comme ça, ou ?...

M3 : Ben il y a tous les patients qui sortaient avec de l'atarax, là pour le coup je le supprimais.

E : Ça ça revenait ça.

M3 : Ah ben, là il y a eu, 'fin je sais pas c'était dans les années 2013 2014 c'était, ou peut-être 12 je sais pas. Dès que les ARS avaient donné entre guillemets le conseil de mettre les gens sous atarax c'était… c'était fou, y'avait pas une prescription sans atarax quasiment. Donc j'aimais bien on disait qu'il fallait plus prescrire de benzodiazépines et eux ils en prescrivaient larga manu… (blanc)

E : D'accord. Et qu'est-ce que vous ressentez quand vous voyez que votre ordonnance est modifiée ?

M3 : (blanc) J'accepte sans problème. Je pars du principe que c'est eux qui, qui ont entre guillemets les compétences théoriques pour savoir ce qui est bien de ce qui est pas bien. Puis maintenant j'ai suffisamment de bouteille pour sourire en


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

coin et dire « on verra ». Et je m'aperçois que dans les mois qui suivent c'est pas forcément le gériatre qui avait raison. Je parle lorsque l'ordonnance est complètement modifiée hein. Quand c'est juste un petit truc banal c'est

E : C'est fréquent ? Que ça soit beaucoup modifié ?

M3 : Oui parce qu'une personne âgée qui reste deux mois ou trois mois à l'hôpital en deux trois mois elle va être différente, d'où le fait d'être… ça va être une autre personne. Et puis vous la remettez dans un autre contexte il y a plein de facteurs, plein de paramètres qui vont changer.

E : D'accord. Comment vous êtes au courant des modifications d'ordonnance ?

M3 : Alors soit ils m'envoient en fait un compte rendu en fonction des hôpitaux, des gériatres on reçoit très rapidement ou on reçoit un mois après. Donc dans ces cas là quand c'est un mois après c'est plus par le patient. Mais, donc c'est les deux, c'est les deux voies en fait.

E: Ça arrive que vous voyiez le patient avant de recevoir le compte rendu par exemple ?

M3 : (blanc) Une fois sur deux.

E : Ah oui quand même ?

M3 : J'allais dire… les personnes âgées qui reviennent d'un séjour à l'hôpital généralement dès qu'elles reviennent elles me passent un coup de fil ou elles passent ou elles demandent de passer et tout donc effectivement c'est assez rapide.

E : D'accord. Et du coup comment vous… comment vous, justement, quand vous parliez d'iatrogénie vous faites attention par exemple à essayer de réduire les ordonnances, ou comment ?... Comment vous réévaluez les ordonnances de vos patients âgés ?

M3 : Moi j'aimerais, je rêverais d'ordonnance effectivement ou y'a deux médicaments, voire éventuellement trois. Mais deux ça m'irait très bien. Le problème c'est que vous avez affaire à des personnes qui sont, en tout cas dans le quartier, des personnes qui ont un certain niveau de vie, et un certain niveau intellectuel, ou qui ont déjà vu tel spécialiste, telle personne ou telle personne. Et quand vous avez des gens qui depuis 30 ans prennent un médicament parce que le spécialiste leur a dit « celui-la faudra jamais l'arrêter quoi qu'on vous dise » et tout, vous pouvez pas l'arrêter, vous avez beau leur dire, point. Y'aura éventuellement un médecin hospitalier, éventuellement gériatre, qui pourra peut-être arriver à leur faire comprendre ou autre. Mais à ce moment-là, je pars aussi du principe qu'il faut vraiment, vraiment raisonner en terme de qualité de vie. Après y'a des médicaments, puis même s'ils le prennent depuis tellement longtemps c'est que ça arrive à être presque du placebo ou du… voilà pendant 11 ans… S'ils le prennent pas ça les panique ça les angoisse ça les… donc à un moment donné il faut aussi…

E: Je comprends oui.

M3 : Mais c'est plus les, à un moment donné, j'ai honte de dire ça, c'est la personne âgée qui fait son ordonnance oui. Si elle prend du Temesta, enfin Temesta ou autre depuis 20 ans, même si vous lui dites que c'est pas bien, la personne qui a 90 ans, 95 ans ou autre, je veux dire, elle vous regarde en souriant, en vous disant, « de toute façon je vais mourir » et puis c'est pas la mort qui les angoisse pour la majorité, c'est… COMMENT, c'est est ce que je vais souffrir ? Est-ce que ça va être douloureux, est ce que je vais être seule ? Est-ce que…. Autrement ils y sont pratiquement tous préparés hein !

E: Vous en avez beaucoup de patients âgés ?

M3 : Enormément oui.

E : Vous avez à peu près quel pourcentage ?

M3 : Faudrait que je recherche les papiers de la sécu, ça doit faire 40%. 'Fin qu'est-ce que vous appelez âgé ? De quel âge à quel âge ?

E : Nous on dit 75 à peu près.

M3 : Oui alors c'est au moins 40%.

E : D'accord. Vous faites des visites à domicile ?

M3 : Un petit peu. Pour les personnes âgées, pas pour les autres.

E : Mmh. Est-ce que vous avez une formation de gériatrie ?

M3 : Non.

E : Non ?... (blanc)


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M3: Non parce que… parce que parce que parce que… (blanc) Parce que pas le temps, on va dire ça comme ça. (blanc) Et que je suis pas persuadé que, que ça changerait ma façon d'être ou de faire. Je pense autant un jeune médecin qui sort de la fac, des hôpitaux a besoin d'avoir une formation en gériatrie, moi j'ai envie de dire je l'ai appris sur le tas. Vous savez quand vous voyez un patient qui est cloué au lit depuis… depuis 2-3 ans, et puis qu'en accord avec la famille « écoutez faut qu'on arrête les médicaments, il va mourir, c'est pas la peine, il arrive plus à les avaler, et puis que le fait d'arrêter les médicaments ou voyez que finalement il commence à reparler, finalement il se lève et puis finalement… il allait mieux sans médicaments, vous vous dites : c'est la meilleure école ! C'est pas ce que vous allez apprendre à la fac, ou ce que des spécialistes vont vous dire qui changera quoi. C'est… c'est ça. Donc effectivement à chaque fois que vous faites une ordonnance vous devez vous poser cette question : est ce qu'il serait mieux sans, ou avec ? (blanc) Mais ça c'est… et du coup on est trop dans des… ça c'est le problème de la médecine, on est trop cartésiens en fait, on veut que les chiffres rentrent dans des… dans des… dans des critères, dans des… des cases. Mais bon. Et ça je m'y refuse un peu. 'Fin je suis un peu spécial peut être.

E : Non non mais c'est revenu plusieurs fois ce genre de… de réponse par rapport au gériatre, oui. Pour vous ils ont pas… une valeur ajoutée particulière ?

M3 : Non. Pour moi y'a plusieurs spécialités qui ont pas de valeur ajoutée.

E : Lesquelles ?

M3 : … Les gériatres on va dire. Je vais pas descendre les autres (rires).

E : En fait vous estimez que vous pouvez faire comme eux ? Même mieux parce que vous les voyez à la maison ? enfin vous les voyez dans leur environnement à eux quoi ?

M3 : Je vais pas dire que je vais faire mieux qu'eux, je vais faire au plus près de… à l'instant présent, pour eux si vous voulez. En sachant qu'une personne, elle est différente chez elle, et elle est différente à l'hôpital, c'est pas la même personne. Et ça il faut qu'ils arrivent à l'entendre.

E : Vous vous avez peut-être plus à faire à la personne de tous les jours quoi.

M3 : Oui.

E : C'est ça oui. (blanc) Donc du coup vous avez beaucoup de chose à… à remodifier en fait ?

M3 : Souvent. Souvent oui. Alors c'est pas en 15 jours hein, ça prend 2 mois, 3 mois, mais souvent ça se modifie oui.

E : On s'était rendu compte dans les études, enfin en faisant la bibliographie, que beaucoup de médecins traitants changeaient en fait les ordonnances de sortie d'hospitalisation en gériatrie. Et donc quand ils y retournaient, des fois ils avaient pas du tout la même ordonnance de quand ils étaient sortis. Du coup c'est un peu… On se demandait pourquoi, et puis quand j'étais en gériatrie c'était ça donc on se demandait un peu les raisons des modifications, des remodifications quoi.

M3 : C'est soit du fait du patient… parce que voilà faut l'entendre, faut faire avec, c'est pas, j'allais dire devant un, à l'hôpital il a qu'une envie souvent c'est de sortir donc il sait que s'il dit rien il sortira plus vite donc voilà ! Et après il retrouve sa parole. Alors y'a un petit nombre hein qui est tout content d'être à l'hôpital et qui revendique et qui ont besoin d'y aller, mais c'est… c'est pas le plus gros pourcentage. Je pense pas.

E : Et donc comme vous disiez tout à l'heure qu'ils vous trouvaient iatrogène les gériatres, du coup ils enlèvent beaucoup ? A part l'atarax qu'ils rajoutent ? Peut-être les traitements antihypertenseurs ?

M3 : Ah ben ils ont plutôt tendance à mettre des traitements antihypertenseurs qu'à les enlever. C'est nous qui avons tendance à les baisser et à les enlever.

E : Et pour vous ils sont iatrogènes à quel niveau ?

M3 : Ben parce que ça fait des chutes.

E : D'accord.

M3: On a le choix entre faire une poussée de tension et entre guillemets un risque d'AVC, et faire, ne pas mettre de traitement, enfin et donc mettre un traitement et de laisser le traitement faire une chute et le risque de l'hématome cérébral ou d'une fracture du col ou autre. Et spontanément ils ont plutôt tendance à dire « oh là là mais vous avez 15 de tension, il faut prendre un traitement ». Alors qu'à 90 ans, 15 de tension pour moi c'est pas de la tension je veux dire, même s'il a 16, 17 de tension on peut le laisser avec 18 de tension, ça me pose pas de problème. Si c'est bien toléré, si y'a pas de douleur ou autre. Mais ça, vous pouvez pas leur faire accepter. Aux gériatres.

E: D'accord. Donc ils ont plutôt tendance à grossir l'ordonnance quand même.

M3 : Sur le plan cardiovasculaire oui systématiquement.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E : D'accord.

M3 : C'est pour ça que je les aime pas. (rires) Quand vous leur ferez écouter ça, ils vont se dire « oula la celui-là ! » (rires).

E : De toute façon c'est complètement anonyme ! Et donc des fois vous avez vraiment été en difficulté alors ?

M3 : Pas en difficulté !

E : Non jamais ça vous a pas ?...

M3 : Non parce que c'est… vous savez les patients ils sont pas idiots je leur dit « mais attendez oui vous vous plaignez de vertiges, mais le médicament que vous avez pour la tension pour moi il est trop fort, vous avez regardé, vous avez 11 de tension ! » donc 11 de tension voilà puis ils sont pas idiots ils se disent oui… Et puis… alors vous essayez de les diminuer, par contre elles sont inquiètes, en disant « oula mais j'ai de la tension j'avais de la tension il m'a mis ça » donc ils demandent à l'infirmière de contrôler la tension mais ils sont inquiets en fait quand l'infirmière leur prend la tension ils vont avoir plus. Donc ils vous rappellent en disant « non non mais docteur, j'ai 16 de tension il faut me redonner mon médicament ! » Et en fait vous créez en fait des… une insécurité de la personne âgée entre le spécialiste qui va dire « vous avez trop de tension faut faire un traitement » et un autre qui vous dit « vous avez pas assez de tension c'est pour ça que vous avez des vertiges et que vous êtes pas bien » Parce qu'une personne de 90 ans et plus qui a 11 de tension, il faut arrêter de donner des médicaments pour la tension !

E : Et vous avez l'impression que le patient, il vous écoute, enfin…

M3 : Il est perdu ! Il est perdu, ben… S'il vient me voir c'est qu'il a confiance en moi, mais en même temps il y a l'aura de l'hôpital qui dit « à l'hôpital on m'a dit que j'en avais, que j'en avais besoin » et tout, et… j'allais dire c'est pour ça que je ne critique jamais une ordonnance d'hôpital, parce que nous dresser les uns contre les autres c'est… (soupir) pour moi c'est, enfin… Mais les gériatres devraient l'entendre, comprendre que, avant de changer de fond en comble, enfin… être patient, et pas forcément partir d'emblée dans des thérapeutiques…

E: Et vous n'avez pas un patient en tête qui vous a marqué ?

M3 : Qui m'a marqué comment ? J'en ai plein, mais…

E : Non justement, ou vraiment vous avez trouvé l'ordonnance, une ordonnance qui allait vraiment pas, ou qui allait vraiment bien d'ailleurs !

M3 : Mais l'ordonnance elle va bien à l'instant T ! A l'instant T le gériatre a mis l'ordonnance, elle est parfaite !

E : D'accord je comprends.

M3 : Mais le problème c'est que le patient à l'instant T est complètement différent du patient une semaine après. C'est en ça que, je dis pas qu'ils font n'importe quoi, je dis qu'ils font bien dans leur service. Mais ils réfléchissent pas que c'est pas la même personne qui quitte l'hôpital.

E : Est-ce que des fois ils vous appellent ?

M3 : Les gériatres ?

E : Comment elle est la communication avec eux, quand ils sont hospitalisés vos patients ? Vous êtes sollicité ?

M3 : Euh oui, on est sollicités parce qu'ils veulent savoir un petit peu sur les antécédents, sur les traitements, sur les… alors le problème c'est qu'ils appellent toujours à un moment donné ou on est complément débordés, c'est le rush et tout, on peut pas spécialement répondre. Donc… voilà, non c'est pas… c'est pas terrible la communication.

E : Qu'est-ce que vous aimeriez ? Comment on pourrait améliorer tout ça ? Pour vous.

M3 : (blanc) Comme ça à brûle-pourpoint, je sais pas. (blanc) Déjà on affaire en fait à des personnes âgées, donc j'aurais envie de dire il faudrait qu'ils arrivent à prendre le temps. Or, c'est vrai que tout va vite, quand on veut qu'ils restent le moins possible dans le service d'urgence, on veut ensuite qu'ils restent le moins possible en gériatrie etc etc, donc c'est pas, oui il faut que les choses aillent vite, qu'ils mettent le nouveau traitement rapidement. Moi je pense qu'il faut peut-être prendre plus de temps, mais bon c'est pas la politique actuelle !

E: Pas vraiment, c'est vrai.

M3 : Non mais il faudrait, l'idéal serait effectivement que le… que le généraliste soit partie prenante, mais c'est impossible en l'état actuel, parce qu'on est complètement sub-débordés, et je suis même pas sûr qu'on ait… enfin moi en tout cas, que j'aie envie de jouer ce rôle, enfin de le remplir, non.

E : Vous aimeriez pas être plus impliqué dans les décisions ? C'est difficile.


(CC BY-NC-ND 2.0)

M3 : Non parce que quand vous avez un jeune spécialiste qui veut faire le petit chef en disant « moi je sais, vous vous savez pas » vous avez pas envie de vous battre avec ça. Autant, mais, mais je pense que c'est pas tellement moi qui suis intéressant en fait, il vaudrait mieux que vous voyiez des jeunes généralistes qui eux sont encore tout feu tout flamme en disant « mais oui on va faire, je vais aller à l'hôpital, je vais faire ci je vais faire ça », oui je pense que de toute façon il va y avoir une nouvelle façon d'exercer la médecine et de faire si vous voulez. Mais…

E: Oui, mais les jeunes généralistes n'ont pas beaucoup de patients âgés. Souvent, je ne dis pas à chaque fois, mais…

M3 : Ils vont en avoir de plus en plus ! (rires)

E : Ah oui ça c'est sûr. Et il n'y a jamais eu des ordonnances que vous ne compreniez pas ? Dans le sens, qui n'ont pas été bien expliquées par exemple dans le compte rendu. Vous n'avez jamais été en difficulté par rapport à ça ?

M3 : Non.

E : C'est toujours bien expliqué ?

M3 : Non. Non c'est pas bien expliqué. Je veux dire, c'est… Heureusement qu'ils ont compris que la personne âgée était comme nous tous en fait, un tout ! Et que c'est pas… Alors même s'ils font en fait dans leur compte rendu sur le plan cardio circulatoire, sur le plan pulmonaire, sur le plan rénal sur le plan cognitif en fait ils passent toutes les tranches d'organe en fait en revue, il en reste quand même une synthèse heureusement. Donc… Non en fait y'a aucune ordonnance qui me pose problème de ce côté-là. Ça pose peut-être des problèmes, pas de compréhension, des problèmes citoyens ou des problèmes existentiels de mettre une personne âgée ou très âgée sous anticoagulants, ça ça m'interpelle beaucoup parce que voilà. Quand y'a plusieurs personnes âgées qui sont décédées d'hématomes intracérébraux parce qu'ils étaient sous anticoagulants et qu'on continue à les mettre, ça m'interpelle oui. Mais là par contre je prendrais pas la décision d'arrêter un traitement anticoagulant de prescrit par un gériatre, ça m'est arrivé en fait pour des gens que j'aimais beaucoup, mais pour les autres non je prends pas cette décision. Mais à un moment donné il faut… (soupir) j'allais dire entre la théorie et la pratique oui il faut vraiment que le, que globalement le gériatre se pose la question alors maintenant, j'aurais envie de dire les vieux gériatres se la posaient, ils se la posent, c'est plus toute une jeune génération qui… qui est peut-être plus cartésien et voilà. La personne âgée, elle sait qu'elle va mourir. Donc partant de là il faut pas qu'on lui raconte des bobards en lui disant « vous allez vivre encore 10 ans, 15 ans, 20 ans » ils s'en fichent en fait !

E: Mmh, pour eux c'est pas l'espérance de vie, c'est la qualité de vie ?

M3 : Oui !

E : Et nous on est un peu focalisés sur…

M3 : Sur la durée de vie. Alors c'est vrai que vous êtes confrontés également à la famille, et souvent la famille, notamment les enfants, ils veulent, ils entendent pas suffisamment leur parent, ils veulent qu'on fasse tout tout tout pour leur parent. Mais bon c'est là aussi qu'il faut peut-être qu'on arrive à leur dire « non mais attendez, ouvrez les yeux quoi. Vous, à leur place, à leur âge ? » « ah non mais moi je voudrais pas qu'on me fasse !... » Mais bon.

E : Il y a des fois des familles qui vous mettent en difficulté ?

M3 : C'est… j'aime pas ce terme de difficulté. Non ils ne me mettent pas en difficulté, je respecte tout ce qu'ils demandent. J'essaie de les amener à comprendre ce que veulent leur parent. Ou ce que dit leur parent. Alors vous avez des personnes âgées qui s'arcboutent à la vie, qui veulent absolument pas, qui veulent qu'on fasse tout tout tout, mais pour beaucoup c'est pas aussi vrai que ça.

E: C'est vrai que nous je pense, quand ils étaient hospitalisés on avait la famille souvent… des familles compliquées.

M3 : Et ensuite c'est le rôle du, de l'hôpital de faire comprendre à la famille oui que la personne de 95 ans voire plus, oui elle va décéder ! Mais ça ils en ont… voilà. Peut-être que l'hôpital là remplit pas forcément son rôle.

E : C'est un peu un sujet tabou je pense. (blanc) Donc comment améliorer la communication c'est quand même pas évident. Le temps c'est quand même le facteur limitant.

M3 : Je pense que c'est… Il faudrait qu'ils arrêtent d'être dans leur tour en disant « nous on sait et on fait bien et vous les généralistes vous faites mal, vous faites que des ordonnances iatrogènes et voilà ». De toute façon dans tous les discours ou les articles qu'on lit c'est un peu ça en fait, les personnes âgées ont trop d'ordonnances iatrogènes, c'est trop…

E : Oui j'allais dire qu'est-ce qui vous fait dire que les gériatres ont cette vision de vous ?

M3 : Ah ben à travers les courriers que je reçois. Alors c'est pas marqué noir sur blanc mais on arrive très bien à lire dans les mots, entre les guillemets, ce qu'ils ont pensé de tel traitement, de tel truc ou…

E : Ils vous trouvent iatrogènes parce qu'ils trouvent que vous mettez trop de choses, c'est ça ?


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M3 : Je pense qu'en… lorsque vous lisez les articles dans les revues faites par des gériatres, il y a pas une ligne ou ils parlent en fait des ordonnances iatrogènes des généralistes, oui. C'est marqué je sais pas deux fois dix fois vingt fois dans l'article de toute façon donc… De toute façon oui, pour eux, on est iatrogènes. Là je fais une… je parle de l'ensemble en fait des généralistes. J'aimerais être le moins iatrogène possible. Mais bon je sais que je le suis aussi, je ne suis pas plus blanc que les autres, mais… Lorsque je le suis, j'essaie de l'être plus avec une réflexion de qualité de vie. Ce que probablement l'hôpital n'a pas forcément, j'aimerais qu'ils l'acquièrent cette notion. Mais ça va loin cette réflexion sur la qualité de vie parce que ça va également sur… (blanc) est-ce qu'on peut, et est-ce qu'on doit tout faire à partir d'un certain âge comme soin, comme traitement, comme…

E : Complètement. Après on en arrive à la question du… Comment on appelle ça, les derniers… On peut écrire ce qu'on veut ou ce qu'on veut pas au moment où on est plus conscient de… où on est plus conscient de ce qui se passe pour nous en fait. J'ai mangé le mot, là.

M3 : On s'aperçoit que dès qu'on rentre dans un service hospitalier, le… (blanc) L'accompagnement à la mort, de la mort, et la facilitation est encore très très… on va dire uniquement problématique. Il faut vraiment une équipe, enfin il faut dans un service une équipe vraiment très bien soudée et partageant la même, la même philosophie pour effectivement pouvoir aider les patients à partir éventuellement plus rapidement ou autre. Ce qui est rarement le cas en fait.

E: Ben là c'est la question de l'euthanasie, alors… c'est pas évident comme question.

M3 : Pas vraiment de l'euthanasie, c'est simplement… (blanc) entre faire un traitement ou pas faire un traitement, c'est différent d'injecter une substance ou pas. Donc… vous pouvez laisser les patients partir tous seuls calmement avec des aides, simplement en donnant pas de thérapeutique, plutôt que… si vous voulez c'est comme quelqu'un du SAMU qui va, qui a une personne de 95 ans, eh bien il va faire le Zorro pour la sauver à tout prix, en fait, de son malaise etc, alors qu'on pourrait peut-être se poser la question : il a 95 ans finalement on lui enlève une de ses chances de partir pratiquement sans s'en rendre compte, et voilà ! Alors qu'après ben on risque de l'amputer d'un pied, d'une jambe, et qu'il va souffrir et que ci et que ça etc moi je sais ce que je voudrais pour moi en tout cas !

E: Ça c'est l'acharnement thérapeutique, enfin ça a changé de nom, c'est ça…

M3 : Oui mais le problème c'est que dès que vous rentrez dans ce circuit hospitalier, cette prise en charge médicale elle se fait. Il y a pas quelqu'un qui va dire à un moment donné « non mais là stop on fait pas ».

E : C'est difficile.

M3 : Oui c'est difficile parce qu'il faut des équipes très soudées et tout, mais…

E : … et habituées un peu aux soins palliatifs quoi. C'est vrai.

M3 : Oui quand vous avez une personne de 92 ans, enfin 90 ans… 91 ans. Qu'on ampute d'un pied… 15 jours, 3 semaines après on l'ampute d'une jambe, deux mois après on l'ampute de l'autre jambe. Euh… on peut se poser des questions. A 90 ans passés, est ce que vraiment y'a pas d'autre moyen ?

E : C'était un de vos patients ?

M3 : Mmh.

E : C'est sûr…

M3 : Alors oui les gériatres ou les chirurgiens vasculaires dire « mais les artérites c'est vraiment très douloureux, on empêche le patient de vivre etc ». Le problème, voilà est-ce que au lieu de l'opérer, pendant l'opération est-ce que voilà, on peut se poser la question de… là pour le coup en termes de qualité de vie, à 92 ans… *** Pareil, patient de plus de 90 ans qui a un anévrysme de l'aorte, qui est à un stade ou statistiquement il faut opérer pour éviter en fait une rupture, en sachant que la rupture c'est une mort subite, indolore. Eh non on l'opère. En sachant que c'est une anesthésie complète, en sachant que y'a tout plein de choses… c'est vraiment très interrogatif.

E : C'est sûr que ça va loin les questions de remodifications du traitement. Après quand on appelle le SAMU sur quelqu'un de 95 ans en général ils ne se déplacent pas. Mais… en fait on a comme une impression d'obligation de soin quand on est à l'hôpital en fait.

M3 : Alors ça dépend des SAMU, on va dire. Moi j'ai le cas récemment d'un patient qui était tombé chez lui, les pompiers viennent parce que sa femme pouvait pas le relever. Donc les pompiers comme normal appellent en fait le centre de régulation. Entre temps l'épouse en fait m'appelle, donc j'appelle en fait je lui dis « ben écoutez passez-moi les pompiers ». Donc il me passe en fait le responsable des pompiers qui est là sur place donc je lui demande il me dit « oui non mais voilà en fait il a fait un malaise mais ça va bien ». Je lui dis « ben écoutez je passerai demain ». Il me dit « non non mais j'ai eu le régulateur ils me disent qu'il faut qu'on l'emmène en fait aux urgences. » Alors je lui dis « ben écoutez non, passez-le-moi ». Et puis le régulateur a dit « de toute façon vous êtes pas sur place, c'est moi qui décide et je vais en discuter avec le pompier, le capitaine des pompiers » et puis voilà !... Et puis j'apprends que finalement le capitaine va l'emmener. A croire que le SAMU


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

a besoin de fonctionner et ont des trous, et que financièrement c'est important pour eux, ou qu'il y a des régulateurs du SAMU qui sont… qui sont trop anxieux et qu'il faudrait qu'ils fassent autre chose !

E: Ils ont des fiches. Enfin je veux dire, il y a ça ça comme critères, du coup théoriquement il faut l'amener à l'hôpital, du coup… Ils se posent pas trop de questions quoi.

M3 : C'est… Je pense… Etre médecin c'est une prise de risque en permanence, et est-ce que les jeunes médecin l'ont intégré et l'exercent, je sais pas. Parce que là on est plus dans du cartésien en fait, c'est...

E : Ben la médecine a tellement évolué qu'on voudrait toujours aller plus loin en fait je pense. On se dit jamais stop quoi.

M3: Disons, on se… (blanc) on est trop dans l'urgence, on veut pas prendre le temps de réflexion, le temps d'un délai, le temps… Effectivement quelqu'un qui a 30 ans, 40 ans je pense qu'aller rapidement ça se justifie je l'intègre, quelqu'un de 90 ans, vouloir aller au même rythme que pour quelqu'un de 30 ans… ça m'interpelle.

E: Et il est devenu quoi votre patient ?

M3 : Le ?

E : Votre patient est devenu quoi ? Celui qui a fait son malaise. Vous avez eu des nouvelles après ?

M 3: A l'hôpital il s'est retenu de faire pipi, il a fait une infection urinaire, on l'a sondé, ça a… La personne qui l'a sondé ça s'est mal passé, il a fait un abcès il a fait… il est décédé 3 mois après.

E : (blanc) Et le malaise initial, c'était ?...

M3 : Banal… Une chute de tension, parce qu'effectivement il avait des traitements pour la tension. Non mais des cas comme ça j'en ai des dizaines. Mais bon…

E : Mmh. C'est très intéressant.

M3 : Mais maintenant je regarde ça avec un regard vraiment très très détaché, c'est pas… Je pense pas qu'on puisse changer de toute façon, c'est, c'est une évolution trop… De plus en plus, la médecine est une médecine on va dire de dossiers. C'est-à-dire que le médecin généraliste tel que je l'exerce ou tel que l'exerçaient les gens de la génération d'avant ou autre il n'y en aura plus en fait. C'est… c'est… La personne âgée elle va aller dans un centre, il va y avoir deux trois médecins et puis en fonction de… voilà, c'est le dossier, on connaitra plus toute l'histoire qui fait pourquoi à un instant T la personne âgée a de la tension, parce que le petit fils, il va divorcer, il a raté, il a eu un accident, il a pas été gentil, il a… il lui a volé dans le porte-monnaie, enfin je veux dire des tas de conneries comme ça qui fait que la personne âgée qui est sensible, oui ça va modifier sa tension, son caractère ou son insomnie. Mais ça ça passe que par une connaissance importante de la personne. Et ça ça se perd, ça c'est sûr. (blanc) Mais… financièrement c'est pas possible, donc, j'entends hein.

E: Pourtant quand on est médecin généraliste aujourd'hui on voit… on travaille moins qu'avant, on a moins le temps, peut-être qu'on a moins le temps de voir les gens, on est moins proches d'eux… Je ne me rends pas compte. Ça dépend ou on exerce aussi peut être.

M3 : (blanc) Je ne répondrai pas (sourire).

E : Je dis ça parce que j'avais été avec un médecin assez jeune mais en rural, qui faisait vraiment beaucoup de visites au domicile, qui était vraiment très proche de ses patients. Et qui était assez jeune, ça se passait bien. Mais… Ça dépend, oui. (en riant) Peut être que la médecine générale ça se perd.

M3 : Ah ben de toute façon il n'y en aura plus dans, allez je vais être optimiste, 10 ans ! Mais je pense avant en fait. Il n'y en aura plus !

E : Pourquoi vous dites ça ?

M3 : Parce que ça va être une médecine de dispensaire. Une médecine anglo-saxonne qui se met en place. Ça les pouvoirs publics c'est ce qu'ils veulent, et ils le savent.

E : C'est-à-dire qu'on va avoir…

M3 : Ça veut dire que les… Pour satisfaire la demande en fait de médecine générale il va y avoir des centres qui vont se créer, où les généralistes seront semi-libéraux semi-salariés parce qu'ils auront pas à payer la secrétaire, pas à payer le local, pas à payer, tout ça ça sera payé soit par… on va dire, par la société. Mais donc, je veux dire quand vous avez trois, quatre médecins dans un local, la personne qui prendra rendez-vous, ça sera en fonction de… On travaille différemment en fait, on fera pas 13h par jour, et donc ça sera un dossier ! Ben oui, c'est pas un problème, vous êtes dans l'ordinateur, j'ai votre dossier, je peux vous dire… voilà.

E: Donc on traitera plus des dossiers que des personnes.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M3 : Oui. Ça veut pas dire qu'après y'a forcément des patients qui sont plus attachants, que on mettra un peu d'humain. Mais voilà, point.

E : Et vous vous avez l'impression que ça a évolué entre le début où vous avez exercé et maintenant ? Pour vous ?

M3 : Evolué comment ?

E : Justement, est ce que ça a changé ?

M3 : Complètement.

E : Vous vous exercez pas comme au départ ? Vous ?

M3 : Oui ça a évolué.

E : (je regarde mon canevas) Je n'ai même pas regardé mes questions…

M3 : Oui il faudra quand même accélérer ! (rires)

E : Je vous ai tout demandé ! Je vous ai posé toutes mes questions, mais pas…

M3 : En ordre dispersé. (sourire)

E : Oui. J'ai pas… Mais je vous ai tout demandé.

M3 : Non je pense que de toute façon… (blanc) On va vers une médecine sociale, donc qui aura besoin d'être très cartésienne, de remplir des cases, des croix, des trucs donc… voilà, pourquoi pas. Mais j'ai pas fait médecine pour ça, et heureusement je pense que je m'arrêterai avant que ça soit ce stade-là.

E : D'accord.

M3 : Donc oui je suis très pessimiste sur l'évolution de la médecine.

E : Je vois.

M3 : Mais je suis pessimiste sur le plan humain, sur le plan cartésien oui ils auront leurs comprimés, ils auront moins de médicaments parce que la jeune génération… On peut pas changer la mentalité des personnes âgées. Par contre, les jeunes d'aujourd'hui qui vont devenir âgés ont déjà une mentalité différente en fait de leur père ou de leur grand-père. Donc oui eux ils seront déjà, ils ont déjà compris qu'il faut pas d'antibiotiques, donc ils vont comprendre que les anxiolytiques il faut éviter, donc on aura plus de facilité à les soigner. Avec peu de médicaments. Mais donc… Voilà quoi. Comme il y a trop de fonctionnaires, on attend qu'ils partent à la retraite en se disant il y en aura moins, le traitement des personnes âgées c'est pareil, toute cette population actuelle qui a bénéficié d'ordonnances très longues très lourdes petit à petit elle va disparaitre, et celle qui arrive est moins friande de médicaments. Donc les ordonnances vont aussi s'alléger, il va y avoir… Moi je suis très optimiste par rapport à ça. Mais c'est pas la médecine qui aura changé, c'est le comportement des gens. Et… Je me bagarre avec le médecin de la sécurité, qu'il vienne voir régulièrement, en disant « mais c'est pas nous qu'il faut changer, c'est le patient qu'il faut arriver à changer ». La campagne de pub qu'ils ont fait sur les antibiotiques a marché, c'est pas le médecin qui est à l'origine, parce qu'on nous entendait pas, c'est… voilà, et pareil pour plein de médicaments. Donc par rapport aux ordonnances et à la iatrogénie, je suis très optimiste. Donc il y a quand même un bon point !

### 7.3.4 Entretien 4

M4 : Alors le sujet, dis-moi ?

E : Le sujet c'est votre vision de médecin généraliste sur les modifications d'ordonnance des gériatres.

M4 : C'est-à-dire comment je perçois le fait qu'ils modifient les prescriptions après un séjour en gériatrie ?

E : Voilà.

M4. D'accord.

E : Plutôt court séjour, et sur vos patients de gériatrie. Comment ça se passe quand ils rentrent de l'hôpital, en général ?

M4 : Quand ils rentrent de l'hôpital ? Bon déjà c'est… il faut une période de, d'abord, c'est une bonne nouvelle qu'ils reviennent. (rires) Ça veut dire qu'ils n'ont pas jugé que…. Enfin c'est plutôt qu'ils ont jugé qu'ils étaient en capacité de revenir, et puis ça permet de faire un peu l'évaluation de ce qu'ils ont trouvé, de ce qu'ils ont bilanté au cours du séjour, et de voir un peu toutes les mesures qui ont été mises en place de soutien, avec le passage de l'infirmier renforcé, le passage de kiné, le passage d'assistante sociale parce que du coup je suppose qu'il y a un signalement qui se fait, et puis la famille qui est plus sensibilisée enfin je veux dire il y a tout un étayage qui va se consolider, pas uniquement que la parole du généraliste


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

qui dit « ça ça suffit pas », enfin je veux dire y'a pas que le fait que je sois le seul à convoquer la famille et à les sensibiliser sur les différents dangers, voilà.

E : C'est une grosse aide pour vous quoi. Ça vous aide pas mal et vous vous sentez moins seul ?

M4 : Oui. Et puis en partant du principe de l'étayage qui a été proposé par l'hôpital, ça me permet de remettre une 3ème couche, parce que si y'en avait une, eux ils en ont mis une 2ème, et moi j'en mets une 3ème, et puis d'insister sur les points que le patient voudrait négocier en disant « ouais, est-ce que c'est bien utile la kiné, oh là là je me débrouille bien tout seul, pour le passage des repas non non je me fais ma popote » et c'est là où on voit un petit peu qu'ils sont à nouveau retournés dans la négociation des aides proposées.

E : D'accord. Et concrètement comment vous êtes au courant qu'ils rentrent en général ?

M4 : Ben… Souvent je suis au courant qu'ils sont partis. Et quand je suis au courant qu'ils rentrent… Mmh, eh bien, par… C'est une bonne question ça. J'aurais aimé être plus directement au courant par l'hôpital directement, par un coup de fil. Je l'apprends par le patient parce que l'ordonnance souvent qui leur est proposée de 1 mois à renouveler par le médecin traitant ce qui est pas mal parce que ça sort pas avec des ordonnances de 3 mois. Mais voilà il y a un delta de retard qui est un peu dommage et c'est vrai que vu que vous abordez déjà ce point-là c'est vrai que ça serait pas mal qu'il y ait une sensibilisation soit par le chef de service soit par l'interne responsable du service, de dire « ben écoutez madame Unetelle va sortir, voilà »…

E : Vous aimeriez qu'on vous appelle directement ?

M4 : Oui pour le signaler et puis qu'on puisse évoquer s'il y a le temps pour l'interne du service, et si nous on est aussi en capacité d'entendre et de se dégager du temps, de voir un peu certains points essentiels et puis… qui seront par ailleurs développés dans le courrier qu'on reçoit, mais déjà nous prévenir que madame Unetelle revient avec tel type de consolidation de l'étayage, ça ça serait bien.

E : Donc le temps déjà c'est limitant ?

M4 : Le temps c'est limitant mais d'un autre côté je veux dire c'est tellement du temps qu'on va gagner par la suite parce que le fait qu'on soit au courant c'est jamais du temps de perdu. Alors après c'est le moment de la réception de l'appel qui est pas toujours idéal mais y a-t-il un bon moment pour recevoir un appel de cette nature là… On prend toujours le temps je veux dire, 5 minutes c'est pas important.

E : D'accord. Donc c'est plutôt par le patient plutôt que par le courrier ?

M4 : Oui. Mais des fois je l'apprends par courrier puis je me dis « Tiens Mme Unetelle est revenue, elle ne m'a pas encore appelé » (rires) Voilà !

E : Donc le délai pour recevoir vos comptes rendus ?...

M4 : Euh… Moi je dirais une quinzaine.

E : Une quinzaine de jours ?

M4 : Moui, une quinzaine de jours, ça dépend bon là, je suis un peu en difficulté avec certains services où parfois le patient avait présenté des complications avant que j'aie pu avoir la lettre de sortie ce qui fait que des fois il y a eu des croisés entre le moment où j'ai dû ré-hospitaliser le patient qui était sorti avec une modification de traitement alors que je n'avais pas reçu la lettre de sortie donc… La dernière fois il y a eu une explication plus que chaude ! (rires)

E : J'allais justement vous demander si vous aviez une anecdote !

M4 : Oui, c'est une patiente qui était sortie avec un état jugé en capacité pour retourner dans un foyer logement où des bonnes sœurs étaient juste là et moi où je passe une fois par semaine. Donc finalement c'était pas… le médecin avait pensé que c'était possible qu'il puisse rentrer avec poursuite du traitement, modifications de certains produits et puis que ça allait très bien se passer comme ça. Sauf qu'il y a eu une dégradation qui s'est faite très rapidement, très brutalement, avec déshydratation, il n'a pas mangé, en fait il y a eu… enfin c'est des personnes qui sont très fragiles, donc ça s'est aggravé très rapidement, en quoi en l'espace de 4-5 jours même pas une semaine et je reçois le courrier 15 jours après. Et donc je l'hospitalise, il me dit « mais pourquoi vous me l'hospitalisez ? » « Ben je l'hospitalise parce qu'il est dans un état pas possible. » « Mais comment il est dans un état pas possible ? » me dit-il « Quand il était sorti il était super bien » Je lui dis « Je suis désolé mais moi quand on m'a appelé » Parce que je vais dans ce foyer logement, et je n'interviens qu'une fois par semaine, donc ça faisait déjà 2-3 jours que ça allait pas trop bien, je lui dis « Ecoutez ça va pas du tout il est déshydraté, ça va pas ! » Et donc voilà, lui il était resté sur du courrier qu'il avait dicté mais que je n'avais pas encore reçu, et moi sur la perception du patient en disant « Mais c'est quand même dingue, il renvoie en foyer logement des patients qui sont dans un état sub-claquant c'est inadmissible ! » (rires) Eh voilà donc on s'est branchés comme ça alors qu'il y a eu un phénomène intermittent, enfin interactif qui s'est greffé et le patient s'est aggravé rapidement.

E : Qui ne venait pas du fait que vous n'ayez pas eu le compte rendu.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M4 : Non non pas du tout, mais disons que…

E : Il y a eu un problème de communication.

M4 : Voilà. Pour le chef de service, le patient sortait et ça allait très bien, et pour moi quand je l'ai vu, mais c'était la catastrophe ! Eh puis je dis « Mais c'est pas possible de remettre à la maison des patients dans un état pareil ! » (rires). Donc il y a eu une grosse engueulade, finalement la patiente est quand même décédée mais enfin il y a eu des échanges de mots aigre-doux quand même hein… Parce que lui-même quand il a reçu la patiente, il disait « Non mais vous avez vu dans quel état vous me la renvoyez ? » Je lui ai dit « Mais vous plaisantez ! C'est vous qui me l'avez envoyée dans cet état là ! » (rires) enfin je veux dire on s'est absolument pas …

Vous vous êtes renvoyé la responsabilité.

Oui parce que moi j'avais pas reçu le courrier et lui il me dit « Mais c'est dingue, vous envoyez à l'hôpital des patients qui sont complètement, complètement sub-claquants » Mais je dis « Mais je suis désolé ! (rires) Quand je l'ai vue elle était complètement sub-claquante c'est vous qui me l'avez envoyée comme ça ! Non mais vous êtes gonflé ! ». Enfin avec le recul c'est un peu gaguesque, mais enfin ça s'est traduit… c'est la première fois que j'ai des mots un petit peu crus, des échanges un petit peu crus avec un chef de service. Enfin bon, autrement, ça se passe plutôt bien. Mais tout ça pour dire que cet épisode il aurait pu être évité si y'avait eu tout simplement un mot ou un appel, soit du chef soit de l'interne en disant « on fait sortir madame Unetelle, bon y'a pas de problème particulier ». Ok, il y a déjà eu un premier contact téléphonique, ok, on est d'accord sur la personne…

E : Oui vous vous seriez dit qu'il y a quelque chose qui s'est passé entre-temps du coup.

M4 : Ben je me serais dit entre-temps il y a quelque chose qui s'est passé ! Alors que là je suis parti sur une interprétation en disant ils ont peut-être jugé que c'était sub-claquant donc ils l'ont renvoyée à la maison, et moi en la renvoyant à l'hosto, ils ont pensé que je la renvoyais là-bas juste pour qu'elle meure à l'hôpital voilà c'était incompréhensible.

E : Et alors sur l'ordonnance, comment elles sont pour vous ces ordonnances ?

M4 : De mieux en mieux. De mieux en mieux parce que je trouve que c'est hiérarchisé comme j'aime le faire avec les personnes âgées. C'est-à-dire pour le cœur : tatatatata… pour l'arthrose tatatata. C'est plus comme avant où tout était à 100%. La constipation c'était dans le volet ALD, maintenant je trouve qu'il y a un bel effort qui est fait de la part des… je pense que c'est l'interne qui doit faire les ordonnances, où on fait bien la part de ce qui est revient à du 100% et de ce qui ne revient pas à du 100%. On n'a pas cette perte de temps qu'on avait avant, où il fallait faire le tri en disant « oui mais à l'hôpital ils m'ont tout mis à 100% » oui mais enfin quand même la constipation c'est pas à 100% mamie quand même ! Le doliprane c'est pas 100% mamie quand même. « Oui mais enfin eux, ils mettaient !... » Enfin vous voyez, on était dans la négociation, la perte de temps, la négociation de médicaments, alors que le temps il aurait été plus précieux pour gérer autre chose, évaluer un peu le retour à domicile, évaluer les mesures mises en place pour l'étayage. Et non pas dans cette perte… Là on perdait trop de temps avant. Maintenant ça va mieux. Maintenant ça va mieux, parce que déjà ne serait-ce que cette ordonnance là, ça fait prendre conscience au patient que bien sûr qu'ils sont malades, bien sûr qu'ils sont polypathologiques mais qu'ils sont pas à 100% pour tout, et que voilà, ça c'est bien, ça va de mieux en mieux.

E : D'accord. Et sur le contenu ? Vous trouvez que c'est beaucoup modifié, pas beaucoup ?

M4 : Le contenu, c'est-à-dire ?

E : Est-ce que vous trouvez que par rapport à votre ordonnance à vous, est ce qu'ils modifient beaucoup de choses ?

M4 : Euh…

E : Est-ce qu'elles sont très différentes ? Comment elles sont ?

M4 : Je dirais que ça dépend un peu des correspondants avec qui j'ai affaire. Il y en a certains qui touchent pas trop, parce qu'ils me connaissent, ils me font… ils voient un peu comment je prends en charge en ambulatoire. Et puis d'autres où j'ai l'impression qu'ils adaptent un petit peu le patient au contexte hospitaliser sans pour autant se rendre compte que quand il y a un retour à domicile, ça va peut-être modifier les paramètres de… Comme on peut le voir hein, de tension, enfin de différentes choses. C'est surtout le médicament pour la tension, des choses comme ça où on voit « ben non on n'a pas trop remarqué, la tension est bonne on a diminué le traitement » sauf que quand ils rentrent à la maison c'est tout une autre histoire quoi.

E : D'accord, donc c'est très praticien dépendant quand même.

M4 : C'est quand même pas mal praticien dépendant, d'où l'importance je reviens encore là-dessus de mieux se connaître, de mieux se parler, de mieux se correspondre entre nous. Et si on peut améliorer cette communication si possible oralement, un coup de fil c'est vite fait, on se connaît… Avant on faisait des échanges par les FMC dans… Certains hôpitaux le faisaient, B1 ou autre, enfin, où on avait l'occasion de se retrouver tous les mois ou tous les deux mois autour d'un thème un peu particulier. La tension chez la personne âgée, je dis n'importe quoi, l'incontinence urinaire ou la sexualité de la personne âgée


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

c'est intéressant c'est des choses comme ça. Ça donnait aussi de voir un petit peu ce mélange, cette intrication ville/hôpital mais au sens noble du terme, c'est-à-dire on se voyait physiquement, charnellement, on se serrait la pogne, on se dit « ah ben tiens c'est Untel » « oui oui moi c'est… » « ah oui voilà d'accord ok »

E : Je comprends, on met un visage…

M4 : On met un visage, en fonction je sais pas de la pertinence des échanges, de la pertinence des questions qui sont posées au cours de ces échanges de FMC on arrive à mieux se situer aussi, et puis même je pense que le courrier qu'on fait lorsqu'on hospitalise quelqu'un je pense que vous devez vous rendre compte un peu si on a bien pris en compte le contexte du patient qu'on adresse à l'hôpital ou si c'est « Je vous adresse Mme un tel parce que elle a mal à la tête quoi ». (rires).

E : Donc ceux qui vous connaissent bien finalement ils modifient pas beaucoup mais ceux qui vous connaissent moins qu'est-ce qu'ils font en général ?

M4 : Peut-être oui c'est ça, et puis il y a aussi, je dirais… oui oui c'est ça. Il y a ça, il y a aussi le fait que parfois je suis amené pour les personnes âgées par ce foyer logement à prendre en charge des personnes âgées qui sont en attente de séjour en EHPAD, qui sont plus tellement autonome au sens de pouvoir rester à domicile ou disons que la famille elle en peut plus, donc ils vont dans ce foyer logement où les gens ont l'impression qu'ils vont être étayés parce qu'ils ont une chambre, il y a des bonnes sœurs, il y a une infirmière qui passe tous les jours pour les médocs, il y a un kiné qui vient aussi, il y a les médecins qui viennent aussi à la demande. C'est pas des foyers médicalisés, mais voilà c'est un sas de transition avant de pouvoir avoir une place en EHPAD. Et donc là ben on s'aperçoit que les médecins traitants, j'en fais partie d'ailleurs, les médecins traitants ne prennent plus en charge directement les patients à partir du moment où ils quittent la maison. De moins en moins je trouve. C'est-à-dire à partir du moment où ils vont en institution, ou en semi institution comme un foyer logement, eh bien c'est plus le médecin traitant lui-même qui va le suivre c'est par exemple moi, je vais prendre en charge, pendant le temps…

E: Oui, toutes les personnes âgées du foyer logement.

M4 : Voilà, ou certaines pour lesquels le médecin…

E : C'est moins personnalisé ?

M4 : Moui, parce que les médecins traitants ne se déplacent plus parce qu'il faut traverser la ville pour venir là, rester, il y a des questions économiques aussi à prendre en compte et je comprends bien tout ça donc je crois que ça se joue par proximité géographique, ce qui fait qu'on va s'occuper d'un lieu de foyer logement parce qu'on est juste à côté du cabinet si vous voulez. C'est vrai que moi je vais pas traverser tout G1 pour aller à H1 m'occuper de 2-3 patients même si affectivement je suis très attaché parce que d'abord c'est pas honnête, s'il arrive une urgence , enfin je veux dire c'est compliqué quoi.

E : Et donc les gériatres que vous connaissez moins ?...

M4 : Donc pour revenir à ça, voilà, donc ces gériatres…

E : Ils modifient peut-être plus facilement ?...

M4 : Plus facilement, où disons que je suis moins vigilant sur la pertinence de la modification puisque comme je suis pas réellement le médecin traitant mais juste le médecin de substitution, donc on me dit « faut modifier ci ça ça » ben je dis ben oui faut modifier ci ça ça, mais j'ai pas l'antériorité, je sais pas comment c'était avant parce que bien souvent j'ai pas de lettre du médecin traitant, je prends la personne à un instant T puis je vais l'accompagner jusqu'à T + 2, en sachant qu'à T + 3…

E : Et si jamais c'est votre patient ?

M4 : Si c'est mon patient, euh… (blanc) J'ai parfois des, ouais… (gêné) c'est un peu difficile, parce que y'a certains gériatres qui sont un petit peu dans la notion de « ouais il faut y aller jusqu'au bout, faut faire les choses comme elles doivent se faire, qui sont… pas ayatollesque, mais enfin qui sont normatifs, très « il faut faire comme ci comme ça »… Je sais pas si vous comprenez ce que je veux dire.

E : Complètement.

M4 : Et alors que là, avec la personne, à la maison on la suit depuis 20-25-30 ans, avec la famille on est dans le contexte, on contextualise un petit peu plus, et on se dit « ouais, pff… ». Voilà, on est plus, bon l'essentiel c'est qu'elle prenne plutôt ses 2-3 premiers médicaments, l'autre on va voir, la tension elle est pas parfait parfaite c'est déjà pas mal…

E : Ils seraient un peu trop sur les recommandations ?

M4 : Oui, voilà, c'est ça, ils appliquent bien les recommandations, et c'est vrai qu'on a tendance à être moins, à être plus souple… On en est conscients hein, c'est pas qu'on ne soit pas parfaitement au courant, mais on est petit peu dans la « pff, bon, voilà ».

E : Est-ce que ça vous a déjà mis en difficulté parfois les ordonnances qui ?...


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M4 : (rires) Je pensais à une chose, c'est… vous savez pour les médicaments d'Alzheimer sous forme de patch ! Bon ça c'était il y a deux trois ans, ça me fait rire parce que, bon c'était une patiente qui perd gentiment la boule et puis bon on voit que manifestement que le médicament va plus faire de l'effet, enfin je veux dire elle est au-delà d'une proposition thérapeutique. Le médecin gériatre dit « ouais on pourrait quand même essayer de mettre ça, enfin ouais faisons le quand même », enfin au final on va gagner quoi un an ou deux mais qu'après de toute façon ça sera de la marmelade. Donc finalement je prescris pas le produit. Et puis la dedans il y a des intervenants comme par exemple la voisine (rires) Une voisine, qui vient voir une de mes mamies comme ça qui est toute seule à la maison, et puis… et puis au cours d'une consultation chez le gériatre, le gériatre qui me téléphone, il me dit « donc finalement vous lui avez mis le patch ! » et je lui dis « ben non puisque je vous ai dit que depuis deux ans, non je mettais pas le patch ! » « Mais je suis désolé là on l'a déshabillée elle a des patchs, mais elle en a pas qu'un elle en a plusieurs de patchs ! » « Ah bon elle a des patchs ? » Des patchs, vous savez !

E : Oui oui !

M4 : « Mais qui c'est, c'est bien vous qui lui prescrivez ? » « Mais pas du tout ! » Et en fait à l'interrogatoire, c'est la meilleure amie de la patiente, voyant que je ne prescrivais pas de patch, et sachant que sa maman avait des patchs parce qu'elle perdait la boule prenait le traitement de sa maman, et à chaque fois qu'elle venait voir sa copine elle lui collait un patch ! (rires) Donc il y avait donc une hospitalisation pour, c'était un bilan de malaises, de pas bien, enfin bon c'était assez étonnant quoi.

E : Oui, on se retrouve dans de ces situations…

M4 : Et donc y'avait des patchs qui se baladaient ! (rires) Mais comme quoi l'amitié, c'est… ça peut mener bizarrement… Voilà bon, c'était juste ça. Non c'est juste des petites nuances un petit peu d'appréciation où le gériatre va dire « oh, ça vaut quand même le coup d'essayer » puis nous manifestement on se dit « pff »…

E : Oui, donc il aurait plutôt tendance pour vous à essayer des choses selon les recommandations plutôt qu'à les enlever ?

M4 : Mais c'est normal, ils sont hospitaliers, donc ils vont pas dire « on laisse courir » quoi, je veux dire c'est, ils sont dans leur rôle un petit peu, c'est normal. Et moi je dis pas que nous on est dans notre rôle, mais on est dans l'écoute un petit peu, et on voit ce que ça peut donner, et puis… voilà, il y a la famille par derrière, il y a tout ce qui se joue, et puis on se dit « pff » on sait très bien ce que ça va pas trop apporter de bénéfice, donc… (rires) Quand on voit que ça fatigue, on a tendance à alléger, on va dire.

E : D'accord. Et qu'est-ce que vous ressentez par exemple, quand il y a des choses qui sont rajoutées alors que vous les avez enlevé, ou inversement ?

M4 : Ben, pff… oui…

E : Est-ce que vous êtes attaché à votre ordonnance, ou pas ?

M 4: Non. Je suis attaché à ce que le patient ait un soin. Il faut que le soin soit cohérent. SI on me dit voilà une anémie de Biermer, vitamine B12, metformine ça va pas c'est contre indiqué il faut pas lui donner de la metformine alors que vous la mettez sans arrêt la metformine, on se dit, bon pff… Je parle pas d'une grande personne âgée, on va se dire bon eux ils l'ont trouvé donc ils ont dit qu'il fallait pas mettre ça on va pas mettre ça, bien sûr. Donc on suit les recommandations quand même. L'essentiel c'est pas tellement le médoc, parce que ça va pas faire gagner du temps de vie de manière extrême, mais on est plutôt dans la gestion de la qualité de vie, voilà. Et puis donc s'ils l'ont trouvé, et puis que ça peut apporter un bien eh bien allez-y on continue, là-dessus je vais pas mégoter. C'est pas comme un patch pour Alzheimer ou un truc comme ça, où je serai plus dans la négociation. Après qu'est-ce que ça peut m'apporter d'autre… non non non, je trouve que c'est bien parce qu'en fait je crois qu'il faut pas mettre de fierté mal placée quand un patient est hospitalisé, on a un compte rendu d'hôpital gériatrique, c'est toujours très bien fourni, on a des lettres qui sont dimensionnées sur 4-5-6 pages, avec sur le plan locomoteur tata, sur le plan cardiaque tata, sur le plan digestif tata, sur le plan urinaire tata donc c'est très bien segmenté et ça c'est une vraie valeur ajoutée pour nous. Parce que mine de rien on a beau dire qu'on connait bien son patient depuis 20-30 ans, jamais on pourra faire un scanner pareil. Donc ça, c'est vraiment un truc… si je pouvais avoir un bilan hospitalier pour chacun de mes patients en capacité de devenir vieux et puis de rester à la maison ça je le ferais bien volontiers parce que ça vraiment c'est quelque chose sur lequel on s'appuie, parce que si en 2016, on se dit tiens en juillet 2016 il était comme ci et puis on voit que non ça suit plus le chemin, c'est une valeur ajoutée pour nous, enfin je veux dire c'est des valeurs de référence, on va dire. C'est des examens de référence. Donc ça c'est toujours très intéressant. Je mets aucune fierté de dire « ah p*** j'ai pas vu qu'il y avait une hypotension » machin etc ou je… Non ! Je veux dire, vous êtes 4, 5, 10 à vous occuper de cette personne, moi je suis tout seul et je passe une fois par mois, vous trouvez des choses que j'ai pas trouvé, ben c'est bien ! (rires) Au moins ça veut dire que quand on met du matériel humain et qu'on trouve des choses au moins ça veut dire qu'on a pas perdu son argent dans la société hein.

E : Donc vous vous sentez moins seul en fait, c'est vraiment une aide.

M4 : Ah bah oui, mais je veux dire ça c'est sûr c'est hyper complémentaire, moi je vous dis bien hein, si je pouvais avoir un bilan gériatrique hospitalier pour chacun de mes patients que je suis à domicile, je serais vachement plus pénard et à l'aise !

E : Et vous comprenez bien à chaque fois il y a une bonne explication sur les raisons des modifications ?


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M4 : Oui, oui oui, moi ce que j'aime bien, c'est les objectifs qui sont… c'est la synthèse à la fin, et puis les objectifs. Ils sont de plus en plus réalistes et en adéquation avec ce que nous les généralistes de terrain on pense. C'est clair comme réponse, c'est pas du fayottage ! Mais je trouve que c'est bien parce que, peut-être aussi ça vient du fait que beaucoup de gériatres sont passés par la médecine générale.

E : C'est vrai. Parce que justement j'allais vous demander la valeur ajoutée pour vous du gériatre. Donc…

M4: Eh ben c'est ça ! Mais je crains beaucoup que ça devienne une spécialité, et que de fait vous passiez plus par la médecine générale et je regrette que peut être ça soit peut-être moins bon et plus spécialisé, voilà.

E : Parce que pour vous ça reste encore de la médecine générale en fait à l'hôpital pour les personnes âgées si je puis dire.

M4 : Pour l'instant oui oui, parce que les généralistes, enfin les gériatres qui sont là ont quand même une sensibilisation, une formation de bas de médecin générale. Et ils se sont spécialisés. Mais maintenant je pense que…

E : Vous le ressentez ça.

M4 : Ah bah oui quand même !

E : Par rapport aux autres spécialités par exemple vous ressentez une différence ?

M4 : Ah bah oui parce que, ne serait-ce que par le fait de prendre plusieurs, de prendre en charge plusieurs chapitres, le chapitre cardiaque, le chapitre pulmonaire, le chapitre neurologique, le chapitre urologique, enfin je veux dire ça si c'est pas de la médecine générale ! Enfin c'est de la médecine globale au moins en tout cas. Après elle est plus spécifiquement orientée chez la personne âgée, elle a sa spécificité de personne âgée, mais je veux dire elle prend en charge comme la médecine globale, la médecine générale quoi.

E : Le patient dans sa globalité, oui.

M4 : Voilà donc ça c'est le côté intéressant. Alors peut être que le côté humain va disparaitre avec le fait que ça soit proposé à l'internat sous forme de DESC. Ça c'est peut-être pas une bonne nouvelle pour… non seulement pour les généralistes, mais aussi pour les patients je dirais.

E : Pour vous les gériatres ont un côté « humain » ?

M4 : Ah bah oui ! Bah oui pour moi ils ont un côté humain bien sûr, et j'ai peur qu'après ils deviennent des techniciens, des super techniciens, et qu'ils perdent un petit peu le sens de la réalité de terrain, où il faut se coltiner la mémé qui est au 5ème étage sans ascenseur à I1 et qui est bloquée dans son pigeonnier, on en fait quoi ?? Enfin je veux dire voilà c'est ça parce qu'elle est confite d'arthrose et de vertiges et de machin et qu'elle peut pas descendre, eh ben que ça soit le seul généraliste qui puisse se déplacer et le coiffeur à domicile, je veux dire un peu sorti de ça, euh… (rires) y'a Monoprix aussi qui débarque… Après, voilà, c'est ce côté-là.

E : Et j'ai une question plutôt pour vous, comment vous vous réévaluez l'ordonnance de vos patients âgés ?

M4 : Comment je réévalue ?

E : Oui.

M4 : Euh, mmh… (réfléchis) L'idéal pour moi… j'ai une période difficile, c'est la période où ils sont encore, où ils se débattent un peu encore comme le brochet au bout de la ligne là, c'est-à-dire que quand on va négocier le Temesta et le Seresta à shooter, ça va être difficile parce que « non non docteur vous savez bien ça fait 30 ans que vous me le mettez, vous allez pas me le supprimer celui-là hein d'accord ». Après quand ils commencent à avoir fait un ou deux séjours à l'hosto, qu'ils se sont un petit peu ramassé, là ils comprennent un petit peu que c'est pas bien bon pour eux à la santé ce genre de médicaments, parce qu'il y a déjà eu des discours qui sont tenus à l'hôpital, qu'on redit ici, donc on arrive un petit peu…

E : Comme vous disiez ça remet la troisième couche.

M4 : Voilà donc… voilà, on y arrive, donc là ça va mieux. Alors comment je réévalue, je me dit que j'aimerais bien que chaque année il y ait, enfin, chaque semestre qu'il y ait une ligne de moins qui soit prescrite. C'est mon objectif. Et l'objectif c'est que ça puisse finir comme une vieillesse en bonne santé, c'est-à-dire avec le moins de médicament possible, c'est-à-dire que voilà une personne en bonne santé elle est pas forcément avec une ligne de médicament et un vieux ben finalement, si il peut être avec 0 ligne… Mais ça c'est utopique. On a bien conscience que de toute façon c'est potentialisateur l'âge de tout ce qui se passe : une fonction rénale qui déconne, un cerveau qui déconne, je veux dire… après c'est bonjour les dégâts donc qu'est-ce qu'on soigne ? On soigne la tension de la personne âgée, on prend en charge la personne âgée qui est porteuse de la tension, ou la personne âgée qui est porteuse de son arthrose, et puis allez on va se débrouiller on va en faire avec, quelque chose, mais enfin bon elle aura toujours ça, et puis de toute façon… C'est pas parce que vous allez lui filer des anti inflammatoires qu'elle va vivre plus longtemps, mais par contre ce dont vous allez être certain, c'est qu'elle va se fusiller ses


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

reins et puis qu'elle va risquer une déshydratation ou se péter la gueule quoi, ou un trou dans l'estomac vous voyez ce que je veux dire alors ça c'est chronophage, ça passe du temps, alors…

E : Donc on essaie de privilégier la qualité de vie, en fait. On revient là-dessus quoi.

M4 : Oui et puis après c'est aussi l'occasion de discuter du sens de donner à la vie avec les patients quoi. Voilà leur acceptation, ben oui on est plutôt dans la gestion de la perte avec eux, c'est-à-dire que mmh c'est la gestion de la perte c'est-à-dire « ben oui mamie avant vous faisiez ça maintenant non on fait plus mais bon remarquez c'est déjà pas mal vous faites encore ça ! (rires) peut être que l'année prochaine vous ferez encore moins mais profitez donc bien de ce moment-là ! » Non, on est dans la gestion de la perte. « Oh là là comment ça se fait, qu'est-ce que vous faites vous, vous trouvez rien là, la médecine ! » (rires).

E : Donc c'est pas facile de pas être iatrogène. C'est difficile.

M4 : C'est difficile. C'est difficile. On se bat complètement et puis je veux dire il faut savoir mettre ses connaissances dans la poche, parce qu'on a cette ambivalence un petit peu : plus on en apprend, plus on en sait, et moins il faut en mettre sur l'ordonnance. Et c'est ce carrefour de savoir où il faut gérer la perte pour le patient mais il faut gérer aussi la non prescription. Et c'est difficile parce que la non prescription là aussi elle est variable selon les thérapeutes. « Ben pourquoi vous lui avez pas donné ça ? » « Parce que c'est pas très important… » « Oui enfin quand même ! Ça c'est !... » Pour l'un et pour l'autre ça va pas être si important. Parce que gérer une tension ou gérer un évènement, bon, il y a une escalade thérapeutique qui va se faire, enfin je veux dire on arrive à protocolariser la chose. Mais ne PAS prescrire ou DEprescrire, il n'y a pas tellement de protocoles pour dé prescrire, parce que c'est on/off. C'est je mets ou je mets pas. Mais il y a peut-être une solution intermédiaire de progressivité et après ça ça dépend, c'est de l'EBM en sens inverse, c'est-à-dire ce que le patient sait, ce que la science sait, ce que vous vous savez de ce patient, enfin je veux dire… Et puis on négocie à trois de comment on va diminuer un peu les médocs, parce que allez c'est bon… En fait tout ça ça rejoint un peu une forme d'humanisme. C'est le sens de la vie, et puis finalement…

E : J'allais dire c'est peut-être plus facile à l'hôpital que seul ?...

M4 : Oui, c'est plus facile à l'hôpital. Parce qu'on est quand même dans une structure où y'a plusieurs personnes qui vont pouvoir parler, on aura le temps, on est… quand vous dites attention faut pas, faut être très prudent dans ce que vous dites à un patient âgé « attention, faut faire un peu le régime là, faut pas… » Y'a des mots qu'il faut pas utiliser : régime, plus manger ci plus manger ça vous allez le retrouver des fois avec des trucs, ils vont se mettre dans la tête c'est fini tout ce qui est gras, c'est fini tout ce qui est viande enfin je veux dire… Alors que si y'a un temps de diététicienne qui va expliquer ça, un temps d'infirmier, un temps de kiné qui va montrer un peu comment on fait quand on tombe, on se retourne, on fait la tortue, et machin, voilà, et ça c'est difficile hein, on sait pas ce qui a été transmis, appris au patient pour se relever une fois qu'ils ont glissé qu'ils se retrouvent à terre comme une tortue sur le dos là, une coccinelle sur le dos voilà c'est… Et là aussi le temps de la visite à domicile, si il est à gérer ben je veux dire « non le macrogol c'est pas 100% je le mets en bas »… (rires) Le temps que je perds là-dedans, je vais pas pouvoir évaluer s'ils savent se relever, s'ils savent appeler, s'ils savent… Ça c'est plus important ça. Y'a des choses à dire hein ! Mais je trouve que globalement, je trouve que globalement autant quand j'étais interne je suis passé en gériatrie franchement j'avais fait un semestre de gériatrie…

E : Ah j'allais vous le demander justement. Si vous aviez fait une formation ou si vous estimiez avoir eu une formation en gériatrie.

M4 : Pendant mon internat j'avais choisi un semestre de gériatrie c'était mon dernier semestre d'internat qui m'a servi à préparer ma thèse et mon installation, donc c'est-à-dire que c'est un stage réputé pépère, effectivement on travaillait que deux heures ou trois heures le matin, mais maintenant je les vois bosser ! Quand je vais voir mes patients des fois en gériatrie mais je vois les internes les après-midis, en fin d'après-midi, ils y sont comme dans un service normal ! Je me dis ben punaise !

E : Ah vous passez en gériatrie voir vos patients ?

M4 : Parfois ça arrive. Donc je me dis mais punaise ! Mais ça bosse pareil qu'un service de cardio ou de pneumo, mais j'hallucine alors qu'avant c'était un truc où au bout de deux trois heures, à midi on avait fini donc on pouvait bosser sa thèse tranquille etc.

E : Ah non ça a changé, on bosse bien ! (rires)

M4 : Je peux vous garantir qu'en 30 ans ça a hyper changé, la gériatrie c'était un stage… un stage poubelle, un stage dépotoir, enfin c'est vrai que franchement c'était un mouroir, avant c'était comme ça quoi. Y'avait la psychiatrie et la gériatrie. En stage de médecine hein je veux dire.

E : Donc ça s'est quand même bien amélioré.

M4 : Ca s'est vachement amélioré, dans l'une et l'autre spécialité. Mais là je suis effaré de les voir bosser jusqu'en fin d'après-midi je me dis mais qu'est-ce qu'ils, oh là là… (rires) Voilà. Donc tout ça pour dire que je dis que le fait que la gériatrie fasse


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

partie du choix des internes de médecine générale a contribué à l'amélioration de la qualité de la gériatrie, grâce à l'internat. Grâce à l'internat, mais c'est pour ça que j'ai quelques craintes par rapport au DESC.

E : D'accord. Et la communication ville hôpital, pour vous comment on pourrait l'améliorer ? Tout à l'heure vous me parliez des FMC par exemple ?

M4 : Les FMC ça c'était bien ! Bon ça se fait plus parce qu'il y avait un médecin qui partait à la retraite qui était très animateur de ça. Euh ouais ça c'est à développer ça. Parce que ça permet le lien, et parce que ça permet nous-même de nous retrouver entre nous les généralistes et puis de voir un peu les têtes des gériatres, les gériatres de voir nos têtes, de voir un peu comment ça peut s'appréhender, et puis de pas les enfermer dans des sujets où finalement c'est vrai qu'on s'aperçoit de certaines choses, je trouvais balèze le thème sur la sexualité de la personne âgée, mais je trouve ça bien parce que je me dis tiens ils sont pas coincés de la tête là-bas, ils arrivent à en parler alors que nous même on s'en apercevait parce quand on va dans les chambres, quand on va en EHPAD et qu'on va chez Mme Untel chambre 322 et que l'infirmière me dit « mais vous inquiétez pas elle est pas dans la chambre 322 elle est dans la 222 parce qu'elle est avec Mr Untel » bon ben ça fait sourire mais après tout ça veut dire que c'est une médecine qui a porté ses fruits si ça peut continuer à ce que cette fonction sexuelle se poursuive, ça veut dire que la médecine a rempli sa mission ! Non ?

E : C'est vrai oui je suis d'accord.

M4 : Voilà. Alors qu'est ce qui pourrait faire développer, donc les FMC comme je vous disais, l'accord direct téléphonique, donc on en arrive toujours à ça. Puis prévenir quand le patient sort, je pense que c'est bien. L'idéal ce serait : « on a reçu Mme Untel » (parce que des fois on n'est pas trop au courant). Alors ça on l'a un peu par les externes ou internes des services d'urgence, qui sont parfois bien contents quand ils reçoivent une personne âgée, qu'ils ont pas tous les antécédents, ils nous appellent, parce qu'ils savent quand même qu'on est le médecin traitant, et on leur sort toute la liste d'antécédents, voilà le premier lien se fait déjà, c'est dommage que ça se poursuive pas plus après quoi. Ca pourrait mieux se poursuivre. Alors on l'a des fois en service de gériatrie quand ils veulent des précisions « à propos c'était quoi le traitement que vous avez fait, voilà, est ce que vous avez remarqué telle et telle chose, quel était le traitement exact, voilà. Mais c'est plutôt rare, c'est pas systématique, mais d'un autre côté faut pas non plus que ça soit systématique parce que c'est vrai que si vous faites ça à chaque fois que vous recevez un patient ils vont vous dire ouais c'est bon hein. Parce qu'on est tous demandeur. Mais après, quand à être vraiment acteur proactif c'est un peu difficile, parce que au bout d'un moment on est un peu faux cul parce qu'on va se dire «'tin il me gonfle là, ça fait 4 fois qu'il m'appelle pour un tel pour un tel pour tel… » (rires) C'est là où on est un peu ambivalent. D'un côté on voudrait une meilleure coordination mais sans que ça nous coûte du temps, sans que ça nous fasse chier, sans que ça nous… (rires)

E : Oui il n'y a pas de solution idéale.

M4 : Non il n'y a pas de solution idéale. Il n'y a pas de solution idéale. Alors est ce que ça pourrait mieux se passer par mail ? Je sais pas. Je sais pas. Vous savez vous recevez un mail, paf, « Nous avons reçu Mme Untel nananana… Si vous avez des précisions ou des particularités à nous signaler merci de nous le faire savoir, ma ligne directe c'est tac, mon numéro de téléphone, Mme Machin interne du service est à votre disposition tatatatatata et voilà ! ». Ca répond ça répond pas mais au moins y'a une porte qui est ouverte. Y'a un échange mail, vous voyez ce que je veux dire.

E : Oui vous savez qu'il est là-bas, ou alors vous savez qu'il sort, enfin vous savez ou il est quoi.

M4 : Voilà, et je sais ce qui va se passer. Ça peut être pas mal ça par mail. Et je pense que c'est peut-être ça la solution. Parce que je ** pour m'apercevoir que finalement la nouvelle génération elle marche bien avec tout ce qui internet, tout ce qui est mail et tout ça.

E : Ca réduit le délai de 15 jours comme on disait tout à l'heure de courrier.

M4 : Voilà. Et donc ça c'est bon ça.

E : Et vous avez toujours l'ordonnance dans le compte rendu ?

M4 : Oui. Ce que j'aime bien c'est quand ils reprennent l'ordonnance d'entrée, en même temps qu'ils font l'état des lieux, c'est-à-dire qu'il vit seul, 2ème étage, sans ascenseur, son traitement tatati tatata, qu'il y ait l'ordonnance, et puis à la fin qu'il y ait l'ordonnance de sortie. Comme ça on voit mieux…

E : Vous arrivez à comparer…

M4 : Voilà enfin disons on voit mieux un petit peu…

E : Et vous avez des gériatres, ceux qui vous connaissent pas beaucoup, qui ont tendance à changer, qui enlèvent beaucoup de choses, ou ils ont tendance plutôt vous disiez à suivre les recos et à ?...

M4 : Ils suivent les recos d'une manière générale.

E : … à plutôt rajouter en fait. Finalement pour vous ?


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M4 : Oui, rajouter ou diminuer ? Parce que si ça va bien à l'hosto par exemple une tension elle était bien à la maison ça allait bien on a diminué le traitement sauf que…

E : D'accord c'est pas forcément toujours rajouter ou enlever ça peut être un coup l'un un coup l'autre pour vous ?

M4 : Oui, oui oui tout à fait.

E : Pour vous c'est globalement adapté ?

M4 : Oui non non franchement c'est adapté c'est bien. Non franchement vous comparez par exemple à la psychiatrie qui n'a absolument pas bougé depuis c'est-à-dire que quand vous envoyez une lettre à un médecin psychiatre vous avez jamais de retour. Vrai ou faux, ou si vous en avez une sur 100 !

E : Ah je ne sais pas ! Je ne connais pas.

M4 : Non mais si vous en avez une sur 100… Chez le cardiologue vous l'avez systématiquement, chez le pneumologue, chez tous les spécialistes vous avez une réponse, chez un psychiatre, ils répondent jamais ! Ils savent peut-être pas écrire. Mais ce que je veux dire chez les gériatres c'est intéressant. C'est vrai que cet aspect un petit peu global… Non franchement y'a eu beaucoup de progrès qui ont été fait en 30 ans hein vraiment. Beaucoup hein, beaucoup…….

E : (je regarde mon canevas) Je n'ai pas du tout suivi mon…

M4 : Vous n'avez pas suivi votre truc hein ?

E : Je crois que j'ai posé toutes mes questions mais naturellement sans…

M 4: Oui j'ai vu ! Mais finalement c'est pas plus mal comme ça ! Parce qu'autrement…

E : Surtout c'était les médicaments pour la tension qui étaient modifiés vous me disiez surtout. Je ne vous ai pas demandé quel type de médicament vous avez l'impression qui est beaucoup modifié.

M4 : Non non non mais en fait, et c'est bien un peu normal, chez la personne âgée c'est quoi c'est surtout les calciques et les diurétiques qui sont un peu efficaces, et puis ils ont tendance à diminuer ou à supprimer les diurétiques parce que c'est pas bon pour la créatinine, oui bien sûr parce qu'ils les reçoivent peut être en état de déshydratation en disant que bon c'est pas pertinent d'avoir mis un diurétique avec une créatinine qui est comme ça mais si elle est comme ça la créatinine c'est parce que la mémé elle a arrêté de boire et puis ça tourne comme ça donc… Y'a peut-être eu un petit coup de rhabdomyolyse dans le coin et puis voilà ça modifie tous ces paramètres-là. Mais bon c'est vrai qu'il arrive un moment ou par exemple quand vous les suivez en petite gériatrie c'est-à-dire 70 ans, et qu'ils se ramassent à 85 ans par exemple, c'est vrai qu'on a peut-être introduit à ce moment-là et c'était pertinent un diurétique et un calcique, que la réévaluation on la fait pas automatiquement nous mais que l'hospitalisation est peut-être l'occasion de réévaluer la pertinence de tel et tel traitement. Et à ce titre là c'est intéressant parce que il y a une consultation de cardio, il y a une échographie, il y a eu des électros, chose qu'on fait pas forcément à domicile, on a pas le temps de faire tout ça. Enfin on a pas le temps, on va envoyer je veux dire, la mamie elle va pas se déplacer comme ça facilement quoi, là il y a tout sur place donc c'est… à la limite je vous dis c'est l'occas… c'est bien, pour nous c'est bien.

E : Il faudrait que tous vos patients fassent un petit séjour à 75 ans pour les bilanter (rires) !

M4 : A la limite, mais je veux dire, tous les 10 ans, vous savez les bilans de sécu qu'on propose aux jeunes actifs vous savez, payé par la sécu pour voir s'ils vont bien

E : Ça existe encore ça ?

M4 : Oui, tous les 5 ans ils ont ça. Franchement on devrait faire un bilan gériatrique payé par la sécu tous les 5 ans ou tous les 10 ans, mais franchement ce serait beaucoup plus pertinent ! Parce que en terme, vous vous rendez compte, au niveau de la iatrogénie ce qu'on pourrait gagner, mais c'est énorme !

E : Oui parce que soit même en tant que généraliste c'est pas évident un jour de se mettre sur son ordonnance et de se dire « finalement tiens qu'est ce que je pourrais changer ? »

M4 : Oui mais à quel titre je vais le changer ce traitement-là ? Parce que s'il va bien il va bien, puis je veux dire mais d'un côté on prévoit pas que sur la longueur quel est le paramètre qui va me faire modifier, peut être que la fraction d'éjection elle est peut-être moins bonne et qu'il faut peut-être introduire un autre produit, mais il faudrait que je demande l'avis d'un cardiologue « oh là là docteur vous allez pas m'envoyer là-bas, mais je vais bien, mais je vais bien ! » « Mais vous êtes essoufflée mamie ! » « Oh oui pous ce que j'ai à faire, 10 mètres à faire ! » Alors là-dessus vous dites « Ben ouais pour faire 10 mètres de plus ou de… »… se casser la tête pour ça, et voilà, c'est pour ça qu'un bilan gériatrique tous les 5 ans, ça ce serait une bonne idée ça. De santé publique. Parce qu'au niveau économique, on s'y retrouverait là.

E : C'est pas faux. C'est même vrai.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M4 : Hein ? Ça ce serait de l'argent qui serait pas dispensé hein, qui serait pas perdu On supprime ça ça ça, « Mamie franchement là arrêtez un petit peu avec vos machins » Parce qu'on parle des AVK, des anticoagulants et de l'insuline comme les meilleures pourvoyeurs mais tous les autres médocs hein ! Tous les anti pipis et les anti fuites qui sèchent la bouche, qui glaucomatisent et qui prostatisent, enfin je veux dire (rires) maintenant j'ai l'impression de ne regarder non plus, quand je regarde un médicament sur le vidal, je ne regarde plus les indications, je regarde les effets secondaires ! (rires) Je fais que ça maintenant, les effets secondaires ! Les interactions et les effets secondaires, je regarde même plus les indications, c'est hallucinant ça hein.

E : Oui c'est vrai.

M4 : Hein, vrai ou faux ?

E : Oui, surtout pour les personnes âgées.

M4 : Surtout pour les personnes âgées, puis on est obligés d'anticiper comme un gamin, c'est-à-dire qu'un gamin on va, non mais quand je dis un gamin j'ai ma petite fille là qui a 5-6 ans, on va faire gaffe à pas la porte ca pas la porte là, parce que des fois que si jamais elle prend la casserole et qu'elle se la met sur la tête la queue à l'intérieur, la queue de la casserole à l'intérieur enfin je veux dire, tous ces trucs d'anticipation, je le dis, chez les vieux c'est pareil ! Sans arrêt en train d'anticiper, c'est-à-dire qu'on rentre chez eux, on est en visite à domicile « Bon mamie la table en verre là, la table basse vous me la dégagez, le tapis vous me le dégagez » (rires) « ça va bien docteur ? » « Oui ça va très très bien mais vous me dégagez le tapis ! » (rires) Ils vous font des yeux comme ça, mais voilà, là aussi ça serait pas mal d'avoir aussi des ergonomes, des consultations d'ergothérapeutes à domicile pour évaluer un petit peu…

E : Ça se fait mais peut-être pas assez.

M4 : Pas assez mais ça aussi c'est le pognon hein ! Le nerf de la guerre c'est l'argent.

E : Y'en a peut-être pas assez aussi.

M4 : Y'en a peut-être pas assez. Mais parce que l'ergothérapeute c'est pas viable en dehors d'une structure. C'est pas comme un kiné qui va se faire rembourser, l'ergothérapeute, qu'est-ce qu'on va prescrire une consultation d'ergothérapie ? (rires) On l'a fait une fois et puis c'est mort hein, il crève la dalle le pauvre ergothérapeute ! Vous voyez ce que je veux dire ?

E : C'est vrai. Vous en faites alors des visites à domicile ? Je vous ai pas demandé.

M4 : Ben oui oui oui.

E : Pour vos patients âgés en général ?

M4 : Oui c'est pour les personnes âgées oui oui.

E : Est-ce que vous avez une idée du pourcentage de plus de 75 ans dans votre patientèle ?

M4 : Sur mon relevé *SNIR ?* Ouais je dirais… j'ai peut-être envie de dire une bêtise mais 12-15% ça parait énorme ou pas ça ?

E : Euh, c'est pas énorme par rapport à… C'est pas énorme, mais on m'a toujours donné aussi à vue de nez, donc…

M4 : J'ai pas mon relevé *SNIR* là, mais moi je dirais ouais facile 15. 15%.

E : D'accord. Voilà. Et j'ai besoin de votre âge, ça c'est pour les statistiques de ma thèse.

M4 : 63. Terrible hein. Bientôt gériatrie moi aussi ! (rires) Vous faites un bilan d'évaluation pour moi ?

E : Ah moi je n'y suis plus !

M4 : Vous n'y êtes plus ?

E : Non ! (rires)

M4 : C'est dommage ! (rires)

E : Et puis non vous n'êtes pas candidat. 63 ans, non !

M4 : Quand même, ça approche. Non je déconne, mais… voilà.

E : Je ne vous ai pas demandé si des fois vous aviez à rechanger ce qui avait été changé par le gériatre ?

M 4: Bien sûr, je vais pas me gêner hein ! Ils ne se gênent… Non mais je veux dire, on est pas dans une compétition, on est dans l'intérêt du patient, on est en train de, on regarde un petit peu…

E : Oui c'est pour ça que je pose ces questions, c'est pas pour dire qui va bien qui va pas bien.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M4 : On se dit ouais c'est une bonne idée mais c'est pas adapté des fois, comme eux ils peuvent se dire des fois « ouais c'est une bonne idée mais c'est pas adapté »… (soupir) ouais, on est dans le contexte, toujours. Toujours dans le contexte, et le patient chez lui quoi. Voilà. En tout cas c'est très bien comme vous menez votre enquête, car c'est, vous arriverez pas à vous dégouter en faisant comme ça. Parce que si vous suivez un listing de questions, vous allez vous… *(j'arrête l'enregistrement)*

### 7.3.5 Entretien 5

E : Alors déjà comment ça se passe pour vous quand vos patients rentrent… alors toutes mes questions c'est les patients gériatriques qui rentrent de court séjour.

M 5: De court séjour oui d'accord.

E : Comment ça se passe quand ils rentrent de l'hôpital ? En gros ?

M5 : Euh… (réfléchis)

E : Comment vous êtes au courant ? Dans quel délai ?

M5 : On est au courant assez vite en général c'est la famille qui appelle, soit c'est directement le patient, enfin la plupart du temps c'est plutôt l'aidant ou la famille qui appelle.

E : D'accord. Vous avez des courriers des fois ? Des fois c'est le médecin qui vous appelle ?

M5 : Le médecin qui nous appelle ça c'est rare. Quand même. Les gens rentrent à domicile sans qu'on sache trop quand est-ce qu'ils sont rentrés. Et les courriers, c'est très fluctuant. Souvent c'est un peu tard, mais ça s'est quand même amélioré je trouve.

E : D'accord. Par mail jamais ?

M5 : Non non non, ça fonctionnait pas par mail. Toujours par courrier.

E : Et il y a un délai assez important ?

M5 : Euh ça varie, non, le délai était pas si important que ça, alors moi j'ai surtout mon expérience de, installé à côté de J1, donc j'étais plutôt à K1 à côté d'un petit hôpital périphérique que je connaissais parce que j'avais fait mes stages là-bas, donc c'était plutôt à taille humaine, qu'à G1, où ça va être des grosses usines à gaz donc il y avait un côté un peu plus familial, souvent les médecins je les connaissais, donc des fois ils m'appelaient s'il y avait un souci et en termes de courrier c'était raisonnable comme délai.

E : D'accord.

M5 : J'avais les courriers assez vite.

E : Quand c'est à taille humaine, vous avez l'impression qu'il y a plus de … ?

M5 : Ben en tout cas c'est ce que, j'avais des courriers plutôt rapidement, je pense que en général dans la semaine j'avais mon courrier !

E : Oui c'est pas mal. Et le contenu du courrier vous convenait ? C'était clair, c'était … ?

M5 : Oui ! Alors on lit pas tout. Parce que tout est pas fait pour nous. Mais, mais… ou en tout cas on peut aller piocher un petit peu plus loin quand on a besoin, c'est ce qui est agréable. Il vaut mieux avoir un courrier un peu étoffé, qu'on lit en diagonale et dans lequel on peut revenir un petit peu en fonction des soucis qu'on a qu'un courrier trop concis. Alors c'est vrai que des fois le courrier du gériatre est assez… (sourire) ça peut être un peu pléthorique mais, mais voilà. Ça permet aussi des fois d'aller un peu plus dans le détail si on a un souci particulier avec le patient.

E : D'accord. Et l'ordonnance justement vous l'avez toujours dans ce courrier de sortie ou pas ?

M5 : L'ordonnance est dans le courrier de sortie oui.

E : Elle est claire ? Est-ce qu'elle est … ?

M5 : Oui c'est l'ordonnance de sortie hein, comme n'importe quelle ordonnance.

E : Plutôt, est-ce que, comment elles sont les ordonnances à leur sortie par rapport à l'entrée ?

M5 : (blanc) Ben je dirais, elles sont pas si… Quand elles sont changées, j'ai déjà essayé de limiter les prescriptions, donc j'ai pas forcément des prescriptions complètement modifiées, ou quand elles sont complètement modifiées bon, c'est pas aussi, c'est que… y'avait une réévaluation à faire, des fois ça nous arrange aussi. Donc ça dépend un petit peu pourquoi ils rentrent, mais on va dire que les ordonnances elles me choquent pas forcément, elles me choquent pas forcément à la sortie.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E : Oui elles ont plutôt un apport pour vous ? Enfin il y a une modification plutôt positive pour vous ?

M5 : Plutôt positive, sachant que c'est rarement forcément drastique, alors après des fois ponctuellement on peut tomber pas d'accord sur des traitements comme le diabète par exemple qu'on trouve un petit peu excessive ou qu'on est amené à changer.

E : J'allais vous demander justement quelles classes en général vous trouvez qui sont souvent modifiées ?

M5 : Ben je dirais c'est plutôt, ben c'est les psychotropes, ou alors parfois le traitement pour le diabète, qu'on est obligés de réadapter. Traitement antihypertenseur, ils sont assez… C'est assez cadré donc en général on n'a pas trop à y revenir, après les tensions peuvent monter ou augmenter, un petit peu adapter le traitement pour la tension, mais pour le reste… bétabloquants ou statine, on a rarement à le changer.

E : D'accord. Oui j'allais vous demander justement si c'était plutôt enlevé, plutôt rajouté ?

M5 : Ben… ça dépend. Je dirais qu'il y a pas bien de règles, ça dépend quand même de… c'est pas, je dirais pas c'est toujours en enlever ou en rajouter, rajouter la tartine qui a été enlevée à l'hôpital par exemple. Parce que… y'a pas mal de traitements, je pense que quand moi je me suis installé, des traitements de prédécesseurs, des vieux traitements qu'on essaie d'enlever, qui sont plus du tout prescrits. Donc effectivement y'a peut-être moins de nettoyage à faire sur les ordonnances, et du coup j'ai pas des ordonnances exubérantes qui vont me choquer à la sortie de l'hôpital. Alors parfois effectivement, à l'hôpital on est mieux suivi, y'a plus de personnel, donc y'a peut-être, des fois au niveau psychotrope y'a moins, les gens ils rentrent il faut un somnifère ou tout d'un coup ils sont agités et du coup il faut bien faire quelque chose sinon l'aidant il s'épuise et il tient pas le coup. Donc des fois on est ramené à remonter quelques psychotropes…

E : D'accord.

M5 : Les traitements des fois pour le diabète, surtout quand, des traitements injectables on peut être amenés à les faire varier parce que l'alimentation est pas la même, donc forcément y'a des ajustements à faire. Tout en sachant qu'on est quand moins strict pour le diabète actuellement donc…

E : Oui, les nouvelles recommandations.

M5 : Voilà, les nouvelles recommandations. Mais là y'a une dame par exemple qui est revenue de l'hôpital y'a pas longtemps, que j'ai récupérée de la maison de retraite, elle avait un protocole pour son diabète que je trouvais un petit peu sévère, donc ça je l'ai adapté.

E : D'accord.

M5 : Elle avait, en gros ils lui donnaient une cible de pas bouger son diabète entre 0.7 et 1.2, alors qu'elle avait 94 ans, qu'elle est pas loin de partir cette dame, donc…

E : Surtout pas qu'elle fasse d'hypo quoi.

M5 : Voilà. Le confort, c'est pas d'hypo, donc je l'ai réadapté, on a passé la même dose entre 1.2 et 2.5 et de changer à la marge ***.

E : Donc vous avez l'impression qu'il y a vraiment cette différence un peu entre…

M5 : Mais elle sortait pas de court séjour gériatrique, elle sortait de soins intensif cardio. Alors c'était pas… C'était pas une sortie de court séjour gériatrique. Et d'ailleurs en général, si elle était sortie de court séjour gériatrique j'aurais pas eu ce genre de prescription. Ça m'étonnerait qu'elle ait eu un protocole aussi sévère que celui que j'avais là.

E : Oui. Les gériatres sont plus peut-être… Comment dire…

M5 : Ah oui. Je pense… Ben ils sont plus près des recommandations…

E : Plus dans la globalité ? Proche des recommandations ?

M5 : Ben là c'était trop sévère, pour une femme de 94 ans ça correspond pas, c'est sûr que… c'est pas des prescriptions de gériatrie.

E : Donc globalement ce qu'ils mettent à l'hôpital, vous trouvez des fois par contre il faut quand même le réadapter à la maison ?

M5 : Oui. Mais, bon…

E : Mais indépendamment de…


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M5 : Moi je trouve qu'on fait la même médecine que les services hospitaliers, donc je trouve pas aberrant les prescriptions qu'ils me sortent de l'hôpital.

E : D'accord. Donc vous trouvez que le gériatre a… la valeur ajoutée du gériatre pour vous ? Elle est importante, elle est pas importante, elle est ?...

M5 : La valeur ajoutée du gériatre, ben ça permet d'avoir une béquille aussi, nous on n'a pas aussi un temps infini en consultation, donc y'a certains problèmes qui sont longs à traiter, et pour lesquels en médecine générale on n'a pas forcément tout le temps nécessaire pour se pencher sur le tableau. C'est sûr que y'a aussi la polypathologie qu'on peut pas gérer en ville, avec des gens qui peuvent pas se déplacer, pas forcément aller faire leurs examens complémentaires, donc les avis gériatriques ça permet de centraliser les problèmes, de centraliser les examens, de nous aider dans notre prise de décision ou dans les précisions diagnostiques parce qu'en ville on est assez limités chez les personnes âgées.

E : Vous faites des visites au domicile ?

M5 : Peu.

E : Peu ? Et quand vous en faites c'est toujours des patients âgés ? Ou pas forcément ?

M5 : C'est toujours des patients âgés. Des patients pas… qui peuvent se déplacer je les fais se déplacer.

E : Donc y'a la question du temps qui est limitant, et la question de la mobilité quoi.

M5 : La mobilité oui, et puis en plus de ça… honnêtement je trouve que à domicile on fait du mauvais boulot. On est mal installés, on est pressés, on n'a pas les dossiers non, parce qu'ils sont informatisés donc on n'a pas tout sous la main, ou alors sinon un dossier papier mais y'en a partout, enfin… Les gens ils sont pas forcément bien installés ils sont dans leur fauteuil on peut pas les déshabiller correctement, c'est pas forcément… Quand on fait des courriers c'est cochon, on peut pas remettre tous les antécédents donc, je trouve que pour moi le travail chez les patients c'est pas forcément du bon boulot.

E : D'accord.

M5 : On n'est pas dans les bonnes conditions pour faire un travail à tête reposée… Et même pour la transmission des informations. Je veux dire la plupart du temps les patients ils arrivent à l'hôpital sans rien parce que, parce que ça s'est trouvé que on était pressé, qu'on n'avait pas tout, ou qu'on pouvait pas se déplacer on a géré par téléphone, donc c'est sûr que pour la transmission des informations il vaut mieux voir les gens par cabinet plutôt que dans le contexte du domicile.

E : Oui je comprends. Oui effectivement en gériatrie on voit plus dans la globalité, puis on a tout à côté donc c'est plus simple.

M5 : Oui. Alors qu'au domicile… Nous non plus on n'a pas toujours les bonnes informations, on n'a pas toujours les dossiers enfin c'est plus compliqué, c'est pas, je trouve pas que ça soit forcément des bonnes conditions, des fois vous y allez en urgence y'a pas les aidants parce qu'ils sont pas là, du coup la personne elle peut pas bien nous expliquer, ça c'est pour quand vous connaissez pas bien le patient et que vous êtes dans une position de remplaçant. Médecin traitant on connait limite un peu mieux, mais remplaçant c'est plus compliqué. SOS médecin ben c'est pareil, ils connaissent pas tout, ils ont pas tous les antécédents, ils ont pas tous les courriers d'hospit parce que y'a des choses, ben quand on va voir le patient, y'a des auscultations qui sont un peu particulières. Si vous avez…

E : Oui si c'est connu ou pas…

M5 : Voilà, une paralysie diaphragmatique avec une auscultation… pas de murmure vésiculaire d'un côté, ben vous êtes SOS médecin… vous savez pas ce qui se passe, vous avez pas l'habitude, ben du coup vous hospitalisez, pour peu qu'il y ait un petit contexte infectieux derrière… Donc voilà, c'est plus compliqué.

E : Et est-ce que des fois vous êtes en difficulté avec la famille ou le patient par rapport au fait que les ordonnances soient modifiées ? Sur l'observance ?

M5 : Par rapport aux modifications de l'hôpital ?

E : Oui.

M5 : (blanc) Non, parce qu'en général c'est bien organisé. Ils reviennent de l'hôpital, soit ils ont l'infirmière pour leur préparer leurs médicaments donc… Pour l'observance, je dirais pas forcément.

E : D'accord. Ils sont pas trop perdus ? Ils ne vous posent pas trop de questions ?

M5 : Ben ils sont un petit peu perdus, y'a l'hospitalisation, mais… Après c'est toujours pareil, ça dépend pas du patient, ça dépend de l'aidant. Si jamais c'est pas quelqu'un en difficulté tout dépend des aidants que vous avez derrière. La limite pour moi du domicile, c'est la capacité des gens à avoir un soutien familial. Pour la personne qui est en difficulté.

E : Oui l'infirmière pour le coup c'est pratique pour l'observance des traitements à la sortie d'une hospitalisation.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M5 : Oui. Ah ben oui, ça c'est sûr, ben quand vous…

E : Y'a pas de questions de changement de… la molécule qui change de nom, enfin… ça ça pose jamais de soucis quoi.

M5 : Ça pose jamais de souci à partir du moment, soit y'a une infirmière, soit y'a un aidant qui a bien compris, qui est capable de le faire. Mais souvent, quand les gens sortent de l'hôpital, ils sortent pas tous nus, et encore y'a une différence justement entre un service de, entre une clinique qui fait de l'aigu, qui va pas forcément gérer ça, et un service de gériatrie ou en général quand les gens ils sont pas capables de prendre leurs médicaments tout seuls ils sortent pas sans rien et ils vont sortir avec une prescription d'infirmière.

E : Oui ils sont bien entourés.

M5 : Ils sont bien entourés, l'apport des services de gériatrie effectivement c'est que ça va pas être n'importe quoi, quand on parle de suivi médical, la prise en charge va pas être la même en court séjour quand ils sortent de gériatrie parce qu'il va y avoir une prise en charge plus globale, et justement il va y avoir une attention portée plus importante à tout le côté social et délivrance des médicaments. Ça c'est une différence énorme.

E : Pour vous y'a un apport sur la iatrogénie ?

M5 : Oui, que je voyais moins à… là où j'étais installé. Parce que le circuit il était plus hôpital local, j'avais pas… Mes patients âgés ils partaient jamais en clinique par exemple. Alors que là ça arrive quand même qu'ils partent à L1. Sur de la médecine des personnes âgées c'est nul. Très clairement.

E : D'accord. En fait s'ils sont pas dans un service de gériatrie…

M5 : Oui, ah ben… Dans un service qui a pas l'habitude oui, c'est pas adapté.

E : Parce qu'ils prennent en charge le problème… aigu, et ils prennent pas en charge le patient après pour le retour.

M5 : C'est pris en charge au tiers quoi.

E : Pour l'ordonnance aussi du coup ?

M5 : Pour tout !

E : Pour tout.

M5 : Pour tout, y'a des trucs un peu aberrants…

E : Vous avez une anecdote d'ailleurs ? Je ne vous ai pas demandé. Si vous aviez une anecdote comme ça sur un traitement qui n'allait pas à un retour, ou alors au contraire qui était très adapté !

M5 : Ben le dernier retour c'était cette dame avec… qui a été prise en charge très bien pour son problème aigu ! Elle a eu sa pile hein, rapidement, parce qu'elle était en BAV 3 donc… elle a été pilée avec 30 battements par minute, donc elle a été pilée le soir même. Elle est revenue assez vite mais par contre, par contre elle est revenue avec ses gros œdèmes des membres inférieurs et puis, et puis… son protocole de diabète qui était hyper agressif pour quelqu'un de 90 ans.

E : Ah c'est cette fameuse dame !

M5 : Mmh.

E : Oui effectivement. Ils avaient pas réadapté tout le traitement, ils l'avaient pas revu un peu… Ils ont fait la chose exacte… Et ils l'avaient pas fait passer en cours séjour gériatrique dans les suites du coup ?

M5 : Non. Non non ils ressortent comme ça ils sont… éjectés de la clinique à la maison de retraite.

E : Mais alors elle devait être dans un état quand même plutôt… bien pour son âge non ?

M5 : Oui elle est pas si mal que ça, oui !

E : Quand j'étais en gériatrie on en avait beaucoup des poses de pacemaker, des suivis de pose de pacemaker.

M5 : Non non cette dame allait pas trop mal.

E : D'accord. Et quel est votre sentiment quand vous voyez les modifications d'ordonnance ? Qu'est-ce que vous ressentez ?

M5 : Oh ben rien. Un ressenti vis-à-vis de ce que j'avais fait moi ou ?...

E : Oui, est ce que vous trouvez que c'est très positif parce que vous ça vous apporte dans votre pratique de tous les jours, est ce que vous êtes agacé, est ce que vous êtes neutre ?


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M5 : Je suis très neutre. Agacé non. Et encore une fois je trouve pas que ça soit démentiel les modifications que je peux avoir quand les gens rentrent hein.

E : Oui elles sont pas si importantes que ça ?

M5 : Elles sont pas si importantes que ça, c'est pas, ils reviennent pas avec un traitement totalement différent donc non. Et puis après… voilà.

E : D'accord. Et vous comment vous arrivez dans les consultations de tous les jours à revoir l'ordonnance des patients gériatriques ? A les réévaluer ?

M5 : Ben j'essaie de pas en mettre trop, c'est souvent comme ça que je me pose la question.

E : C'est pour ça pour vous qu'en fait y'a pas forcément beaucoup de modifications à faire. Vous faites attention dès le départ…

M5 : Oui y'a pas forcément beaucoup de modifications, j'essaie de faire en sorte qu'il y ait pas 40 000 choses sur l'ordonnance qui vont servir à rien, après c'est toujours la question d'un traitement qui pose pas de problème apparemment, est ce qu'on l'enlève ou pas, mais… C'est vrai qu'à un moment on a toujours à enlever des statines qui servent plus à rien, ou alléger un protocole de diabète…

E : Et les patients ?...

M5 : … A diminuer des traitements pour la tension, lorsque la tension est bien contrôlée. Oh les patients, non, ils disent…

E : Ils sont plutôt observants, compliants quoi ?

M5 : Oui parce que vous êtes le médecin traitant après, il faut juste attendre de devenir le médecin traitant quand on vient juste de s'installer, et une fois que ça c'est acquis vous pouvez changer y'a pas de problème.

E : D'accord.

M5 : Là j'ai un patient notamment, un patient là qui, mais il est revenu de, il est pas revenu de court séjour gériatrique, il est revenu de L1. Donc y'avait pas de modifications de traitement à proprement parler. Mais peut-être qu'il va y aller justement, pour… Je me pose la question, pour une évaluation de son état.

E : Et vous l'enverriez pourquoi ?

M5 : Parce que en l'occurrence, il est *** donc c'est sa femme qui s'occupe de lui…

E : Il est pardon ?

M5 : Il est paraplégique, c'est sa femme qui s'occupe de lui. Là il a été hospitalisé à plusieurs reprises j'ai une hyponatrémie qui était dans le cadre de ses diarrhées je pense, post antibiothérapie, y'a un syndrome inflammatoire qui fluctue un petit peu pour lequel il a été traité à L1 par des quinolones pour une infection urinaire mais il a une sonde alors… Est-ce que c'est vraiment une infection urinaire sachant que là il ne fait pas de fièvre ? Il a une désorientation qui se majore un petit peu, de temps en temps certaines nuit. Donc il y a des appels comme ça ponctuels à SOS médecins parce que des fois il a passé une nuit à crier… Voilà et en même temps y'a des jours où il est très bien alors, on oscille toujours entre l'hospitalisation qui même en gériatrie peut le déstabiliser un petit peu, et puis le maintien à domicile… Sachant que sa femme gère quand même bien les choses. Donc voilà, il a pas un traitement pléthorique, au niveau de la diminution de son traitement on peut pas faire grand-chose, je lui ai régulièrement diminué ses antihypertenseurs parce qu'il a une tension qui est pas très haute qui justifie plus d'antihypertenseur. Et donc voilà et après, donc si jamais il part en gériatrie, ben je serais plutôt curieux de voir comment est-ce qu'il revient, les adaptations qui ont été faites, de pas vouloir les changer tout de suite mais de voir un petit peu comment ça tient, pour les adapter en fonction de comment sera le monsieur. Mais dans ces cas-là même s'il revient il reviendra pas avec un traitement révolutionnaire, il y aura peut-être une petite adaptation au niveau cardio parce qu'il a quelques œdèmes, est-ce que y'a pas une composante cardiaque, là je lui ai demandé des BNP pour voir, et puis une adaptation plutôt psychotrope. J'ai aussi un problème chez une patiente qui avait un suivi gériatrique, elle était passée en court séjour gériatrique, elle était Alzheimer à domicile par exemple, sur une désadaptation, et puis on avait pas mal enlevé de traitements psychotropes, et puis elle se remettait à voir des dauphins nager dans sa cour, alors pendant plusieurs semaines c'était des dauphins y'avait rien d'agressif, on arrivait bien à lui faire les toilettes, donc on a laissé nager les dauphins. Et puis au bout d'un moment ça s'est un petit peu dégradé c'était un peu plus agressif, elle se laissait moins faire les toilettes par le personnel, donc j'ai introduit un peu de risperidone et puis… Et puis ça a pas tenu, c'était difficile en plus elle avait une relation particulière avec sa mère donc elle a été hospitalisée. Et définitivement, puisqu'elle a été institutionnalisée derrière. Moi j'ai pas beaucoup de personnes âgées ici, j'en avais plus sur mon autre installation.

E : En fait il faut privilégier la qualité de vie ? Plus que l'espérance ?

M5 : Oui. Et s'adapter à ce que veulent les gens aussi.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E : Oui. Ils expriment des fois qu'ils veulent pas trop de médicaments ?...

M5 : Oh ça dépend des gens, y'a des gens qui en veulent plein, d'autres qui en veulent pas.

E : Et on arrive à adapter ?

M5 : Ben c'est la dame que j'ai envoyé à L1, elle elle veut mourir. Elle veut aller en Suisse ou en Belgique. Et quand je lui ai dit qu'elle allait à l'hôpital, elle m'a demandé « mais vous allez me prolonger la vie docteur ? »… Donc elle elle veut pas de médicaments. Enfin ça dépend. Elle veut pas que je lui prolonge la vie, mais elle a des douleurs et elle voudrait beaucoup beaucoup de médicaments…

E : Oui pour avoir une bonne qualité de vie.

M5 : Pour, ben pour avoir une bonne qualité de vie… Elle a des espèces de bouffées de chaleur qui lui traversent le corps de haut en bas, dans la journée comme ça c'est très bref, elle a des douleurs de droite et de gauche mais en même temps elle bouge bien elle boite pas trop, enfin voilà… Donc elle veut mourir, y'a pas mal d'insatisfaction là-dedans, elle a eu un bilan neurologique qui lui a trouvé des maladies des gaines de myéline, enfin voilà le truc typique… donc elle avait un antiépileptique… donc on peut, on pourrait lui donner des codéinés, de la lamaline de l'Ixprim, du Lyrica ou n'importe quoi, le problème c'est que si on se lance là-dedans, elle s'arrêtera de se plaindre quand je l'aurais transformée en zombie. Parce qu'avant, même si je la mets sous Lamaline d'ailleurs on a essayé la Lamaline par rapport au Doliprane : ça a rien changé. Elle avait toujours autant de plaintes de droite et de gauche, donc là j'ai eu sa fille, je lui ai dit je pense que la solution c'est pas de rentrer là-dedans, je lui ai mis un antidépresseur, on a mis un anxiolytique, mais on va pas augmenter parce que sinon quand elle se plaindra plus c'est qu'elle sera assommée cette pauvre dame.

E : Mmh, je comprends.

M5 : Après on peut retourner voir un neurologue, et X et Y, mais de toute façon ça va être… l'association des traitements les uns sur les autres…

E : Oui puis on va être iatrogène quoi.

M5 : Et on va être iatrogène, et elle se plaindra plus quand elle sera shootée, donc… donc le but, ben c'est de pas trop… de pas trop en mettre.

E : C'est de trouver le juste milieu quoi.

M5 : Voilà.

E : Soulager mais sans les rendre complètement …

M5 : Et ça les services de gériatrie le font très bien, c'est pour ça qu'en général je suis assez d'accord avec les prescriptions qui sortent de ces services-là.

E : Ça marche. Et vous bossez avec quels services ?

M5 : Ben j'ai pas d'habitude ici, pour l'instant, encore.

E : Vous êtes installés depuis combien de temps ?

M5 : Le court séjour gériatrique de K1 à côté de J1 oui, je connaissais bien, mais ici je suis installé depuis un an et demi et j'ai quasiment pas de personnes âgées, donc…

E : Oui j'allais vous demander c'était une de mes questions simples, mais pour le pourcentage de plus de 75 ans ?

M5 : Très peu, pourcentage, je dirais 10%.

E : Oh ben c'est…

M5 : De plus de combien vous dites ?

E : 75 ans. 10% c'est pas si bas que ça.

M5 : Ou même pas, peut-être pas…

E : Et à J1 vous étiez installé depuis combien de temps ?

M5 : Depuis 7 ans. Et j'avais repris une patientèle, c'était plus mélangé. Y'avait quand même plus de renouvellement, plus de personnes âgées.

E : D'accord.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M5 : Je dis 10, mais oui je dirais 10, parce que, ben à la maison de retraite c'est peut-être pas 10 c'est peut-être 5.

E : D'accord.

M5 : Des domiciles j'en fais un par semaine. Plus la maison de retraite, mais j'ai une visite à domicile par semaine, pas plus.

E : Oui vous faites des visites à la maison de retraite ?

M5 : Mmh.

E : Je crois que je vous ai posé toutes les questions, pas dans l'ordre mais… Est-ce que vous utilisez des outils de prescriptions ?

M5 : Euh par internet non pas trop. Comme… la prescription antibiotique des fois. Mais rarement.

E : Non par exemple les critères de Beers pour la personne âgée, le START and STOPP, les choses comme ça ?

M5 : Non, non ça c'est trop…

E : Plutôt gériatrie, c'est ça ?

M5 : Oui. Non les échelles je les utilise pas.

E : Et est-ce que vous vous sentez impliqué, mais là du coup oui vous avez pas encore beaucoup de connaissance des courts séjours, mais est-ce que vous vous impliqué dans les modifications d'ordonnance quand ils sont hospitalisés ? Vous disiez que vous étiez pas trop appelé ?

M5 : Ah non pas trop, pour ça non on n'est pas trop appelé.

E : Sinon ça serait trop compliqué peut-être ? Ou alors vous aimeriez être plus ?...

M5 : Ben… (soupir) Impliqué dans la prescription, modification de traitement ? Non y'a pas forcément besoin, euh… après quand y'a vraiment des gros points d'interrogation mais… Il faut aussi que les gens s'adaptent au patient dans le service hein.

E : Oui pour vous ils ont une bonne vision du patient ils ont pas besoin de vous appeler pour savoir comment ça se passe à la maison, en général ils ont les réponses avec les familles, ou…

M5 : Puis faut quand même être clinique sur ce qu'on a en face de soi et pas ce qu'on avait avant-hier. Faut quand même faire en fonction du temps présent. Après quand on nous appelle, c'est plus pour avoir le contexte clinique des antécédents des gens. Le problème, la fluidité de l'information pour moi, le problème c'était ça. Mais les logiciels, quand on fait attention, ça arrange bien les choses. Quand on a les antécédents qui sont bien libellés et qui se mettent dans le courrier, donc c'est un gain de temps et là du coup les services ils ont plus besoin de nous appeler quand ils ont vraiment le contexte.

E : Ben justement, ma dernière question que je vous ai pas posée, c'était comment vous pensez améliorer la communication entre justement le court séjour et vous ? L'hôpital et vous ?

M5 : *(téléphone qui sonne)* Ben c'est qu'on ait tous les informations c'est-à-dire que les courts séjours ils aient l'historique de ce qui s'est passé pour le patient, après les questions du moment ils peuvent les poser à la famille ou nous appeler quand justement y'a des gros problèmes ils nous appellent, mais la fluidité de l'information c'est ça, qu'est ce qui a été fait les mois précédents, qu'est-ce qu'il y a comme biologie pour savoir, la fonction rénale elle s'est dégradée brutalement ou pas brutalement, c'est d'avoir des éléments médicaux, l'histoire médicale, ancienne et récente.

*(répond au téléphone)*

Ben ça c'est sûr qu'avoir une bonne information sur les patients c'est le plus important. Parce que quand vous arrivez, quand vous êtes interne à l'hôpital et que y'a un patient avec une ordonnance comme ça et que vous avez aucun antécédent, ce qui est souvent le cas quand même pour les personnes âgées, bon… Et quand vous recevez en maison de retraite un patient et que vous avez pas tous les éléments non plus, du coup ça prend du temps alors qu'avec un bon courrier et un bon résumé médical, voilà.

E : Oui je suis d'accord !

M5 : La fluidité c'est ça hein, c'est avoir des informations concises sur ce qui est en cours, quel suivi a été proposé, d'avoir des historiques de courriers… Bon quand il y a une pathologie cancéro, ben qu'est-ce qu'a dit le cancéro, est-ce qu'il veut revoir les patients… A G1, y'a quand même aussi des fois certains spécialistes qui renouvellent leur prescription, donc le diabéto va renouveler ses prescriptions et voir le patient tous les 6 mois, le cardio va renouveler ses prescriptions et voir le patient tous les 6 mois, et c'est pas forcément le généraliste qui renouvelle ça, des fois du coup les patients ils ont des bouts d'ordonnances à droite à gauche, quand chacun fait sa cuisine y'a des doublons, je trouve pas que ça soit la solution idéale par contre.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E : Et ça c'est à vous de rassembler dans une même ordonnance ? C'est vous qui faites le lien entre toutes les spécialités ?

M5 : Non, parce que après quand ils ont un… ben…

E : Non ils vous voient pas en fait entre temps c'est ça ?

M5 : Non, voilà, ils nous voient pas entre-temps. Alors qu'à J1, j'avais jamais là pour le coup y'a aucun spécialiste qui prescrivait quoi que ce soit, il me faisait un courrier avec un conseil, voilà « je te conseille de prescrire ci ça et ça » et l'ordonnance elle sortait que de moi.

E : D'accord !

M5 : Ça évite quand même…

E : Et ici à G1 ils prescrivent en fait ?

M5 : Pas tout le temps, mais j'ai quand même des patients qui ont une ordonnance du cardio, une ordonnance de l'endocrino, une ordonnance… Et c'est pas forcément l'idéal pour le suivi médical.

E : D'accord, et le gériatre ben pour le coup effectivement il fait le…

M5 : Le lien de tout.

E : Il fait le lien de tout oui. Ben justement j'allais vous demander si vous aviez une… Mais vous m'avez déjà répondu. Un lien avec votre ordonnance. Si vous êtes attaché à vos ordonnances.

M5 : Euh… On va dire en tout cas je pense que c'est mieux qu'il y ait qu'une seule ordonnance pour le patient. Ça on le sait, ça fait partie des erreurs, un patient qui a un bout d'ordonnance d'un côté, un bout de l'autre, moi je fais attention à ce que mes patients n'en aient qu'une seule. Quand je fais la modification, je fais pas la modification d'un traitement, je fais la modification de tout le traitement.

E : En fait à chaque fois que vous revoyez le patient vous essayez de…

M5 : Oui, qu'il y ait qu'une ordonnance.

E : … de lister tout quoi.

M5 : Oui. Parce que ça, pour les personnes âgées, en avoir des bouts de droite et de gauche, c'est la catastrophe. Et quand ils font des collections d'ordonnances comme ça, je déchire tout, pour qu'ils gardent que la dernière.

E : C'est bien.

M5 : Parce que sinon… c'est des bêtises.

E : Ok ! Vous aviez d'autres choses à me dire sur ce sujet ou ?...

M5 : Ben non ! Et vous n'avez pas d'autres questions ?

E : Non !

### 7.3.6 Entretien 6

E : Comment ça se passe quand vos patients rentrent de l'hôpital ? Vos patients gériatriques ?

M6 : Oui ?...

E : Comment ça se passe quand ils rentrent de l'hôpital, de court séjour ?

M6 : C'est-à-dire comment ça se passe ?

E : Concrètement, comment vous êtes au courant ?...

M6 : D'accord, ah ben alors il y a des courriers, qui arrivent pas toujours tout de suite, en général on est au courant déjà par le patient. En général avant, qui, alors comment ça se passe en général… surtout court séjour, ils attendent pas pour appeler pour qu'on vienne même si ils ont une ordonnance d'un mois en sortant. En général ils appellent assez rapidement. Pour une visite en général, enfin ça dépend, mais… assez rapidement. Après comment ça se passe oui qu'est-ce que je pourrais dire de plus… je sais pas bien. Après le courrier arrive (rires).

E : Plus ou moins rapidement c'est ça ?

M6 : Plus ou moins rapidement mais bon, ça…


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E : Donc vous voyez souvent…

M6 : Le patient avec l'ordonnance sans avoir le courrier. Au tout début, oui.

E : Et c'est pas gênant dans la prise en charge du retour ?

M6 : Si, si si c'est pas forcément très très pratique mais bon on arrive à… On arrive à décrypter l'ordonnance, on arrive à décrypter ce que le patient dit, on arrive à… (rires)

E : Et c'est que par courrier ? Vous avez jamais eu des mails, ou ?...

M6 : Mail… ça commence à venir avec M1, mais j'ai pas encore eu de patients… enfin de toute façon gériatrique en court séjour à M1 y'en a pas trop mais, des mails c'est vrai qu'à part avec Q1, et là j'ai pas de personne en gériatrie en court séjour, en général ils viennent de N1 ou… N1. A1, rarement d'ailleurs je suis en train de… oui rarement d'ailleurs, c'est souvent N1 en grande majorité, ben on n'a pas encore par mail. Après c'est vrai que c'est court séjour, parce qu'on a… Bon y'a des sorties par exemple de A1 ou O1, où on a les courriers… Alors O1 on a les courriers assez rapidement, A1 nettement moins, des fois on ne les a pas. Mais bon ça c'est…

E : Et quand vous les avez c'est combien de temps à peu près de délai ?

M6 : A vue de nez…

E : Oui à vue de nez !

M6 : Oui, à vue de nez… Ça dépend aussi des hôpitaux je crois, alors vraiment à vue de nez moi je dirais que A1 c'est long… Ça peut faire 15 jours. 15 jours 3 semaines quand ils arrivent, N1 c'est souvent quand même plus rapide, la semaine 10 jours, O1 aussi quand même en général c'est assez rapide. Mais bon, c'est du subjectif.

E : Et justement, comment sont leurs ordonnances quand les patients rentrent ?

M6 : Comment sont les ordonnances ? (réflexion)…

E : Est-ce qu'il y a pour vous beaucoup de changement ou pas par rapport à vos ordonnances ?

M6 : Moins qu'avant. Nettement moins qu'avant.

E : C'est-à-dire ?...

M6 : (réflexion) Souvent, je trouvais qu'avant quand les personnes âgées, allez on va dire gériatriques, surtout en court séjour là pour le coup, surtout en court séjour, les gériatres changeaient toute l'ordonnance sans tenir compte du mode de vie de la personne, des plaintes de la personne, et on se retrouvait avec des ordonnances complètement modifiées qu'il fallait parfois adapter ou… Parfois ça allait bien au contraire c'était une chance, et parfois au contraire c'était pas pratique du tout parce que la douleur était plus contrôlée, mais parce qu'ils étaient restés pas très longtemps, et ils avaient pas eu le temps vraiment de voir la réaction de la personne quoi. Et ça je trouve que c'est moins, l'ordonnance est plus en général laissée… enfin laissée telle quelle, non avec les modifications qui peuvent s'imposer, mais plus respectée qu'avant. Même, je me souviens d'une patiente âgée de m'être un peu… pas mise en colère mais énervée parce qu'elle avait 90 ans, elle était ressortie avec des statines et que j'avais pas compris. Voilà avant il y avait beaucoup plus d'interventions un peu intempestives.

E : D'accord ! Et là ils auraient tendance à plus respecter ?...

M6 : C'est la sensation que j'ai.

E : En rajoutant un petit peu, en enlevant ?...

M6 : En faisant des dosages de vitamine D (rires) et en rajoutant de la vitamine D que j'oublie parfois souvent ! (rires) Voilà, et… (réflexion), oui en rajoutant ou en enlevant, mais voilà, sans chambouler toute l'ordonnance. C'est peut-être un remède… Voilà, sans que l'ensemble de l'ordonnance ne soit chamboulé.

E : Et le patient ? Il comprend bien cette ordonnance ? Ça vous a déjà mis en difficulté sur son observance, ou pas trop justement comme c'est pas trop changé ?

M6 : Non. (réflexion) Enfin j'essaie de…

E : Parfois quand ils sortent de l'hôpital on met pas la même molécule, enfin c'est la même molécule mais pas avec le même nom, est ce que des fois ils sont un peu perdus ?


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M6 : Le plus fréquent moi je dirais c'est le Dafalgan remplacé par… Non plutôt le Doliprane remplacé par le Dafalgan, mais voilà !... Après non… J'essaie de réfléchir en même temps à des cas concrets… Peut-être certains anxiolytiques qui sont remplacés par d'autres, mais bon ça reste très… Non le plus fréquent c'est le paracétamol hein.

E : D'accord, donc ils ont plutôt tendance à respecter les ordonnances plus qu'avant.

M6 : Plus qu'avant… Les patients ont eu le temps de s'habituer aux génériques, donc les modifications par exemple d'Efferalgan remplacé par paracétamol c'est… Le patient arrive plus facilement à s'y faire, moi je me souviens mais il y a très longtemps il y a une quinzaine d'années, une dame âgée effectivement qui était sortie avec des génériques et qui du coup prenait le double du traitement parce qu'elle avait continué mon ordonnance et elle avait pris l'ordonnance de l'hôpital ! Enfin voilà elle avait mélangé parce qu'elle avait pas la notion du générique. Maintenant c'est quelque chose qui est rentré dans les mœurs donc à la limite ils ont l'impression qu'on leur a modifié leur traitement, des fois ils ronchonnent un peu parce qu'ils sont attachés à leur traitement et on leur dit « mais non mais c'est la même chose » enfin…

E : Il suffit de leur expliquer ils comprennent ?

M6 : Voilà. Ça passe mieux maintenant. Des fois ils veulent pas des génériques alors on fait marche arrière mais bon. (rires)

E : Et vous votre ressenti ? Par rapport aux ordonnances qui sont changées ?

M6 : Ben si j'ai demandé à ce qu'ils soient hospitalisés par exemple c'est bien parce que j'étais en difficulté donc si l'ordonnance est changée et que ça va mieux ben ça me va bien ! (rires)

E : C'est plutôt positif pour…

M6 : Oui tout à fait !

E : Vous trouvez que ça apporte un plus quoi.

M6 : Oui tout à fait, parfois c'est vrai que dans certaines situations on est un peu enlisé avec un patient. Qu'il y ait des modifications qu'on n'arrive pas forcément à faire, des arrêts… Alors sur le court séjour c'est plus difficile, parce que c'est sur le long séjour que ça se gère plus facilement. Sur le court séjour un arrêt de somnifère par exemple qui peut bien nous arranger mais « on n'arrive pas à faire comme ça, mais remettez moi quand même »… et puis je sais pas bien dire non alors je le remets quand même, euh… C'est vrai qu'un court séjour la personne âgée va plus dire « oh il m'a oublié mon somnifère » alors que sur un long séjour il peut ressortir avec un arrêt de somnifère et on est bien content, et le boulot a été fait !

E : Et il ne redemande pas derrière quoi.

M6 : Dans la mesure où on a fait plusieurs semaines qu'ils ont été sans leur traitement et que finalement ça va bien pas forcément non. Pas forcément.

E : Donc ils ont plutôt tendance à rajouter vitamines, des choses comme ça, et plutôt à enlever anxiolytiques…

M6 : En général oui.

E : D'accord, et c'est plutôt un apport.

M6 : Oui oui.

E : Vous n'êtes pas en difficulté par rapport à ça, le patient vous embête pas…

M6 : (voix chuchotée) Ça dépend des patients, c'est toujours pareil (rires, voix à nouveau normale) c'est toujours pareil ! C'est vrai qu'être général c'est difficile, parce que… Après y'a toujours le patient qui va dire « oui non mais, et puis je dormais rien du tout ils disaient que je dormais bien mais je dormais rien du tout » enfin bon, mais… Non, sincèrement… Alors voilà je pense que ce qui fait la différence c'est vraiment court séjour/long séjour. Court séjour le patient va plus m'embêter. Moi je pense plus long séjour enfin… Le patient qui sort de SSR, voilà. Le traitement aura, sauf éventuellement des modifications qui auront eu lieu juste avant la sortie, mais sinon le traitement aura eu le temps d'être accepté ou compris. Court séjour, je crois que c'est là où il y a encore le moins de… Il me semble que le court séjour par rapport à avant, les ordonnances sont pas chamboulées.

E : Et du coup vous avez pas cette impression qu'il y a le patient de l'hôpital par exemple et le patient que vous avez-vous au cabinet ou à la maison ?

M6 : Ah ben si, c'est très différent, si, mais pas sur le court séjour. Justement. Parce que maintenant les ordonnances, j'ai l'impression que l'hôpital maintenant respecte beaucoup plus l'ordonnance du patient en se disant « bon il a ça il a ça il a ça, on va pas tout déstabiliser sur quelques jours. ». Après le patient de l'hôpital différent du patient de la maison c'est plus parfois sur un séjour à l'hôpital un peu long, où le patient se retrouve à la maison avec les difficultés de la maison, et une anxiété qu'il n'avait plus eue à l'hôpital se manifeste à la maison enfin des choses comme ça. Mais ça après on adapte, c'est


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

pas dès la première consultation qu'on a toutes les récriminations, comme on les voit quand même assez rapidement… Je vais dire, se redégrade au fur et à mesure.

E : Et est-ce que vous vous sentez impliquée dans ces modifications… Alors il n'y en a pas beaucoup donc c'est vrai que mes questions… Est-ce que vous vous sentez impliquée dans la modification ? Est-ce qu'ils vous appellent par exemple ? (blanc) Pour savoir comment ça se passe à la maison ?

M6 : C'est rare quand même hein. Non, pas trop. Parfois il y a des personnes avec lesquelles on a des relations un peu privilégiées donc on peut être au courant en cours de route mais pas… Non y'a pas d'appel dédié à une modification de traitement vraiment…

E : Et du coup vous n'êtes pas forcément attachée à votre ordonnance ? Vous me disiez que si vous l'envoyiez en gériatrie c'est que ça vous arrange.

M6 : C'est que je suis en difficulté et que j'ai besoin de leur aide, (rires) donc je vais pas…

E : Vous êtes pas forcément « attachée » à l'ordonnance en soi ?

M6 : Non, non non (rires) Surtout que dans une ordonnance, il y a ce qu'on sait qu'on doit faire et il y a tout ce qui nous embête mais qu'on n'arrive pas à modifier ou… Voilà. Donc quand pendant le séjour tout ce qui nous embête a été éventuellement enlevé, moi je trouve que ça m'arrange !

E : Oui vous pensez qu'un regard extérieur des fois c'est plus facile d'épurer un peu ?

M6 : C'est plus facile oui.

E : Parce que le patient il n'entend pas qu'il faut, si on leur dit « ça ça sert plus à rien », c'est difficile en fait d'essayer d'enlever des traitements…

M6 : Alors le « ça sert plus à rien » ça va. Ça va. C'est plus, enfin moi je pense surtout, là où je n'arrive pas, c'est anxiolytique et somnifère. Parce qu'à la limite lui dire « ça sert plus à rien de prendre un somnifère » il va dire non. Le « ça sert plus à rien » si c'est… enfin qu'est-ce que je pourrais trouver… un veinotonique, ou, enfin voilà le patient il va, ça pose pas un gros souci. C'est ce qui va éventuellement favoriser une petite insomnie même si c'est quelque temps, ou là c'est beaucoup plus dur quand même, surtout à la maison. Parce que même s'il accepte apparemment, parfois deux trois jours plus tard on a « ben je dors pas de la nuit » enfin voilà, c'est plus compliqué. Alors qu'à l'hôpital c'est peut-être plus… j'allais dire facile, voilà on donne les médicaments ou on ne les donne pas à l'hôpital ! Donc ça se fait beaucoup plus facilement.

E : Il a peut-être tendance à moins le demander ? Ou à moins se plaindre, je sais pas.

M6 : Je sais pas. Je sais pas si c'est ça. Je pense qu'ils se plaignent autant à l'hôpital. Je pense qu'ils demandent autant. Mais peut-être qu'on… Bon et c'est propre à moi, j'ai du mal à dire non donc c'est mon défaut !

E : C'est pas facile en même temps !

M6 : Non mais c'est ça ! C'est ça.

E : Dons des fois ils sont enlevés à l'hôpital, puis ils demandent quand ils rentrent à la maison.

M6 : Ça arrive. En court séjour oui. Ou ils ont… Il traine un Temesta au fond d'une ordonnance qu'on n'arrive pas à changer par un autre anxiolytique. C'est changé à la sortie de l'hôpital et au retour à la maison c'est « mais il ne me fait rien leur machin il faudrait me remettre le Temesta ». Voilà.

E : C'est pas facile. C'est presque le patient qui gère un peu son ordonnance ?

M6 : Ben qui gère, qui… Ben en fait… Oui mais en même temps c'est le patient qui prend ses médicaments !

E : Oui c'est pour ça.

M6 : Donc c'est le principal concerné, donc lui il dit « leur médicament il me fait rien » alors même si on se dit « bon il est peut être attaché à ses habitudes, y'a un effet placebo, y'a ci y'a ça » On est vite coincés !

E : Et par rapport à d'autres spécialistes, le gériatre, il est plus ?... Il modifie moins l'ordonnance, enfin… Il est pas juste sur une spécialité, il est plus global ?

M6 : Ah oui ça c'est certain. Je suis en train de réfléchir, par rapport aux autres spécialistes le gériatre… Je suis en train de réfléchir avec quels gériatres je peux être en contact… A part l'hôpital de O1… Oui c'est surtout avec l'hôpital de O1 que je suis en contact avec des gériatres, à ce moment-là c'est plus des, c'est exceptionnellement des courts séjours à l'hôpital de O1, c'est plus…


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E : C'est plus du SSR ?

M6 : Oui.

E : Est-ce que vous avez des anecdotes justement ? Une anecdote particulière sur un patient qui serait revenu avec un traitement vraiment différent par exemple qui vous a marquée, ou…

M6 : C'est vieux. C'est vieux moi j'avais une dame… C'est pour ça j'ai moins l'impression qu'on est sur une autre planète maintenant qu'il y a une quinzaine d'années.

E : C'est intéressant.

M6 : Il y a une quinzaine d'année, mais je sais même pas, j'ai peut-être une anecdote mais je sais même pas si c'était un gériatre et j'avais trouvé ça… Même chose une personne qui était sortie, oh mais il y a pas si longtemps que ça aussi, un monsieur il y a peut-être cinq ou six ans qui était sorti avec un traitement pour le diabète j'avais pas compris : sous Metformine à 90 ans ! Il avait des hémoglobines glyquées autour de 7, ben je l'ai arrêté, voilà ! Mais je sais même pas si c'est un gériatre qui avait modifié l'ordonnance. C'est… et c'est même chose, c'était un traitement pour le diabète il y a une quinzaine d'année, même chose ben je lui avais arrêté car je voyais vraiment pas l'utilité de ce traitement pour le diabète. Mais… après des ordonnances où tout est arrêté j'ai un patient qui a de gros problèmes de dépression depuis des années, qui a fait plein de tentatives de suicide, et qui a un traitement… psychotrope assez cogné. Je me souviens une année à l'hôpital ils lui avaient tout arrêté ça a été une catastrophe, il y a deux trois ans de ça. Il était resté une semaine, je crois que c'était à N1. Il était resté une semaine, ils lui avaient tout arrêté il était rentré à la maison, eh ben ça avait complètement coincé, bon, et puis il a vu un psychiatre qui a tout remis, bon ! (rires) Contente que le psychiatre remette tout quoi ! Mais… c'était un petit peu…

E : Ils l'avaient pas gardé suffisamment longtemps pour voir l'effet quoi.

M6 : Voilà, une semaine pour dire « Ben vous avez tel antidépresseur hop ben on vous l'arrête, vous avez tel anxiolytique hop on vous l'arrête » Enfin euh… Bon c'est sûr qu'il avait un traitement bien trop long hein, bien trop lourd, c'est pas les cinq lignes de prescriptions hein ! (rires) Mais…

E : Oui, il faut pas arrêter sans réfléchir non plus parce que sinon…

M6 : Et sur un court séjour c'est difficile quand même. A part quand c'est cardio, quand c'est… Tout ce qui est du domaine du psychiatrique c'est quand même difficile sur une semaine d'évaluer un peu les conséquences des modifications.

E : Les hospitalisations en psychiatrie d'ailleurs doivent être bien plus longues que ça.

M6 : Oui ! Mais là ce monsieur c'était un… C'est quand même exceptionnel. Et d'ailleurs il a été ré hospitalisé depuis, ils ne touchent plus à son ordonnance ! (rires) Il ressort avec une ordonnance aussi longue que celle qu'il avait en rentrant. (rires)

E : Il est connu maintenant dans le milieu !

M6 : Exactement ! Mais ça voilà, on l'a de moins en moins, enfin moi j'ai de moins en moins la sensation que le discours c'est « pff, qu'est-ce que c'est ce médecin qui met des tonnes, des lignes de médicaments et qui… »

E : Vous vous sentez pas jugée, il y a plus du… ? Comment dire…

M6 : Il me semble.

E : C'est plus dans l'intérêt du patient ? Vous vous comprenez mieux qu'avant ?

M6 : Oui. Tout à fait oui. Ou c'est moi qui les connait mieux aussi, je sais pas (rires).

E : C'est intéressant. Et j'allais dire, vous m'avez déjà un peu répondu, comment est-ce que vous vous arrivez à réévaluer l'ordonnances de vos patients âgés ?

M6 : Oui… Je vais faire une réponse idiote, mais en les revoyant mais après… Mais c'est vrai, en général voilà ils appellent, ils sortent, ils appellent il faut quasiment que je les voie dans la semaine. Ils attendent pas, même s'ils ont une ordonnance d'un mois ils attendent pas la fin du mois pour, sauf si vraiment ça a vraiment été une petite hospitalisation de, enfin je dirais de rien du tout mais… Ils sont hospitalisés ils demandent à être revus juste après, ça permet de faire le point.

E : Oui, cliniquement déjà et…

M6 : Oui cliniquement et puis de faire le point sur l'ordonnance

E : Vous n'êtes pas limitée par le temps, parfois ?...


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M6 : Je suis toujours en retard ! (rires) J'ai pas changé ! Là je travaille pas le lundi, mais là après je vais faire quatre visites. Donc voilà je suis pas limitée par le temps parce que voilà… Les jeudis… alors à l'époque j'étais pas encore, mais je suis salariée le jeudi matin donc maintenant Y notre collaboratrice travaille pour moi, enfin pour moi… Dans mon cabinet les lundis et les jeudis. Le lundi théoriquement c'est mon jour, je fais des visites l'après-midi souvent, et le jeudi je suis salariée sur un lieu d'accueil le matin et l'après-midi sur l'IME, et j'en profite pour faire les crèches et les visites aussi le jeudi après-midi donc ce sont des… Le lundi après-midi et le jeudi après-midi ce sont des moments où je mets les visites, où j'essaie de mettre les visites les plus longues enfin les visites où on va avoir besoin de temps pour faire le point parce qu'on est… moins qu'entre midi et deux…

E : C'est souvent pour vos patients âgés ?

M6 : Oh ben les visites c'est les personnes âgées. C'est curieux parce que, j'essaie de voir des personnes hospitalisées en court séjour gériatrique que je vois au cabinet… Je dois en voir, mais je vois pas qui actuellement mais j'en vois forcément hein. Mais je vois pas qui, c'est beaucoup, beaucoup de personnes que je vois en visite.

E : Et du coup j'allais vous demander comment on peut améliorer la communication entre l'hôpital et vous ?

M6 : Oh ben par internet. Par les mails. Parce que ça dérange pas en pleine consultation, à devoir replonger dans le dossier d'un patient alors qu'on sait plus, enfin… Enfin moi je trouve ça bien quand à l'hôpital ils nous appellent pour nous demander ne serait-ce que voir l'évolution d'un traitement, si telle chose telle chose a été arrêtée, quand ça a été remis, enfin des choses comme ça, mais par mail c'est quand même bien plus pratique que par téléphone. Et c'est vrai que… les courriers je conçois que ça soit long de les faire je comprends que des fois il faille du temps, mais c'est vrai que par mail déjà ça simplifie bien la vie. Moi je vois surtout ça. Après c'est vrai qu'on améliore un peu… enfin je vois sur l'hôpital de O1 maintenant il y a un des gériatres qui fait partie de mon groupe de paires donc c'est confortable. Oui parce que j'ai une question je prends le téléphone je l'appelle enfin les relations sont facilitées. Mon ancienne associée, alors elle elle est en SSR c'est pas pareil mais même chose j'ai une question pour un de mes patients et de voir ben voilà, et ça ça simplifie la vie, mais on peut bien connaître

E : Groupe de pairs ça veut dire que c'est des… vous vous voyez régulièrement pour parler de ?...

M6 : Tous les mois. Une fois par mois on se réunit, on est… Alors on a été 8 on a été 7 maintenant on est 6. Quand même. Ben on détermine le 5ème cas du mardi précédent on expose notre cas et puis on décide chaque fois d'une fois sur l'autre d'un sujet à approfondir.

E : D'accord ! Et il y a des gériatres, y'a des cardios, y'a ?...

M6 : Non non alors il se trouve que cette personne qui est à O1, avant il était installé et il faisait partie de notre groupe de pairs quand il a été à l'hôpital de O1 ben il a continué, mais sinon non, justement groupe de pairs théoriquement c'est que des généralistes donc c'est notre pair, mais voilà ! (rires)

E : C'est pas mal d'avoir un gériatre !

M6 : Avant il était en cabinet.

E : Ça c'est une bonne façon de communiquer pour le coup. C'est bien d'avoir des FMC avec des gens à l'hôpital pour arriver à savoir un peu…

M6 : Oui, le problème des FMC c'est que pff… c'est le soir… si enfin les FMC comme ils font à M1 là c'est… mais bon il y a beaucoup de monde, c'est pas pareil. Ça permet de voir un petit peu l'orientation, la sensibilité des autres médecins mais c'est quand même, ça fait des gros groupes à gérer. Alors que c'est vrai qu'en groupes de pairs… On a le contact beaucoup plus facile.

E : Pour vous, l'apport du gériatre ?

M6 : Si dans l'arrêt des médicaments moi je pense qu'il peut être important. Si, si si. Il peut sauter le pas d'arrêter. Parce que parfois, alors là je ronchonnais après quelqu'un qui avait une statine à 90 ans, mais le problème c'est quand on a ses patients depuis 15 ans, et qui arrivent à 90 ans, sauter le pas d'arrêter un certain nombre de traitements, il faut y penser. Enfin… Comme on voit pas vieillir ses parents, on voit pas toujours vieillir ses patients. Et parfois on se retrouve avec des patients très âgés qui ont des traitements pas forcément utiles encore, et qu'on n'a pas le réflexe d'arrêter, ou qu'on n'ose pas peut-être parce que c'est difficile de leur dire « maintenant vous êtes vieux vous allez mourir bientôt » enfin bon il y a peut-être une démarche qu'on a du mal à faire. Oui pour faire le tri d'arrêter certains médicaments je pense que ça peut être super utile.

E : Des fois vous êtes confrontée à des patients qui veulent privilégier leur qualité de vie ou au contraire qui se rendent pas compte qu'ils… Comment dire. Qu'on privilégie plus la qualité de vie à l'espérance de vie.

M6 : Oui, après… Pas les patients, pas les patients âgés. Enfin pas forcément, moi ce que j'ai en tête ce sont des patients plutôt qui sont en chimiothérapie des choses comme ça. Patients âgés, ils sont… Je suis en train de réfléchir à… Toujours on essaie de visualiser les patients mais… C'est compliqué chez les patients très âgés parce que, alors là c'est pas le gériatre mais


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

par exemple un patient très âgé qui a fait un infarctus ou qui est sous AVK ou qui a une ACFA, c'est compliqué de savoir… Enfin je sais qu'il y a les scores (rires) il y a le score et il y a l'humain. Et c'est pas pareil ! Et quand arrêter, voilà… Par exemple dans le domaine des anticoagulants les gériatres m'aideraient bien, parce qu'il y a bien des fois où j'aimerais bien arrêter, et j'ose pas ! J'ose pas je me dis « et s'il faisait son truc juste 15 jours après que j'aie arrêté ? » c'est même pas une question de « on m'en voudrait » c'est voilà, je me sentirais mal.

E : Oui je comprends.

M6 : C'est là où je pense le gériatre a aussi son rôle à jouer. C'est-à-dire « bon le Previscan maintenant c'est bon il a 95 ans on peut peut-être lui arrêter, y'a plus de risques de » alors voilà après les scores le problème des scores c'est que quand on n'a pas été élevé avec des scores et à les manier… Quand on n'a pas été de cette génération-là, c'est pas facile à faire en consultation. C'est pas un réflexe et c'est pas… voilà, c'est pas rapide à faire en consultation. Même si on sait qu'ils existent.

E : Oui je comprends.

M6 : Dans les anticoagulants ils m'aideraient bien les gériatres. (rires)

E : Oui c'est une classe qui est vraiment pas facile je trouve.

M6 : Oui, prendre la décision !

E : Parfois les patients y sont attachés aussi…

M6 : Oui ! Ben ils ont peur, on leur a tellement dit « il faut surtout pas l'arrêter, et puis il faut faire attention, et puis c'est important, ça va vous sauver la vie » que… après leur dire, c'est leur dire « maintenant vous êtes vieux enfin on s'en fiche »… Voilà, c'est compliqué comme limite à franchir.

E : Vous en avez comme ça qui sont allés en court séjour et à qui on a enlevé les anticoagulants ?

M6 : Non, là quand je pense aux anticoagulants je pense à une patiente qui était en fait en EHPAD à O1, et c'est effectivement le gériatre qui m'a aidé à l'arrêter parce que je savais pas si je le faisais, si je le faisais pas enfin voilà, et c'est en discutant avec le gériatre que je l'ai arrêté. Mais de patients… J'ai une dame, une patiente, elle a 103 ans. Elle est sous anticoagulants. Mais alors ce qui me, elle s'est fracturé le col du fémur l'année passée, elle a été 4 mois en rééducation, elle remarche, 103 ans c'est pas mal ! Mais elle est ressortie sous anticoagulants, encore !

E : Après il y a l'âge physiologique…

M6 : Oui mais à 103 ans, enfin ! Et, bon moi je m'attendrais à ce que son ordonnance soit plus allégée que ça quoi… Elle a toujours son Previscan. Et c'est vrai que du coup bon…

E : Et c'était du court séjour ? Elle était passée en court séjour ?

M6 : Non non. Elle a été hospitalisée, opérée, et elle a été au service médical de P1 après quoi elle a pas passé… Mais elle est restée 4 mois au service médical de P1 et elle est ressortie avec son anticoagulant… Et c'est vrai que ça c'est une patiente, je vais jamais lui arrêter, je le sais. Même si je me dis « mais est-ce que ça rime encore à beaucoup de chose ? » Mais…

E : C'est parce que vous la connaissez depuis très longtemps aussi peut-être ?

M6 : Il y a beaucoup de liens. Et familiaux, je connais la patiente, 103 ans, je connais ses enfants, je connais ses petits-enfants, je connais ses arrières petits enfants !... Voilà. Il y a beaucoup de liens, et je vais pas, quelque part à mon sens c'est comme si j'arrêtais un anticoagulant à mes parents ! Par rapport à des patients qu'on suit depuis très longtemps avec lesquels il y a des liens qui sont intriqués, d'amitié, dans toutes les générations, ce sont des décisions qui sont pas faciles à prendre.

E : C'est vrai que là du coup l'apport de l'hôpital c'est d'avoir un regard vraiment complètement extérieur.

M6 : Voilà, neutre ! Extérieur, neutre, et puis dire évaluer ça, « oh ben ça ça ça hop on supprime et puis… ».

E : Et après les patients vous posent des questions sur ce qui a été enlevé des fois parfois, ou ce qui a été rajouté où ?...

M6 : Oui oui c'est pas rare ! Oui ils posent des questions mais par… enfin par curiosité j'allais dire par intérêt, comprendre un petit peu ce qui… pourquoi ? Oui oui sans que ça pose de problème particulier.

E : Et vous en avez beaucoup, de pourcentage de patients gériatriques, de plus de 75 ans ?

M6 : J'ai reçu mon truc du 1er trimestre, j'ai encore beaucoup de… J'ai quand même de plus en plus de personnes un peu âgées mais j'ai encore beaucoup d'enfants, je vais aller vous le chercher ! *(part chercher son relevé)* Non ce que je regardais, c'est que j'avais encore beaucoup de majorations pour nourrissons et pour enfants de 2 à 7 ans… Ah si pourcentage de moins de 16 ans, alors oui…


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E : Vous êtes la première à me montrer la feuille ! (rires)

M6 : Oh ben je viens de la recevoir c'est pour ça que j'y pense. De janvier à juin, plus de 70 ans j'en ai 13%. Voilà alors on n'a pas les étoiles mais… Je vois je suis 4 étoiles pour majoration nourrisson et majoration de 2 à 6 ans donc je me suis dit que je vois encore pas mal d'enfants, enfin plus enfants. Oui parce que si on compte de 16 à 60 ans j'ai quand même 26% et 47% voilà j'ai 25% de plus de 60 ans. Un quart. Donc je sais pas ce que ça représente !

E : Ça fait quand même une bonne patientèle de personnes âgées !

M6 : Petit à petit ça vieillit, mais après je sais pas du tout…

E : Vous avez quand même pas mal de jeunes aussi.

M6 : Oui c'est ça, c'est en voyant les majorations, je me dis j'ai beaucoup de jeunes, alors ! (rires)

E : Je crois que je vous avais tout demandé… Si, je voulais vous demander si c'était bien clair, quand le patient rentre à la maison sur les comptes rendus, les différences qu'il y a eu dans les traitements ? L'entrée, la sortie, est ce que c'est bien clair les raisons des modifications ? Ça je ne vous ai pas demandé.

M6 : En général oui, oui. Je trouve qu'ils sont bien faits les comptes rendus, il faut avoir la patience de les lire en entier… (rires) Parce qu'ils sont longs, ils sont bien détaillés, en général ils sont bien faits oui. Alors j'ai pas l'expérience avec Q1, très peu, moi les personnes âgées je les envoie préférentiellement à N1. Parce que je trouve qu'ils sont voilà, c'est plus petit c'est à échelle humaine, qu'ils vont être mieux Et du coup j'ai très peu d'expérience avec Q1 donc je sais pas du tout comment ça fonctionne d'un point de vue court séjour avec Q1, mais mon principal interlocuteur c'est N1 et parfois O1. Et A1 aussi parfois qui dépanne bien. Qui dépanne vraiment bien. Les courriers c'est un peu laborieux, mais ils dépannent vraiment bien ! (rires) Mais oui c'est clair dans les comptes rendus oui.

### 7.3.7 Entretien 7

E : En fait le sujet de ma thèse c'est « votre vision de médecin généraliste des modifications d'ordonnance par les gériatres ».

M7 : Ah oui ça y est d'accord.

E : Donc plutôt les patients court séjour, enfin qui sortent de courts séjours, donc ici pour vous je pense que c'est plutôt M1 je pense, enfin peut-être plus souvent ?

M7 : Oui il y a M1, il y a… R1 on envoie beaucoup sur R1 ici.

E : Donc vous connaissez le Dr Maréchal ?

M7 : Oui !

E : C'est mon maitre de thèse. Mon directeur de thèse.

M7 : Ah d'accord ok !

E : C'est lui qui nous… On est à deux en fait, et c'est lui qui nous a proposé le sujet, qu'on voit tous les deux mois pour faire le point.

M7 : D'accord ! Très bien, donc terrain connu alors.

E : Terrain connu. Du coup ma première question un peu globale c'est comment ça se passe quand vos patients rentrent de court séjour gériatrique ?

M7 : Alors… Il y a… Déjà il y a deux choses. Il y a les patients, j'ai des patients en EHPAD. Je travaille sur trois EHPAD. Donc ben là on voit la… reconnaissance de l'ordonnance de sortie quand l'EHPAD nous appelle « voilà un tel est rentré il faudrait le revoir ». Et puis ensuite ça peut être ici au cabinet ou ça peut être à domicile en ville.

E : Comment vous êtes au courant ? Plutôt par le patient ? Plutôt par le compte rendu ?

M7 : Qu'ils sont rentrés ?

E : Oui.

M7 : Euh… Globalement… C'est un petit peu… Comment dire, oui ça peut être par le patient, mais s'il est pas autonome et qu'il y a du personnel autour ça va être l'infirmière par exemple qui le prend en charge chez lui à domicile. Si c'est les EPHAD c'est les soignants, si c'est… oui on va dire que globalement, c'est plutôt le personnel soignant. Ou la famille, ou… Voilà.

E : D'accord. D'accord, et du coup vous recevez le compte-rendu plutôt dans un deuxième temps en fait ?


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M7 : Le compte-rendu oui. L'ordonnance on va la trouver à domicile ou à l'EHPAD, et puis le compte rendu oui souvent il arrive après.

E : Vous avez toujours l'ordonnance de sortie ?

M7 : Oui il y a toujours l'ordonnance.

E : Est-ce que les comptes-rendus sont clairs ?

M7 : Les comptes rendus sont clairs… Oui oui en gériatrie on a des comptes rendus je dirais presque nickel parce que c'est très méthodique, c'est par appareil, c'est… Oui. Si je devais comparer les différents comptes-rendus hospitaliers la gériatrie ça arriverait en tête. Parce que c'est hyper complet. Que ce soit S1 on envoie sur S1 on envoie sur R1 on envoie ici, donc… Oui. On n'a rien à dire de ce côté-là. (rires)

E : C'est bien. Du coup l'ordonnance de sortie… Vous comprenez bien les raisons quand il y en a des modifications par rapport à l'ordonnance d'entrée ?

M7 : Alors ben si on a le compte-rendu en général ça se coordonne assez bien ça arrive vite… Même si on n'a pas l'explication dans l'immédiat, enfin dans les jours qui suivent… bon. Globalement c'est satisfaisant.

E : C'est rapide, vous le recevez rapidement ?

M7 : Oui.

E : Quelques jours ?

M7 : Oui.

E : D'accord. Et c'est bien compréhensible quoi, vous vous demandez pas pourquoi un traitement a été arrêté ou pourquoi il a été rajouté c'est vraiment toujours assez clair ?

M7 : Non parce qu'en général voilà ça se… il y a un fil conducteur et puis on comprend pourquoi, par exemple ils nous parlent de la nutrition ou de la dénutrition, et puis après ils vont mettre des HP, bon… Bilan cardio vasculaire, peut-être qu'ils auront amené des modifications sur tout ce qui est cardio, oui oui ça se tient quoi.

E : Et justement comment elles sont ces ordonnances ?

M7 : Comment elles sont ? Euh… Plus précisément, qu'est-ce que vous voulez qu'on ?...

E : Est-ce que vous trouvez par exemple qu'elles sont pareilles que les vôtres, enfin ce que vous faites, par rapport à l'entrée du patient, est-ce qu'il y a des choses rajoutées, des choses enlevées, des changements de classes, de doses… Vous voyez ?

M7 : Ah oui… Mmh (réfléchis) C'est pas toujours… Globalement non c'est pas… y'a pas de changement radical en général. Hein on n'est pas hyper surpris par une prescription. Peut-être dans tout ce qui est psychiatrique ou… Oui quand il y a des troubles comportementaux, pour des choses comme ça, bon là y'a eu des doses modifiées, des psychotropes ajoutés mais… Oui, enfin globalement c'est plus des ajustements qu'un changement vraiment radical de l'ordonnance.

E : D'accord. Est-ce que vous pouvez préciser ces ajustements pour vous ? Ça serait plutôt… Ce que vous trouvez le plus souvent quoi ?

M7 : On sent qu'ils essaient d'alléger au niveau psychotrope quand même. Ils essaient de trouver la dose minimale efficace. Les benzo, ils ont tendance à mettre des benzo à demi-vie courte, enfin voilà on sent qu'il y a une volonté de pas trop charger en psychotropes par exemple. Voilà, après il peut y avoir des choses plus spécialisées, demander un avis cardio, et puis modifier un anti hypertenseur, mettre un traitement pour une insuffisance cardiaque, bon là c'est différent mais…

E : D'accord donc plutôt allégé sur le plan psychiatrique, plutôt ajouté sur le plan cardio ? Je fais des généralités hein mais c'est…

M7 : Oui oui, on va dire grosso modo c'est ça.

E : Les anticoagulants, le diabète, y'a des choses des fois qui sont modifiées ? Je vous demande parce que c'est des traitements des fois qui reviennent dans les entretiens mais…

M7 : Moui, les anticoagulants euh… Non j'ai jamais vu de gros gros changements. Et puis on a parlé de… du diabète ?

E : Oui, ou d'autre chose d'ailleurs !

M7 : Oui oui, ça pourrait être l'HTA ou… Ça me vient, non ça me vient pas là tout de suite, non je dirais que non.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E : Et qu'est-ce que vous ressentez quand vous voyez par exemple les modifications d'ordonnance par rapport à l'ordonnance de votre patient ? Est-ce que vous avez un sentiment particulier ?

M7 : Ben on se dit peut-être que ça va mieux marcher ! (rires) Parce qu'après tout si on les a envoyés c'est que ça allait pas donc… Moi je serais plutôt pas très contente de revoir exactement la même ordonnance, parce qu'on se dit, ben zut qu'est-ce qu'on est allés faire là…

E : C'est intéressant !

M7 : Donc… Non non pour moi c'est normal qu'il y ait des modifications.

E : D'accord vous êtes pas… c'est une connotation négative, mais vous êtes pas « attachée » à votre ordonnance ? Particulièrement ? (blanc) Quel lien vous avez avec votre ordonnance ?

M7 : Euh… J'ai pas « d'ego » par rapport à mon ordonnance quoi, donc… Voilà. Oui oui. En gériatrie, puis surtout quand on sent qu'on piétine, qu'on n'y arrive pas, qu'on peut plus le garder à domicile mettons, euh y'a forcément quelque chose, alors ça peut être d'ordre humain, ça peut être de l'ordre des aides, mais ça peut aussi être médicamenteux donc… Non j'ai pas d'apriori sur les changements de traitement.

E : D'accord. Pour vous du coup c'est plutôt positif.

M7 : Oui.

E : Ça vous apporte dans votre pratique de tous les jours en tout cas ?

M7 : Oui, je pense avoir de bonnes relations avec les services de gériatrie, et puis on nous le rend bien quoi. Ils sont efficaces, ils sont… On dialogue bien, ils sont accessibles. Voilà. Et puis on sait où on met les pieds quand on envoie les patients en gériatrie quoi. Donc… voilà. Enfin en tout cas à M1 en gériatrie on est vernis. Je sais pas comment ça se passe ailleurs, mais…

E : Et est-ce que le patient parfois quand il rentre avec une ordonnance qui peut être sensiblement différente, il vous pose des questions ? Il est en difficulté ?

M7 : Non, j'ai pas… Non. Rarement. Alors après bon, ça dépend, ça dépend de l'âge du patient, de ses facultés cognitives hein. Mais globalement…

E : Ou alors la famille d'ailleurs.

M7 : Oui, la famille… (soupir) Peut-être plus la famille que le patient effectivement. Le patient non. On a rarement des, ils sont pas très scotchés sur l'ordonnance. Oui parfois la famille mais voilà enfin ça m'a pas frappée.

E : C'était peut-être plus des interrogations que des revendications ?

M7 : Des familles ? Oui peut-être plus des questions oui. Tel ou tel produit qu'est-ce que c'est, il avait pas ça, euh… Mais… oui, voilà.

E : Vous avez pas eu par exemple de soucis sur les changements de molécule, enfin les mêmes molécules avec des noms différents ?

M7 : L'histoire des génériques vous voulez dire ?

E : Oui. Ça vous a jamais trop posé souci ça ?

M7 : Si, enfin ça nous pose souci pas à nous mais au patient âgé de manière générale. Depuis qu'on passe au générique ça leur pose souci, ils se mélangent les pinceaux, on a beaucoup de préparation de piluliers par des infirmiers parce que… Oui oui, ils reconnaissent plus leurs médicaments. Il reconnait plus, il aurait tendance à faire des mélanges, des sottises, oui. Oui c'est dans ce domaine-là que ça pose le plus de soucis…

E : Les modifications ?

M7 : La désignation des médicaments par la molécule, en DCI. Les gens âgés, bon qui ont été habitués pendant 20 ans, 30 ans à avoir un nom propre de médicament. Ils savent plus. Alors ils retiennent Mylan par exemple, ils retiennent le labo (rires) mais ils sont incapables de vous dire ce qu'ils prennent.

E : Oui ils vont vous dire c'est la petite pilule rose…

M7 : Oui voilà ils vont dire « elle est petite » ou « elle est ovale », « elle se coupe en deux », « elle est rose », elle est… (rires) des choses que nous on sait pas en général, mais voilà ils savent pas… Oui c'est un facteur de confusion ça.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E : Et quand il y a pas d'infirmiers, ça a déjà… ? Vous avez pas d'anecdote comme ça ou ça a été compliqué, ou le patient s'est bien mélangé, ou pas du tout ? Au retour d'un court séjour qui aurait été par exemple changé, ça aurait été un peu compliqué, le patient n'a pas compris, ou pas ?...

M7 : Ça peut arriver, j'ai pas de cas précis en tête, mais… Mais si c'était quelqu'un qui était déjà aidé pour le pilulier et qu'il y a eu des changements, on a intérêt à continuer quoi ! parce que… (rires).

E : Globalement ils ont beaucoup d'infirmiers en fait vos patients.

M7 : Pas mal oui. Oui. En gériatrie, maintenant… Et puis bon les tranches d'âges… De plus en plus de patients maintenus à domicile, du coup… Plus de demande d'intervenants extérieurs.

E : Et est-ce que parfois du coup vous êtes amenée à remodifier assez rapidement par exemple l'ordonnance de sortie ?

M7 : Oui c'est arrivé. Ça peut arriver.

E : C'était pour quelles raisons ?

M7 : Ben, peut-être de nouveau on est sur les psychotropes là, voyez. On a changé de psychotrope, et puis c'est trop sédatif ou c'est trop léger, ou elle est toujours déprimée, ou… du coup il faut de nouveau… modifier. Oui je dirais plus sur le terrain tout ce qui est à visée psychiatrique… Oui, sinon après… Qu'est-ce qu'on peut être amené à modifier les diurétiques oui quelquefois sur des symptômes un peu fluctuants d'insuffisance cardiaque, ou d'HTA.

E : Est-ce que vous vous sentez impliquée dans les modifications d'ordonnance qui sont faites à l'hôpital ou pas ?

M7 : Impliquée dans quel sens ?

E : Est-ce que, quand il y a des gros changements, vous avez l'impression qu'on vous demande par exemple comment ça se passe… qu'on vous appelle par exemple, qu'on vous demande comment ça se passe à la maison, ou comment ?... Ce que vous en pensez ? Est-ce que vous vous sentez impliquée dans ce sens-là ?

M7 : Mmh pas beaucoup non. Non. Pas bien.

E : Et est-ce que vous souhaiteriez l'être plus ou ça vous convient comme c'est ?

M7 : Je pense que c'est difficile dans la pratique, c'est un peu difficile de demander à ces praticiens d'appeler tous les médecins genre « il faut un changement » ça va être un truc… Oui la communication moi je suis pour mais… mais je veux dire, ça risque d'être fastidieux. Sauf s'il y a vraiment un changement radical, quelque chose qui pourrait nous surprendre à la sortie, mais sinon voilà, sinon ça risque d'être un peu lourd.

E : Donc ça vous convient plutôt comme ça. Vous êtes plutôt satisfaite.

M7 : Oui ça va.

E : J'allais vous demander, mais du coup je connais un peu la réponse : l'apport du gériatre pour vous ?

M7 : L'apport du gériatre, ben c'est important hein, c'est important j'ai pas mal de gériatrie dans ma clientèle donc… Patientèle pardon !

E : Vous avez quel pourcentage, j'en profite pour vous poser la question ! Parce que ça fait partie d'une de mes questions.

M7 : On va dire à la louche… (blanc) allez 30-40% quasiment oui.

E : D'accord, ah oui effectivement. Vous en avez beaucoup.

M7 : Oui je pense oui. A peu près ça.

E : Donc l'apport du gériatre pour vous il est important ? Il a une valeur ajoutée ?

M7 : Oui c'est important. C'est important et puis ce qui a été très bénéfique aussi pour nous c'est l'existence de l'équipe mobile de gériatrie qui fait vraiment le lien entre nous et les hospitaliers. Toujours appeler quand on a un souci, faire admettre quelqu'un ou… il faut aller voir cette personne à domicile… Ça c'est vraiment, ça a été extraordinaire. Oui oui.

E : Donc c'est autant sur les aides, en fait c'est pas forcément que sur l'ordonnance mais c'est sur la globalité du patient.

M7 : Oui c'est la prise en charge globale du patient.

E : Et sur l'ordonnance vous trouvez qu'il y a un plus du gériatre ? Ou pas forcément ?


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M7 : Alors on est toujours sur l'ordonnance de sortie de court séjour ? Y'a un plus du gériatre, ben… Tout dépend, oui globalement, enfin… Ils ont bien, déjà on voit qu'ils ont décortiqué le problème de A à Z, théoriquement ça débouche sur quelque chose. Après on réussit pas à 100%, mais oui.

E : Après c'est plus une question qui est plus ciblée sur vous, c'est comment vous vous arrivez dans votre pratique de tous les jours à réévaluer l'ordonnance de vos patients âgés ?

M7 : Comment j'arrive à réévaluer, ben quand ils viennent pour le renouvellement. Essentiellement. Donc si c'est les hypertendus, les diabétiques c'est tous les 3 mois… oui c'est vraiment le moment privilégié pour tout revoir, puis est-ce qu'ils sont à jour, si c'est un hypertendu, bon le traitement et puis est-ce qu'il y a quelque chose à modifier et puis, et puis ben est-ce qu'on est à jour dans le suivi de l'HTA, des critères, des paramètres qu'on regarde régulièrement…

E : Vous utilisez des outils, des échelles, des ?...

M7 : Pas beaucoup, non, par rapport à ça ?

E : Oui, pour le patient âgé.

M7 : Pour le patient âgé, j'utilise, qu'est-ce que j'utilise, l'échelle visuelle analogique pour la douleur, les tests de… Le mini mental state. Qu'est-ce qu'on utilise… le MMS pardon. Euh… chez le sujet âgé, qu'est-ce que j'utilise d'autre… j'utilise pas les échelles nutritionnelles parce que je trouve que c'est un peu laborieux tout ça. Je fais les albumines et puis (rires) euh voilà c'est tout ce qui me vient à l'esprit pour l'instant, mais, il y en a effectivement d'autres.

E : Il y a des choses qui limitent la réévaluation ou pas ?

M7 : La consultation de gériatrie elle est toujours un peu chronophage. Parce que par définition la personne âgée il faut l'écouter, après elle va se déshabiller elle va passer à côté elle va se déshabiller elle va mettre du temps. Se déshabiller puis se rhabiller pour se hisser sur la table d'examen, donc… (rires) y'a tout ça.

E : Le temps c'est un facteur limitant, ça revient très souvent ça.

M7 : Ce qui fait que… Alors par exemple si on évalue un trouble cognitif on leur dit « bon là aujourd'hui on fait le renouvellement mais vous reviendrez pour faire, pour voir la mémoire hein, on fera que ça ! » On prévient parce que sinon c'est… Mmh. En général ils ont des plaintes aussi hein, en début de consultation à l'interrogatoire y'a toujours des choses donc oui, mmh.

E : Oui ça prend du temps.

M7 : Faut gérer le temps.

E : D'accord. Et qu'est ce qui fait que parfois vous changez l'ordonnance ? Sur quels facteurs on va dire ?

M7 : Alors on est toujours, vous parlez toujours de l'ordonnance qui a été faite par les gériatres ? Non la mienne !

E : Là c'est vous. Là c'est votre ordonnance à vous par contre.

M7 : Qu'est-ce que je fais, pourquoi je change, pourquoi je change… Alors ben ça dépend quel est le souci… Si c'est un hypertendu ça peut être une modification de dose d'antihypertenseur, ça peut être un changement d'antihypertenseur, passage à une bithérapie, à une trithérapie… Ben le diabète aussi hein, les modifications de traitement, pareil. Les psychotropes euh… ça peut être un trouble du sommeil, ça peut être un syndrome dépressif qui est pas équilibré donc on va moduler un anti dépresseur, il peut y avoir un trouble du comportement, on va peut-être ajouter un, des petites doses de neuroleptiques… Oui, qu'est-ce que… On peut aussi ajouter, on parlait de nutrition/dénutrition, il peut avoir besoin un beau jour de compléments protéinés… Voilà disons à brûle pourpoint ce qui me vient.

E : C'est déjà pas mal. Comment on pourrait améliorer la communication entre l'hôpital et vous ? Vous me disiez qu'elle était très bonne, donc…

M7 : Oui franchement avec la gériatrie, j'ai pas de, je trouve que c'est bien, ça se passe bien. Avec d'autres hospitaliers moins, mais, moins bien mais, comme partout, mais non en gériatrie franchement, mmh. Voilà en plus j'ai un groupe de formation donc on les côtoie, on fait des formations avec eux, on les côtoie en dehors de l'hôpital.

E : C'est des formations médicales continues ? Ou c'est des groupes de pairs ?

M7 : Non c'est pas un groupe de pairs, c'est un groupe, on se réunit sur un sujet qui a été choisi à l'avance avec deux animateurs qui font venir un expert donc entre autres il y a eu de la gériatrie, on a eu Dr X qui nous avait fait un truc. On a eu une intervenante de soin palliatif aussi, enfin bon.

E : Donc plutôt satisfaite.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M7 : Voilà oui.

E : Surtout si le compte-rendu arrive rapidement c'est bien ça, ça arrive pas souvent dans mes entretiens !

M7 : Ah oui ?

E : Oui !

M7 : Non c'est vrai, je pense que c'est parmi les comptes rendus qui arrivent le plus vite parce que l'hôpital c'est toujours un peu long alors les secrétariats nous disent toujours « ouh là là on l'a vu tel jour, oui il faut bien compter une dizaine de jours. Au moins ! ». Bon. C'est vrai que la gériatrie on a rarement réclamé, c'est… Mmh.

E : Est-ce que vous estimez que vous avez eu une formation en gériatrie dans votre cursus ?

M7 : Euh formation, j'ai pas fait de formation spécifique comme les médecins coordinateurs. Bon j'ai fait des formations un petit peu ponctuelles avec mon groupe de formation. Sur des sujets ciblés.

E : Et pendant votre internat il y avait de la gériatrie ? Pendant vos stages, ou ?...

M7 : Euh, non j'ai pas fait de gériatrie moi à l'époque. J'ai fait de la pédiatrie, de la gynécologie, et non non, la gériatrie, j'avais vraiment pas touché à la gériatrie. C'est en s'installant que… et puis en plus le site ici, c'est une résidence qui est pas mal occupée par des gens âgés donc forcément non seulement cette résidence-là mais autour, donc déjà vous voyez arriver des gens âgés et puis finalement on s'y met. On s'y met et puis ça prend du temps mais c'est quand même pas désagréable (rires). Le contact avec les petits vieux.

E : Il y a d'autres choses qui vous viennent sur ce sujet ? Sur les modifications d'ordonnance ? Qu'on n'aurait pas dit ?

M7 : Non…

E : Globalement c'est peu modifié… et ça vous convient.

M7 : Oui enfin en tout cas moi ça me choque, les modifications me choquent pas. Et puis… voilà pour moi c'est… Mmh. C'est sus normal dans la mesure où on l'a adressé pour régler un problème et que forcément, les modifications de l'ordonnance découlent de ce problème initial ! Euh… Voilà voilà !

### 7.3.8 Entretien 8

M8 : Oh je suis très inquiet, tout ce que je vais dire pourra être retenu contre moi ? (rires)

E : Exactement ! (rires)

M8 : La distance c'est bon là ?

E : Là c'est bon. Alors le sujet c'est votre vision de médecin généraliste sur les modifications d'ordonnance par les gériatres.

M8 : D'accord.

E : Donc plutôt vos patients qui sortent de… donc gériatriques, qui sortent de court séjour gériatrique. (blanc) Ça vous parle, déjà ?

M8 : Euh donc les modifications qu'ont pu ajouter le gériatre à nos thérapeutiques habituelles ? Modifications souvent drastiques effectivement hein. Ce qui peut nous rendre service, puisque ça nous aide parfois bien à éliminer des thérapeutiques auxquelles les patients âgés sont un peu accrochés et qu'on a du mal à leur faire supprimer. Donc c'est bien que quelqu'un mette un bon coup de sabre dans nos prescriptions même si des fois on est un peu vexés ! Mais voilà…

E : Ben justement, c'est…

M8 : Non mais tout dépend de ce qui a été supprimé des fois on dit tiens, oui facile une fois à l'hôpital ils ont tout enlevé ils ont gardé que la beta bloquant et le je sais pas quoi. Mais bon c'est des fois effectivement plus subtiles et c'est bien de nous aider aussi à faire des coupes un peu dans des traitements forcément difficiles à manipuler, dès qu'il y a beaucoup de molécules.

E : Question globale juste pour commencer, c'est comment est-ce que ça se passe quand vos patients sortent de gériatrie ? Comment vous êtes au courant ? Dans quel délai ?

M8 : Alors ça dépend d'où ils sortent. Je travaille beaucoup avec B1, et surtout avec C1. C1 qui va fermer, puisque me disait un des cardiologues qui travaille à C1, Q1 abandonne le site de l'hôpital de C1 !

E : D'accord, je n'étais pas au courant.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M8 : Pour faire je sais pas quoi. Bon, je travaille beaucoup avec C1, donc en court séjour essentiellement hein, en bilan gérontologique et en hospitalisation en court séjour pour là aussi un bilan plus poussé, plus rapide en cas de gros pépin. Je reçois bien par courrier les, et même de plus en plus par internet, les, avec le… le système Sisra les courriers plus rapidement qu'avant, parce qu'avant c'était un peu diabolique.

E : Vous le recevez en combien de temps le courrier maintenant ?

M8 : Euh… là je les reçois dès qu'ils sont tapés. Avec le système…

E : Ah oui ! Avec le système informatique.

M8 : Avec le système Sisra.

E : D'accord.

M8 : Qui me permet donc d'avoir le compte rendu (me montre sur l'ordinateur un exemple) celui-là je vais le recevoir par courrier dans la semaine qui vient en gros.

E : D'accord donc c'est plutôt rapide quand même, même par courrier.

M8 : C'est plutôt rapide, j'ai le patient, et le… celui qui m'a envoyé le courrier, donc là en l'occurrence, voilà, les gens de F1.

E : D'accord, donc c'est de plus en plus souvent par informatique ?

M8 : Oui, ce système se développe bien, Sisra, s.i.s.r.a. Et voyez donc je peux retrouver, puis après je reçois de toute façon, et j'ai demandé à garder quand même le double du courrier, ne serait-ce que pour le mettre dans mon dossier, alors je peux faire un copier/coller mais j'aime bien avoir une trace ça peut se perdre, on peut mal cliquer, on peut… Donc j'ai aussi bien…

E : Donc ça vous convient bien.

M8 : Ça va bien ! Et donc j'ai rapidement, je sais à quoi m'en tenir, et puis après j'ai la sécurité du courrier papier qui vient alourdir un peu mon fichier papier que j'ai été obligé de conserver. Mais qui me rassure quoi, y'aura pas de perte.

E : Et les informations sont claires ? Vous avez les informations que vous voulez ? Sur l'ordonnance, c'est assez clair ?

M8 : Alors, (regarde son ordinateur) là il faudrait que je vous retrouve là peut-être un… un peu de gériatrie, puisque c'est ça qui nous intéresse… Euh voilà Mme xxx donc qui vient bien de C1, hein, donc consultation d'annonce, elle a eu son bilan en hôpital de jour, donc c'est vrai effectivement pas bien gai pour elle car on lui a annoncé une maladie d'Alzheimer elle a pris ça dans les dents. Ils sont pas tendres hein les gériatres ! Que ça soit Mr X, il est bien connu mais voilà. Ou ses assistants. Mais c'est bien, il faut bien que quelqu'un le dise à un moment ou à un autre… Alors là y'a pas d'ordonnance, c'est un mauvais exemple. Mais bon voilà j'ai en pièce jointe ou à la suite le traitement, et en général ben je m'y… je le suis. Alors souvent, enfin… je trouve il y a peu de différence en fait.

E : Justement j'allais vous demander comment… déjà juste vous en gros vous arrivez à peu près à avoir de toute façon le compte-rendu avant de voir le patient du coup.

M8 : Oui, voilà. Et l'ordonnance…

E : Vous êtes pas dans des situations où…

M8 : C'est vrai que souvent, surtout les personnes âgées, dès qu'ils rentrent, ils demandent que je passe ou ils demandent à me rencontrer.

E : D'accord.

M8 : Je leur dis « d'abord il faut que j'ai le compte rendu », et puis ils viennent de vous voir on va peut-être pas se précipiter tout de suite pour une consultation ou une visite… mais ils ont besoin un peu de notre aval. Surtout s'il y a eu des annonces, ou des modifications importantes de traitement.

E : Pour eux, c'est important pour eux l'aval du médecin traitant, surtout s'il y a des changements par le gériatre ?

M8 : Oui. Alors je vous parlais de coup de sabre dans nos thérapeutiques, c'est vrai que le gériatre ne l'a peut-être pas remarqué, mais ils suppriment les phlébotoniques, il va supprimer des choses comme ça…

E : Justement j'allais vous demander : comment elles sont ces ordonnances quand elles sortent de court séjour gériatrique pour vous ?

M8 : Comment elles sont au sens ?...

E : Ben justement, est-ce qu'il y a des choses enlevées, rajoutées ?...


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M8 : Oui il y a des choses enlevées, et puis des choses rajoutées en fonction de ce qu'ils ont pu découvrir. Ça va être, ça peut être simplement un rajout de vitamine D par exemple, parce que maintenant on est assez systématique, et nous pas encore. Ça peut être la suppression de thérapeutiques dites « de confort ». Pour ne pas alourdir…

E : C'est-à-dire ?

M8 : Je vous parlais des phlébotoniques. Essentiellement… Euh, ça peut être, il y a eu récemment une révision de mon ordonnance avec du… il y avait un patch nitré qui avait été donné dans le temps, on savait plus trop par qui, on renouvelait ça consciencieusement. Eh bien le cardiologue a profité du séjour de la personne âgée pour dire « ben ça on le supprime ». Il paraissait pas utile, il n'y avait pas de signe de coronaropathie, il n'y avait pas… Donc ça avait dû être mis un jour par quelqu'un et par prudence. Hop ça a été allégé, on avait supprimé ce nitré qui peut quand même avoir quelques effets secondaires. Donc voilà ça peut être des choses importantes, mais des choses aussi simples qui vont être supprimées, et qui allègent le traitement.

E : Come quoi par exemple ? Pour les troubles fonctionnels, ou ?...

M8 : C'est ce que la sécu appelle les médicaments « de confort », ça va être oui pour les colopathies spasmodiques… voilà, ou alors pour quelques vertiges, on a des fois glissé une boite de Tanganil à la demande. Ça les rassure. Oh oui mais ça sert pas à grand-chose nous dit-on, hop. Euh… on essaie de pas faire trop de iatrogénie quand même, nos petits vieux, mais… c'est vrai que quand on fait nous la synthèse de ce qu'a donné l'ophtalmo, ce qu'a donné le cardiologue, ce qu'a donné… On a une ordonnance qui est longue quoi.

E : Est-ce que les gériatres parfois vous appellent pour avoir des renseignements pour le patient ?

M8 : Oui c'est surtout en cas d'hospitalisation, quand c'est un bilan gériatrique qui est un peu programmée, une évaluation géronto, on a théoriquement fait un courrier aussi complet que possible. Mais en cas d'hospitalisation ça se fait un peu des fois en vitesse et puis ben on n'a pas mis tout le dossier, donc là effectivement il est fréquent que j'ai un coup de fil de l'interne me demandant des précisions.

E : Est-ce que vous vous sentez impliqué dans les modifications d'ordonnance quand ils sont en court séjour ?

M8 : Oh oui ! Oui oui je les suis, je les suis bien volontiers, d'autant que souvent ça a quand même été très complet, c'est…

E : Ah oui, mais est-ce que vous vous sentez impliqué quand ils changent le traitement pendant le séjour, est-ce que vous avez l'impression qu'ils vous demandent par exemple ce que vous en pensez, ou est-ce que vous avez déjà essayé, ou… Vous voyez ?

M8 : Ah ! Non. Non il n'y a pas de communication à ce point-là quand même.

E : D'accord.

M8 : J'ai pas le souvenir même d'un coup de fil me disant « Tiens comment ça se fait il a du Lasilix, pourquoi donc ? ».

E : Voilà ! D'accord. Et vous aimeriez être plus impliqué, ou ça vous va comme ça ?

M8 : J'ai peur de pas avoir la disponibilité pour le faire. Je veux dire, si vous m'appelez cet après-midi en me disant « Dis donc Mr Machin là, il a du Lasilix 40 tous les matins, qui est-ce qui l'a mis en place, comment pourquoi, enfin » « Oui mais il faut que je vous rappelle demain alors quoi, parce qu'il faut que je recherche sur le dossier, il faut… »

E : Oui c'est chronophage.

M8 : (hôche de la tête). Alors notre patient hospitalisé, bon, on peut répondre vite un antécédent, on a pas mal de chose avec l'informatique sur une fiche patient. Mais c'est quand même des gens qui ont des gros dossiers. Moi je suis installé depuis 39 ans, il y a des gens que je suis depuis ce moment-là ou presque ! J'ai des fiches qui sont diaboliques quoi, alors retrouver quelque chose de précis, il me faut un moment.

E : Je comprends. (le médecin regarde sur l'ordinateur) Vous en avez une en tête ! (rires)

M8 : Tout de suite là, une qui est difficile, qui… bon, 87 ans, qui va bien, qui est très inquiète. Vous voyez le déroulé de ses consultations…

E : Effectivement !

M8 : … puisqu'on remonte jusqu'en 1900… j'arrive pas à lire d'ici… 85 ?

E : 85 !

M8 : Je suis informatisé depuis ce moment-là. Alors j'essaie de temps en temps de faire un peu le ménage, mais… (regarde son ordinateur) Tiens c'était l'ORL tiens, je vous parlais de Tanganil…


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E : Oui j'allais dire c'est peut-être plus facile pour le gériatre d'enlever certains traitements qui ont été mis par un spécialiste ?

M8 : Oui ! Et puis qui trainent sur l'ordonnance depuis longtemps. Et que le patient n'ose pas trop… « Laissez-le donc ! Je le prendrai pas mais si j'en ai besoin il est marqué. » C'est quand même des gens inquiets, 87 ans, même si elle est encore assez guillerette, ça baisse doucement… Ça les rassure, quand même.

E : Le patient, il est plutôt… Quand on change son ordonnance, il a plutôt tendance à vous demander votre avis avant de les prendre en tout cas, c'est ce que vous me disiez.

M8 : Oui. (regarde l'ordonnance sur l'ordinateur) Tiens voilà son ordonnance là, il y a beaucoup de choses hein !

E : Oh des fois c'est pire ! (rires)

M8 : Oui hein ! Mais alors c'est vrai qu'elle a une HTA diabolique : Tenormine, Loxen, Bipreterax, Mediatensyl ! Mais moyennant quoi on lui trouve quand même 15, 16, pff… Donc c'est vrai que ça fait un peu peur, ça. Mais ça ils me l'ont pas touché. Alors après on a vu les gérontopsys. Qui m'ont ajouté le dépamide. Qui nous ont mis un petit peu de Seresta à la place, et l'Athymil à la place de la Miansérine que j'ai pu mettre, mais c'est des modifications, moi je les accepte hein !

E : Oui comment vous réagissez aux modifications en général ?

M8 : Bien. Bien parce qu'après tout, c'est eux les spécialistes !

E : Vous le voyez comme un spécialiste le gériatre ?

M8 : Ah oui tout à fait.

E : Je vous dis ça car certains le voient comme un généraliste.

M8 : Et une spécialité difficile ! Une spécialité difficile. Ils sont durs nos petits vieux ! Penser à tout, à pas être iatrogène, à pas être dangereux mais savoir traiter un peu... Pas facile ! Alors ceux que je connais bien… (soupire) Alors si on les connait trop on risque de passer à côté, l'œil neuf du gériatre est pas inutile non plus. Non c'est difficile la gériatrie je trouve, et là je les prends vraiment pour des spécialistes ces gens-là.

E : Surtout sur le plan iatrogénique ? De la iatrogénie ?

M8 : Oui. Et ils sont très orientés là-dessus, parce que nous on a tendance à l'oublier. La recherche d'hypotension orthostatique, ils y pensent plus facilement que nous. Ils vont quantifier le risque de chute… Ça on le fait pas, on sait pas le faire, on prend pas le temps de le faire... Et puis on se fie à notre bonne connaissance de notre patient. (sourire)

E : Donc vous avez pas un lien particulier avec votre ordonnance ?

M8 : Non je suis pas outragée si on me la modifie. Alors des fois oui il va me supprimer un anxiolytique, je vais me dire tiens dégourdi, c'est pas toi qui l'a au téléphone ! Mais… c'est pas souvent.

E : Les anxiolytiques des fois c'est enlevé ? Souvent ?

M8 : Oui parce qu'on en donne trop ! Nous autres vilains généralistes. On donne des « dormitifs » on donne des anxiolytiques ça va pas du tout ça. Mais bon on les a au téléphone nos petits vieux… Alors certes on donne des conseils, mais bon ça prend du temps de donner des conseils, et puis… et puis, cause toujours. C'est tellement plus pratique d'avoir un petit peu de Zolpidem sous le coude ! Alors on essaie de changer, avec d'autres produits, en disant « Non mais il faut pas, allez on va essayer » et puis on y revient parce qu'on tourne en rond, qu'ils téléphonent deux fois, trois fois « Dites donc, je dors pas ! » (soupir)… Pas facile. Et puis avec les spécialistes ils vont pas oser se rebiffer, avec nous !... « Je dors pas, faut faire quelque chose, c'est insupportable ! »

E : Donc vous diriez que le patient n'est pas le même à l'hôpital aussi qu'à la maison.

M8 : Aussi, forcément, forcément.

E : Mais vous n'avez pas trop de mal à faire appliquer les changements ?

M8 : Oui, parce que, un des avantages effectivement, moi ça m'a aidé à éclaircir l'ordonnance et à la clarifier, et justement à faire accepter cette clarification à mon patient.

E : En fait ils ont plus le rôle de faire ce que vous n'arrivez pas à faire avec eux, globalement ?

M8 : Ce que j'arrive pas à faire, soit intellectuellement, soit… par manque de temps. Parce que quand on supprime des médicaments d'une ordonnance il faut s'expliquer, il faut le justifier auprès du patient. (soupir) Les journées sont chargées quoi. Des fois un peu de paresse intellectuelle.

E : C'est sûr. Là-bas ils ont plus de temps, ils les voient pendant deux semaines, ça c'est sûr !


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M8 : Et puis voilà c'est un peu sans appel quoi, voilà c'est l'hôpital qui l'a décidé donc voilà, donc ils ont bien fait, on va… On aura moins de médicaments sur l'ordonnance et puis on verra bien ce qu'on fait après. Puis en général je les revois dans le mois qui suit de toute façon, alors il y a ceux qui veulent revenir tout de suite pour avoir notre aval, mais on essaie de leur dire « bon vous venez de sortir de l'hôpital moi j'ai pas le temps de vous voir tout de suite » mais dans le mois qui suit oui il va falloir renouveler donc on les revoit à ce moment-là.

E : Et la famille vous pose pas trop de problème, vous pose pas trop de questions ?

M8 : Non. Non c'est pas… que ça soit, oui le mari ou les enfants… Non alors après y'a le cas particulier de l'Alzheimer, ces démences ou tout le monde a pris un bon coup sur la tête… On savait que ça se dégradait, on n'avait pas trop voulu voir, là c'est tombé comme un couperet quand même, il faut mettre les aides en place, il faut faire des dossiers, il faut prévoir peut-être… Donc là ça secoue un peu tout le monde. C'est pas une mauvaise chose non plus. J'aurais pas pu le faire tout seul. Mettre les pieds dans le plat.

E : Oui c'est lourd. Pui quand on les connait depuis longtemps…

M8 : On les connait, et puis… je pense à un couple là, qui habite en bas du village là, pas loin de Z2, donc pour des gens âgés ça fait une trotte pour monter au village. Lui ne conduit plus parce qu'il n'est plus en état, il a un Alzheimer qui est en train de bien s'avancer. Elle a eu des soucis rhumato, ils ont tous les deux plus de 80 ans, bref venir à pied c'est difficile ; je ne peux pas leur faire admettre l'idée de quitter leur maison. Donc j'attends un peu le pépin, ça a failli arriver, elle qui a pris des vertiges qui pouvait plus sortir de chez elle. Puisque c'est elle qui suit maintenant son mari pas à pas pour éviter qu'il fasse des sottises. On attend le pépin pour aller justement en gériatrie pour que quelqu'un mette les pieds dans le plat. Et insiste comme je ne peux pas, enfin… je l'ai dit, je l'ai dit au fils, je le redis à elle à chaque fois, on va intensifier les aides, on a la chance d'avoir des taxis là, trois fois par semaine qui récupèrent les personnes âgées et les montent au marché. Puis éventuellement les redescendre. Mais, mais ça va bientôt plus suffire, ils sont un peu isolés, on est à la merci d'une chute on est à la merci d'une bêtise… Donc là le gériatre peut me rendre service ! Parce que le neurologue lui il bouge pas beaucoup lui. Il renouvelle son machin, et puis… Et là aussi les gériatres se substituent parfois aux, enfin ils prennent mieux en charge les troubles cognitifs que les neurologues. Les neurologues ils font le diagnostic et puis débrouille-toi. Bon un peu d'orthophonie, machin, le bilan est bien fait par le gériatre quand même.

E : Oui c'est vraiment dans la globalité.

M8 : Voilà, et ça c'est important quand…

E : Et puis il y a un manque de temps quand on est généraliste j'ai l'impression… Une question plutôt sur vous, pas sur le gériatre, comment est-ce que vous, vous arrivez à réévaluer l'ordonnance de vos personnes âgées ?

M8 : Comment j'arrive à la, oui à la réévaluer, à…. Réévaluer sa pertinence ! Il faut effectivement au moment où je la renouvelle que je me pose la question « est-ce qu'on a bien besoin de tout ça ? ».

E : A quelle fréquence ? Donc à chaque renouvellement ?

M8 : Non. Honnêtement non ! Si y'a pas d'élément nouveau… C'est long quand même de voir une personne âgée. On n'a pas bien le temps alors on trouve des excuses, mais c'est pour ça que ça sera pas à chaque renouvellement.

E : C'est quand il y a un nouvel évènement.

M8 : Un élément nouveau, un élément nouveau ça peut être dans le bon ou dans le mauvais sens hein, mais ou on a besoin de modifier, ou alors parce qu'on a vu un spécialiste, on a vu le cardiologue. Ou on a un examen biologique qui est pas très bon. Une hémoglobine glyquée qui patouille un peu, ou… Donc là ça nous secoue un peu les méninges quand même.

E : D'accord. Vous avez des logiciels, ou des outils de réévaluation spécifiques à la personne âgée ?

M8 : Ben le Vidal me met maintenant des alertes. Quand je crée une ordonnance, quand je vais sur le module ordonnance (y va sur son ordinateur) j'ai des alertes Vidal qui apparaissent. Me disant de faire attention au risque d'hypotension orthostatique, à faire attention aussi que le patient ait bien l'état cognitif pour suivre cette ordonnance comme il faut, s'il est capable de se mettre les gouttes dans les yeux, si… on les regarde un peu vite des fois ces alertes. Parce qu'il y en a trop !

E : Voilà j'allais le dire…

M8 : Y'en a trop. Parce qu'on a des alertes aussi pour le jeune de 16 ans à qui on donne du Surgam pour sa gorge ou je sais pas quoi… donc on prend un peu l'habitude parfois d'aller un peu vite dessus. Donc voilà il faut se dire « oui ça peut me servir »…

E : J'allais vous demander quelle est la valeur ajoutée du gériatre pour vous, mais vous m'avez quand même pas mal répondu globalement…


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M8 : Non c'est une vraie valeur, c'est un spécialiste pour moi. Il va prendre des décisions, qui vont m'aider à, oui aussi à modifier pourquoi pas mon traitement oui.

E : Donc au début vous me disiez une baisse plutôt drastique, et puis finalement ça dépend quand même plutôt des classes médicamenteuses ?

M8 : Ben sur l'ordonnance que je vous montrais là à l'instant, y'a pas grand-chose à toucher parce que ben on a vu, y'a des traitements psychotropes établis par des géronto-psys, et puis, et puis l'hypertension qui bénéficie d'une quadri thérapie, pff… à part son somnifère je vois pas bien ce qu'on pourrait patouiller. Surtout qu'il est toujours bouffé d'angoisses, mais bon c'est vrai qu'il y a des patients pour qui la baisse a pu être importante, de trois quatre médicaments qui trainaient, et qui avaient pas une grosse grosse raison d'être. Parce qu'ils sont pris à la demande, parce que c'est rassurant de savoir qu'ils sont là, parce que… Si, y'en a forcément.

E : Et par rapport aux autres spécialistes, le gériatre ? Vous trouvez, vous le mettez… au même apport ?

M8 : Oh oui. A part que le spécialiste va nous donner un avis très pointu, le cardiologue, le pneumo, l'ORL, le gériatre forcément il élargit beaucoup plus. Que ça soit dans ses évaluations ou dans les suites d'hospitalisation, ils ont quand même des comptes-rendus vachement précis.

E : Et vous avez jamais été en difficulté sur une ordonnance de sortie par exemple ?

M8 : Non. Non non, j'ai pas le souvenir.

E : Les changements, les génériques, les molécules, ça vous a jamais posé de souci ça ?

M8 : Ah non pas du tout. Non après il faut accepter les, alors je fais pas toujours en DCI pour les personnes âgées, parce qu'alors ça rallonge l'ordonnance, ça devient du chinois, déjà les jeunes ils ont parfois du mal quand ils voient la lamaline qui a de l'opium dedans ça les fait sauter. Euh… (rires) J'aime bien la lamaline comme antalgique de palier 2 en rhumato.

E : C'est efficace ?

M8 : Quand il y a besoin ! C'est vrai que parfois le paracétamol des fois il est un peu juste. Une vieille arthrose cervicale… Bon on met du chaud mais des fois le paracétamol est un peu juste, donc la lamaline… Bon voilà la DCI euh… et puis les ordonnances sont trop longues, donc souvent je supprime c'est une fonction automatique avec le Vidal, je la supprime parfois.

E : Et quand ils rentrent ils gardent le même nom ? Y'a pas des changements par exemple de… C'est la même molécule mais c'est pas le même nom ? Vous avez pas ces difficultés-là en tout cas ?

M8 : Non pas souvent, pas souvent.

E : (blanc) Je crois que je vous ai déjà…

M8 : On a déjà vu pas mal de choses !

E : Comment pour vous on pourrait améliorer la communication avec l'hôpital ?

M8 : C'est surtout eux qui me contactent quand ils ont besoin, j'ai rarement pris le téléphone pour demander un conseil. Comme je peux le faire avec un cardiologue. Ou un ophtalmo. Je pense parce que c'est plus complexe et c'est plus complet. Si j'ai un détail ça va être un détail sur la diabéto, ou sur la cardiologie, ou sur… de cette personne âgée, ça va être très pointu, ça sera pas le domaine du, enfin… c'est pas que c'est pas le domaine du gériatre, mais ça sera un détail, presque, un détail scientifique.

E : Qui sera plus affaire de spécialiste « d'organe » on va dire.

M8 : Oui. Pour moi le gériatre c'est très large. C'est en cela qu'ils nous servent, qu'ils nous rendent service. Et puis un œil un peu neuf, c'est pas mal, sur des pathologies complexes. Puis des gens qui ont un gros passé hein, souvent. Moi je les vois plus comme des internistes de personnes âgées.

E : D'accord ! C'est plutôt flatteur.

M8 : Oui oui tout à fait, non mais je suis admiratif hein, parce que parfois on sait pas par quel bout les attraper hein !

E : Donc globalement les modifications sont plutôt adaptées ?

M8 : Donc voilà même si mon amour propre en prend des fois un petit coup mais ça dure pas, je veux dire bon, c'est pas… c'est pas un scandale hein, on change mon ordonnance et puis y'a pas de gros, enfin bon… j'espère pas faire trop de bêtises, on supprime pas des choses importantes hein, ça va être, on revient à ces thérapeutiques que j'ai la paresse intellectuelle de supprimer des fois.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E : Ça marche. Et dernière question, est-ce que parfois vous avez à rechanger rapidement l'ordonnance de sortie par exemple ?

M8 : Oh j'ai pas le souvenir… Non je rajouterai parfois quelque chose… Parce qu'on a, peut-être que le gériatre a pas, peut-être pas pris en compte la thyroïde, et encore ça serait bien rare… Que je refasse l'ordonnance en rajoutant… pour les troubles du sommeil, ou pour… plus voilà un petit complément ! Sinon mon patient est parti pour une altération de l'état général, on a fait un bilan un peu global, il manque peut-être un peu oui je vous disais le Levothyrox, ou des choses comme ça mais c'est rare.

E : Ah qu'ils aient oublié de renouveler le Levothyrox par exemple ?

M8 : Voilà ! On a fait une ordonnance « pour quoi on était venu » et je viens compléter avec les pathologies… préexistantes.

E : Ça arrive qu'il y ait des oublis.

M8 : Oui alors est-ce qu'ils me laissaient faire justement, refaire une synthèse de tout ça, c'est possible aussi. Hein ils ont apporté simplement la modification, leur ordonnance c'est le nouveau traitement et à moi de faire un peu la synthèse, enfin moi je sens comme ça des fois.

E : D'accord.

M8 : Ça dépend pourquoi la personne a été adressée. Si c'est la suite d'une évaluation géronto oui tout sera repris. Mais si c'est suite à un épisode aigu, une poussée de sigmoïdite ou j'en sais rien, à ce moment-là le traitement va être beaucoup plus ciblé.

E : Ok. Parce qu'on avait vu dans les études que souvent les ordonnances de sortie de gériatrie étaient souvent remodifiées assez rapidement par les généralistes, et du coup on se posait la question de savoir pourquoi justement. Par exemple les troubles du sommeil c'est beaucoup revenu, on l'enlève à l'hôpital parce qu'ils sont moins stressés… Beaucoup de choses comme ça. Pas négativement !

M8 : Oui et puis parce que l'hôpital juge que notre somnifère a pas de raison d'être, et puis le patient n'ose pas s'en plaindre et dès qu'il est rentré il nous demande, ou les troubles anxieux réapparaissent et il faut redonner quelque chose.

E : Mais pour vous ça reste minime quand même, globalement ça se…

M8 : Oui et puis ça sera sur des traitements entre guillemets un petit peu « annexes ». Le reste du traitement on le garde. Enfin y'a pas de raisons… Y'a pas de raison qu'on chamboule une thérapeutique, d'autant qu'ils l'ont pas tellement changée, je vous dis ils ont enlevé des médicaments dit « de confort », je crois que c'est là qu'on pêche peut-être un petit peu, nos ordonnances sont un peu lourdes, mais autrement la base du traitement… Je veux dire l'ordonnance du diabète s'il a été modifié, alors si, ils m'auront supprimé peut-être le Diamicron parce qu'ils ont tendance à… Je pense récemment hein, une patient âgée est ressortie, y'avait plus son Diamicron. Bon. Par contre ils lui ont laissé sa Metformine, ce qui m'a un peu étonné parce qu'elle a plus de 80 et quelques années enfin bon, la fonction rénale est d'aplomb. Ils m'ont mis en évidence une artériopathie des membres inférieurs. C'est une femme obèse, qui était difficile à examiner, qui ne marchait pas donc les symptômes étaient pas évidents, qui porte très peu sa pression positive continue parce qu'elle en a marre, donc… Y'en a qui sont pas facile à driver (rires).

E : J'en doute pas ! C'est sûr.

M8 : Donc voilà elle m'a supprimé, je dis elle : la gériatre m'a supprimé le Diamicron, en pensant qu'il y avait déjà un peu de Metformine et un peu d'insuline. Elle était devenue insulino requérante. Ben oui bon ben c'est fait c'est fait, y'a pas de raison que je le remette. Si je devais reprendre quelque chose, je changerais mes doses d'insuline. Au point où on en est, enfin vraisemblablement. Alors je parlais de la Metformine, on a pu me faire supprimer la Metformine parce que je l'avais un petit peu trop laissé et que bon on considère que passé 75 ans on peut peut-être essayer de faire autrement. Il a rien bouffé à l'hôpital, donc ça sera facile de lui supprimer un peu, on verra quand on aura repris ses gâteries en rentrant ce que ça donne… (sourire)

E : C'est toujours l'idée du patient différent à l'hôpital et à la maison.

M8 : Ah oui. Voilà.

E : Vous avez une grosse patientèle gériatrique ?

M8 : Ben oui ils ont vieilli avec moi hein !

E : Vous savez le pourcentage officiel de ?...

M8 : Non.

E : Une estimation à peu près ?


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M8 : Je serais bien embêtée de vous le dire… Est-ce que je peux le voir sur Ameli ? Je suis pas sûre… (regarde son ordinateur) Euh je sais pas si je l'ai… Vous avez des fourchettes non, des ?...

E : J'ai pas de fourchette en tête…

M8 : A partir de quel âge donc ?...

E : Je crois que sur votre feuille c'est 65 il me semble, c'est très bas. Mais nous on dit plutôt 75 quand on vous demande.

M8 : (regarde son ordinateur) Euh, patientèle médecin traitant… Je pourrais vous dire les diabétiques, mais…

E : Oh, à vue de nez déjà on va dire déjà pour vous ?

M8 : (me montre le site Ameli) Vous connaissez ça ?

E : Oui, oui oui.

M8 : (cherche toujours) Y'a pas des tranches d'âges là-dessus ? Alors 70 ans et plus : 25 !

E : 25,33%.

M8 : Et puis des 60-70 vous voyez : 18.

E : Je crois que je vous ai tout demandé…

M8 : (toujours sur l'ordinateur) Donc effectivement vous voyez par rapport à la moyenne hein, par rapport à la moyenne, puisqu'il y a moi et la région, donc ils considèrent…

E : Oui vous en avez plus que la moyenne de la région.

M8 : Vous voyez que mon nombre de consultations aussi est un peu plus élevé que la moyenne alors que je travaille plus que 4 jours par semaine. Là on a le nombre de consultations par rapport à…

E : Je vous ai pas demandé si vous estimiez avoir eu une formation en gériatrie ? Durant vos études ?

M8 : Non. Non. Je réponds vite, parce que non !

E : Vous considérez que vous avez appris « sur le tas » ?

M8 : Ah oui oui oui tout à fait ! Ça me faisait un peu peur au début les vieux hein, pardon les personnes âgées, excusez-moi (rires). J'ai lié un peu avec mes patients hein, imaginez bien, ça fait 40 ans que je suis installée donc voilà… J'en ai perdu pas mal, et puis ben surtout, et ça me ** un peu : « oh ça y est celui-là il commence à perdre la tête… » pff… C'est des gens que j'ai connus, que j'ai connus jeune, que j'ai connus en activité, ils ont… J'ai connu leurs enfants, je connais leurs petits-enfants… et puis ça y est les troubles cognitifs commencent, je repense à cette patiente, là, qui avait un bon poste V2, puis qui est devenue après W2, puis X2, puis… elle avait un joli poste, puis pff… ça commence à se dégrader c'est moche.

E : Oui ça doit pas être facile. Du coup un regard extérieur ça fait du bien quoi.

M8 : Voilà aussi hein, ça aide un peu. Parce que je me vois pas lui dire à cette petite dame « Tiens dis donc… » Bon enfin bref.

E : Et est-ce que vous faites des visites au domicile ?

M8 : Oui. Eh oui, pour eux justement.

### 7.3.9 Entretien 9

E : Mon sujet c'est sur votre vision de médecin généraliste des modifications d'ordonnance par les gériatres, quand vos patients passent en court séjour. Je sais pas vous ça doit être plutôt N1 je pense ?

M9 : N1 oui.

E : Globalement déjà juste comment ça se passe quand ils rentrent de l'hôpital ?

M9 : Quand ils reviennent de l'hôpital ?

E : Oui.

M9 : Euh… alors en général à l'hôpital ils leur font une ordonnance pour un mois et du coup, ça c'est plutôt bien fait, en général ils leur disent bien de nous revoir un mois après. A une période ils les revoyaient à l'hôpital un mois après, ça par contre ça nous agaçait pas mal. Euh ou alors certains patients voilà ils les réévaluaient sur place, à l'hôpital, quand il y avait


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

des changements de thérapeutiques, c'est un peu étonnant hein mais voilà je crois que c'est fini, ça fait très longtemps que j'ai pas eu cette situation-là. Et on reçoit le compte-rendu de l'hospitalisation je dirais dans la semaine en général.

E : Oui c'est bien, c'est pas un gros délai !

M9 : Oui non en général on le reçoit assez rapidement. Maintenant ils sont de plus en plus courts et c'est vrai qu'on n'a pas énormément de détails mais…

E : Ha oui ?

M9 : Oui ils ont changé leur modèle et je crois qu'ils nous avaient expliqué qu'après il fallait demander si on voulait plus.

E : D'accord, et toujours par courrier vous le recevez, pas par mail ou par… ?

M9 : Non oui par courrier.

E : Oui d'accord. Et même si c'est court vous comprenez quand même quand il y a eu des modifications d'ordonnance pourquoi il y en a eu, c'est assez clair ?

M9 : (*rires)* Oui je dirais que quand même dans l'ensemble ils essayent de faire un effort mais pas toujours quoi.

E : Parfois vous êtes obligée de rappeler pour comprendre, ou… ?

M9 : Oui ça m'est arrivé une ou deux fois oui tout à fait.

E : D'accord. Comment elles sont leurs ordonnances, globalement ?

M9 : Je crois que ça diffère pas trop de nous ce qu'on pratique après… c'est parfois délicat en fait c'est sur des dossiers qui sont un peu en attente, des découvertes de diabète, on attend un peu, des tensions qui sont un peu labiles mais aussi on se donne un peu le temps, des choses comme ça et du coup ils précipitent les choses parce qu'ils ont une vision à un instant donné… Là j'ai l'exemple d'une patiente qui était arrivée d'Espagne en 2013, quelque chose comme ça, et quand elle est arrivée elle avait une hémoglobine glycosée qui était très très basse, en dessous de 6 %. Donc voilà j'avais arrêté, je crois qu'elle était sous 2 ou 3 antidiabétiques oraux. J'avais fait un peu de ménage dans l'ordonnance et petit à petit c'est monté mais tout doucement, jusqu'à arriver à quelque chose comme presque 7 % donc là je me posais la question de réintroduire de la Metformine et puis en fait elle a été hospitalisée pour une décompensation diabétique où elle était à plus de 10 % , ben ils lui ont mis 3 antidiabétiques oraux et le compte-rendu c'était « Arrêt du traitement » quoi, et que c'était pour ça qu'elle décompensait alors que les hémoglobines glyquées montraient bien qu'elle ne décompensait pas pour ça, qu'il y avait un problème aigu qui avait sûrement fait décompenser les choses. Voilà, au retour c'est reparti, il faut tout diminuer, enfin voilà, c'est pas évident…

E : Oui ils ont pointé du doigt ce que vous aviez fait, c'est pas forcément très agréable.

M9 : Aussi oui, je l'avais ressenti comme ça, après je ne sais pas si c'était ce qu'ils voulaient faire mais en tout cas c'était un peu ressenti comme ça. Voilà donc c'est plus sur des sujets comme ça, où pour le coup je trouve que pour le coup passer un petit coup de fil pour dire : « tiens c'est quand même un peu bizarre ce qu'il se passe », c'est pas …

E : C'est pas désagréable !

M9 : Oui c'est ça surtout que quand elle avait ré hospitalisée cette dame pour, justement pour le bilan de son diabète ils l'avaient re convoquée, j'avais bien donné à la fille ma fiche du diabète avec toutes les hémoglobines glyquées, enfin voilà donc ils avaient quand même les éléments pour jeter un petit coup d'œil, et…

E : Ça vous arrive qu'ils vous appellent quand même pour, comme ça, pour avoir un peu plus de renseignements ou… ?

M9 : C'est assez rare dans l'ensemble. Mmh mmh mmh (*elle acquiesce)* c'est assez rare.

E : Et ils auraient plutôt tendance du coup à rajouter des choses, sur le moment T justement que d'en enlever pour vous ?

M9 : Ils font les deux. Oui je crois que les deux, ça leur arrive dans un sens ou dans l'autre. De temps en temps on est très contents, c'est justifié, c'est… Modifier les ordonnances des patients âgés, c'est quand même pas toujours évident en ville, parce que ça demande du recul, de la surveillance. Alors dans l'ensemble on n'hésite pas trop je crois au cabinet *(rires)* mais voilà c'est vrai que de temps en temps ben les gens, le fait d'avoir un deuxième avis ou de… Et puis quand c'est un peu plus frileux, là j'ai l'exemple d'une patiente qui était sous antipsychotique pour une dépression à priori et elle avait, quand je l'ai prise en charge elle était suivie par un autre médecin qui ne faisait pas de visites à domicile donc comme elle est du secteur elle m'avait demandé et elle était toujours sous Risperdal et quand je m'étais renseignée pourquoi je ne voyais pas trop l'intérêt, et en fait le fils m'avait dit « Oui à l'hôpital ils nous ont déjà dit qu'il voyaient pas trop l'intérêt ». Bon ils l'avaient pas mis sur le compte-rendu mais voilà ça permettait du coup à la famille de faire la démarche et j'ai pu arrêter ce traitement, du coup que les gens ils, voilà… que ça se passe dans de bonnes conditions et que ce soit accepté plus facilement en fait.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E : D'accord, c'est-à-dire que parfois les gens ont besoin d'un deuxième avis ?

M9 : C'est ça.

E : L'hôpital ça apporte, je ne sais pas comment dire… pour les patients… ils acceptent plus facilement les changements par l'hôpital que par vous, vous trouvez ?

M9 : Non je ne pense pas, non non, mais c'est vrai que du coup un traitement qu'ils prennent depuis 20 ans des fois ils ont besoin d'avoir deux médecins qui leur disent la même chose.

E : Pour l'arrêter ?

M9 : Voilà !

E : Y'a des médicaments que vous voudriez arrêter mais que vous avez du mal parfois, et ça vous aide ?

M9 : Oui c'est ça.

E : Vous avez des exemples de médicaments ou de classes ?

M9 : Ben là j'ai cet exemple là et éventuellement euh… les benzos tout ça, c'est plutôt l'inverse, ils ont plutôt tendance à en mettre !

E : D'accord !

M9 : Euh qu'est-ce que j'ai comme exemple… Euh ils ont assez à cheval sur les antihypertenseurs qui sont éventuellement mal tolérés. Voilà là encore j'ai pas mal d'exemples ces derniers temps avec l'hydrochlorothiazide, où ils découvrent une hyponatrémie à l'hôpital, boum ils se posent pas de questions, le traitement il saute quoi alors que peut-être que ça se recontrôle ça se surveille... De temps en temps ce que je trouve regrettable c'est qu'il n'y ait pas une préconisation et puis voilà mais c'est leur choix, c'est peut-être aussi leur responsabilité, ils se disent que s'ils ne le font pas eux ce sera peut-être jamais fait quoi. Voilà et du coup…

E : Mmmh mmh. Donc ils sont assez actifs sur l'ordonnance quoi quand même, ils s'excitent bien dessus.

M9 : Oui quand même, tout à fait.

E : Et vous avez eu déjà des soucis avec les anticoagulants ou pas, comme c'est une classe qui revient un peu de temps en temps, je demande ?

M9 : Euh (*léger soupir)* …j'ai peut-être pas assez de patients vus dans cette situation-là. Oui je sais que de plus en plus ils sont un peu NACO. Ça pour le coup moi ça m'arrive de switcher ou… Dans les, alors dans les anticoagulants, dans l'ensemble, si c'est un AVK c'est un qui nous convient donc ça se passe plutôt bien de ce côté-là. Après les antiagrégants plaquettaires ben ça nous arrive de réévaluer quand même. Ils sont plutôt actifs quand même dans ce domaine-là donc voilà ça peut nous arriver de réévaluer un peu, selon l'âge, le risque de chute, etc quoi.

E : Vous diriez qu'ils les voient dans leur globalité pour les traitements ou… ?

M9 : Alors je pense qu'à un moment donné oui c'est certain. De plus en plus là les durées d'hospitalisation sont quand même vraiment raccourcies, c'est flagrant et du coup… ils essaient, clairement. Mais on sent que c'est quand même moins abouti qu'à un moment donné quoi, quand ils sortent c'est un petit peu plus fragile au niveau des traitements qu'avant.

E : Avant ils les prenaient plus longtemps en hospitalisation, c'est ça ?

M9 : Oui, surtout là c'était un petit hôpital périphérique donc mmh mmh, tout à fait.

E : Et du coup vous parfois vous êtes obligée ben du coup de remodifier assez rapidement ? Parce qu'on voyait dans les études que les ordonnances du médecin généraliste, comment dire, l'ordonnance de sortie de gériatrie était souvent modifiée assez rapidement donc on se demandait les raisons, qu'est-ce qui était changé… ?

M9 : Alors là le compte-rendu est vraiment très bien fait, y'a le traitement à l'entrée et juste en dessous le traitement de sortie donc déjà c'est très facile pour vérifier, maintenant qu'on prescrit en DCI c'est très pratique aussi parce que du coup y'a plus cette histoire où des fois c'était pas le même princeps, que les gens étaient perdus, que même nous on était un peu perdus donc ça c'est très bien. Et puis ça peut m'arriver alors ça peut être aussi des situations de diurétiques des fois qui sont laissés, maintenus, qui sont euh, voilà j'ai eu la situation y'a pas longtemps où j'ai dû enfin j'ai arrêté rapidement le diurétique, voilà, des choses comme ça.

E : Pour des décompensations cardiaques ?


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M9 : Alors là la situation c'était pour une décompensation cardiaque mais assez a minima sur une décompensation pulmonaire en fait. Voilà et du coup ils avaient enlevé l'antihypertenseur, laissé le diurétique et puis au bout d'un mois ça se présentait pas forcément comme ça, on a dû rechanger les choses.

E : Le patient évolue…

M9 : Voilà, ce qui apparaît logique globalement.

E : Les benzos du coup, ils sont plutôt rajoutés, vous auriez tendance à les enlever ?

M9 : Pfff oui alors ils sont plutôt rajoutés, les benzos et les hypnotiques c'est vrai que… Ils ont pourtant quand même la volonté de se méfier de ça mais je pense qu'ils ont aussi une politique, ben il faut que le patient âgé dorme.

E : A l'hôpital ?

M9 : Oui mais même qu'il dorme même à la maison quoi. Ben voilà je vois qu'il y'a une patiente qui s'était retrouvée comme ça avec des benzos et elle m'avait dit « oui le médecin de l'hôpital m'a dit que si je dormais pas c'était pas bon pour mon cerveau non plus », certes (*rires)*. Donc voilà.

E : Le sommeil avec les benzos c'est…

M9 : C'est ça, ça permet aussi de relativiser de temps en temps et puis c'est vrai qu'on a des patients, je pense à une dame de 90 ans qui était très souvent plaintive quand elle venait en consultation et depuis qu'elle a son demi 0,25 d'Alprazolam, tout va mieux quoi. Bon *(rires)*, c'est vrai qu'il faut de temps en temps aussi…

E : … trouver un juste milieu, c'est jamais évident.

M9 : Exactement.

E : Pour vous c'est quoi la valeur ajoutée du gériatre, dans votre pratique à vous ?

M9 : Euh ça serait peut-être pouvoir avoir plus des avis téléphoniques.

E : Oui.

M9 : Eventuellement des consultations un peu rapides pour des situations complexes et on a besoin d'un deuxième avis.

E : Des consultations ou des hospits ?

M9 : Des consultations, moi je pense que…

E : Ha oui ?

M9 : Oui, peut-être des consultations pour avoir un avis… une deuxième vision parfois. Et on a des situations où c'est directement une hospitalisation hein ! Mais… je me dis que peut-être certaines fois pour… pour des avis entre guillemets « pluridisciplinaires » ça pourrait être intéressant d'avoir aussi des consultations… ou alors des avis téléphoniques. Alors à l'hôpital de M1 y'a une hotline gériatrique, et vraiment hyper pratique, ils ont vraiment l'habitude de la hotline, les quelques fois où j'ai appelé j'ai vraiment été renseignée et ça m'a beaucoup aidée.

E : Vous êtes pas la première à nous le dire !

M9 : Pour la morphine, pour… la dernière fois que j'ai appelé c'était pour une question de morphine chez une patiente âgée qui était douloureuse aux transferts, à la toilette des choses comme ça, et qui avait aussi des psychotropes sur l'ordonnance, et c'est vrai que ça permet vraiment d'avoir leur pratique aussi quotidienne de gériatre et leur retour…

E : C'est bien ça ! Et ceux que vous avez en consult, c'est des consultations gériatriques à l'hôpital ?

M9 : A N1 oui il y en a, mais du coup, enfin… Ils font pas que de la gériatrie les gériatres de N1, et… Je crois que je me suis jamais, si une fois je me suis aventurée à les appeler, mais c'est un peu compliqué quoi… Voilà c'est pas tout à fait la même démarche que la hotline de gériatrie de M1. (sourire)

E : La hotline de gériatrie c'est vraiment plus… « gériatrie », vision globale ?

M9 : Ah oui complètement.

E : Et l'équipe mobile parfois elle vous aide ? Vous avez déjà eu à faire à eux ou pas ?

M9 : Alors euh… peu ! (rires) Ben à M1 ils sont un petit peu loin pour nous on n'ose pas toujours, mais c'est un peu dommage, elles m'ont dit plusieurs fois que c'était leur secteur, l'équipe de gériatrie mobile de N1 je crois que j'ai jamais eu affaire à eux… Disons qu'on est toujours un peu hésitant je trouve chez la personne âgée entre l'équipe mobile de gériatrie et l'équipe


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

mobile de soins palliatifs ! C'est aussi… Ça biaise un peu des fois le choix qu'on peut avoir… Et puis oui c'est dommage qu'on le fasse pas plus souvent, j'ai voulu le faire il y a pas longtemps pour une, là c'est la famille qui a refusé. Et le patient qui a refusé…

E : D'accord. Oui après c'est la volonté du patient effectivement…

M9 : Oui. Mais voilà là encore quand je parlais de consultations rapides, c'était aussi un petit peu ça, c'est-à-dire des personnes âgées qui sont un peu limites, qu'on veut pas déstabiliser par une hospitalisation, mais qu'on a besoin d'une prise en charge pluridisciplinaire, donc soit consultation si ils peuvent pas de déplacer, soit en effet l'équipe mobile, la preuve que j'y pense pas souvent ! (rires) Mais en effet qui pourrait nous apporter un soutien oui.

E : Et les antalgiques sont souvent modifiés quand ils sont en gériatrie ?

M9 : Non pas tant que ça non… Non…

E : Ils rentrent plutôt avec le traitement habituel ?

M9 : Oui. Oui oui oui, sauf après si c'était la demande de l'hospitalisation hein des douleurs, ou… Alors nous on travaille beaucoup en hospitalisation programmée, parce qu'on peut avoir une hospitalisation dans la journée donc c'est vrai que nos patients âgés quand ils passent par nous on les envoient quasiment, très peu aux urgences, à moins qu'ils y aient besoin d'un bilan aux urgences qu'ils peuvent pas faire dans le service mais c'est vrai que… Voilà pour ça c'est vraiment très chouette.

E : C'est bien pour eux. Donc ils rentrent pour « des bilans ».

M9 : C'est ça. Pareil quand on a besoin d'une transfusion, ça se passe généralement comme ça, soit même à la journée quand on a déjà pu faire le bilan en ville, ou qu'on a déjà eu un antécédent de…

E : Oui c'est pratique.

M9 : Pour ça c'est assez bien organisé.

E : Et comment vous réagissez quand vous voyez que votre ordonnance est modifiée ?

M9 : (blanc) Ben tout dépend, alors moi j'ai tendance à le mettre dans mon courrier quand j'ai envie qu'ils modifient l'ordonnance entre guillemets ! (rires) Donc de temps en temps on se dit « bon ben ça c'est bien ça fait longtemps que je voulais le faire et j'y arrivais pas ! » (rires) Mais c'est vrai que sinon, c'est comme… Enfin moi j'ai le même avis, un peu moins tranché parce qu'à l'hôpital on dit que c'est plus pesé, c'est vérifié, mais quand les spécialistes changent notre ordonnance sans même seulement faire la préconisation c'est un peu agaçant quoi.

E : C'est-à-dire ?

M9 : Le cardiologue qui introduit un traitement, voilà c'est vrai que… (blanc)

E : C'est ponctuel, et puis c'est pas réévalué par la suite, ils voient pas le patient dans sa globalité ?

M9 : Voilà c'est ça, c'est pas forcément le traitement qu'on aurait mis, que chez les patients âgées on a peut-être une vision un peu plus globale et qu'on tolère un peu plus de choses notamment au niveau de la tension, au niveau… Voilà.

E : Et du coup parfois vous remodifiez parce que vous considérez que c'est pas forcément optimal pour le patient ? Ça vous arrive ?

M9 : Ça nous arrive oui, oui bien sûr. Je me sens pas mois légitime que les médecins de l'hôpital par rapport au traitement et à… Voilà si vraiment j'ai un doute, en effet je prends le téléphone et je passe un coup de fil.

E : Et c'est-à-dire, le gériatre il fait appel en fait au cardiologue c'est ça ? Mais finalement lui ?...

M9 : Oui ils le font ça un peu. Oui tout à fait.

E : Ok. Et donc vous êtes pas forcément attachée à votre ordonnance initiale ? Vous êtes pas… vous avez pas de lien particulier avec votre ordonnance ?

M9 : (blanc) Bah le lien que ça convienne au patient, et que ça lui apporte un bénéfice quoi ! Mais après non pas plus que ça ! (rire gêné)

E : Et comment vous vous réévaluez les ordonnances de vos patients âgés, sans parler de l'hôpital, dans votre pratique de tous les jours ?

M9 : Eh ben, bon voilà donc un mois après l'hospitalisation… Et puis alors j'ai vraiment l'habitude de les voir tous les trois mois moi mes patients âgés. Parce que ben j'essaie de faire une fois par an quand même une évaluation gériatrique aussi du quotidien, du dépistage des troubles mnésiques, du risque de chute, tout ça, et c'est vrai qu'il suffit que l'ordonnance, voilà…


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

il y ait plusieurs polypathologies comme c'est souvent le cas eh ben c'est vrai que, on voit pas toutes les pathologies tous les trois mois mais quand même globalement c'est difficile de faire moins. Et pas mal de patients âgés qui ont l'habitude de venir pour les problèmes intercurrents plutôt que d'attendre la consultation des trois mois, ça c'est très pratique. En général je les en remercie (rires).

E : Parce que ça vous permet tous les trois mois de réévaluer vraiment l'ordonnance de fond quoi ?

M9 : C'est ça. Et puis… Alors on a un avantage d'être deux au cabinet, et d'avoir des consultations sans rendez-vous qui fait que des fois l'une ou l'autre voit les patients âgés de l'autre. Et de se reposer régulièrement des questions sur les thérapeutiques, voilà de poser la question dans le dossier pour sa collègue, quand on a le nez dans une ordonnance c'est vrai que des fois, alors pourtant on essaie vraiment de réévaluer les traitements, de faire le ménage, de… Mais alors j'ai remarqué, je suis installée depuis trois ans maintenant, que au début alors super les nouveaux patients je remodelais vraiment l'ordonnance comme je pensais que c'était le mieux par rapport à l'âge, aux facteurs de risques et tout ça. Et après au fur et à mesure on oublie un peu hein (rires) que… que en fait même si c'est fait y'a trois ans, c'est nécessaire de le faire plus régulièrement encore quoi. De réévaluer les traitements.

E : Ah oui d'accord, il faut réévaluer tout le temps quoi.

M9 : Tout à fait.

E : Il faut faire l'effort intellectuel à chaque fois de de replonger dedans quoi.

M9 : Exactement. C'est ça. Je pense notamment aux statines, aux antiplaquettaires, enfin des choses comme ça quoi.

E : J'allais demander : qu'est ce qui limite votre réévaluation des fois ? Le temps du coup c'est ça ?

M9 : Ah ben clairement, c'est des consultations avec quand même beaucoup de motifs, dont un qu'en général on passe complètement à côté c'est la douleur hein globalement ! « J'ai mal là » au milieu de toute l'ordonnance, de tout ce qu'on doit évaluer… C'est pour ça que c'est vrai que j'essaie de leur dire du coup de revenir de temps en temps pour des motifs aigus quoi.

E : Sinon ça fait beaucoup quoi.

M9 : C'est ça. Mmh mmh. Et puis pareil ça les antalgiques c'est vraiment des traitements qui trainent sur les ordonnances de renouvellement. Parce qu'à une des consultations y'avait des douleurs arthrosiques mécaniques et puis qu'après on a laissé quoi.

E : Oui on rallonge vite l'ordonnance sans s'en rendre compte je pense en fait.

M9 : Oui oui oui tout à fait. Donc… Et puis c'est intéressant, j'essaie aussi une fois par an, enfin c'est un peu aléatoire, de voir éventuellement ce qu'ils prennent vraiment dans leur ordonnance on a des belles surprises. (rires) Ça aussi ça nous aide beaucoup pour, enfin moi ça m'aide beaucoup pour modifier l'ordonnance voire même l'alléger. (rires)

E : C'est pas faux. Vous vous aidez un peu de la famille, de la femme, le mari, l'infirmière ou ?... C'est pas évident de savoir ce qu'ils prennent !

M9 : Oui, mmh mmh. Tout à fait, ben la famille le dit hein, « les boîtes le traitement elles diminuent pas ».

E : Du coup vous faites des visites au domicile dans ces cas-là ? Ou pas trop ?

M9 : Non en général je me tiens vraiment à ce que disent les gens à l'entretien, soit le patient soit la famille.

E : Ça ça demande du temps, ça c'est des grosses consults.

M9 : Oui, non non clairement hein. Clairement. C'est vrai que… Les après-midi où on a plusieurs réévaluations d'ordonnance de personnes âgées, c'est facilement une demi-heure de retard ! (rires)

E : Mais du coup c'est des consultations presque dédiées à cette réévaluation finalement.

M9 : Ah oui je pense, clairement hein. Mmh mmh.

E : Est-ce que vous avez des outils d'aide spécifiques à la personne âgée, de prescription, ou c'est des outils pour tout le monde ?

M9 : Pour tout le monde.

E : Ça marche. Est-ce que vous vous sentez impliquée dans les modifications d'ordonnance ? Qui sont faites à l'hôpital ?

M9 : Non. Pas trop. Non, c'est un peu ce que je disais tout à l'heure, on a rarement des appels… Ça prend pas très longtemps…


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E : Mais vous aimeriez l'être un peu plus.

M9 : Oui je pense, alors est-ce que c'est pas fait parce qu'ils ont peur de nous gêner… Ou un mail ! Finalement est-ce que ça peut pas attendre un jour les modifications d'ordonnance à l'hôpital, qu'on puisse répondre par mail, ça pourrait être intéressant je pense qu'on pourrait travailler encore mieux dans ce sens-là oui.

E : Après j'allais vous demander comment vous pensez améliorer la communication entre l'hôpital et vous ? Ça serait les mails ?

M9 : Oui, alors on a avec l'hôpital de M1 et de N1 on a beaucoup de numéros directs. Ça c'est vraiment pratique, et on a beaucoup de mails, et donc c'est vrai que ça c'est aussi très pratique. De pouvoir envoyer un mail et de savoir qu'on dérange pas et que nos collègues répondent quand ils ont un peu de temps et c'est souvent assez rapide quoi. Et ça pareil, ça se fait un peu plus avec M1 qu'avec l'hôpital de N1. Je pense que clairement ça pourrait être bien qu'on se rencontre avec les médecins de l'hôpital et les médecins de la ville. Alors de notre secteur on se réunit depuis quelques années là, une fois par an pour les gardes avec les médecins du secteur. Et c'est vrai qu'une fois on en avait parlé de ça, de faire…

E : De voir un peu les spécialistes et les gériatres ?

M9 : Oui et puis simplement de discuter avec les médecins des urgences aussi de l'hôpital.

E : Ça fait du lien, et puis on met un visage.

M9 : Alors c'est vrai qu'en temps qu'interne y'a encore pas longtemps j'avais fait un semestre à N1, alors pas dans le service mais aux urgences, du coup ça permet de connaître un peu les gens et de…

E : Ah ben oui donc du coup vous devez vous connaitre !

M9 : C'est ça, mais ça change un peu aussi ! Et puis là c'est surtout sur des problématiques aussi d'organisation, de… justement de prise en charge un peu plus optimale pour nos patients âgés quoi.

E : Le patient, comment il réagit aux modifications d'ordonnance ? Il comprend, il est perdu, il est ?... Comment il réagit ?

M9 : Euh… (blanc) En général quand il n'y a pas trop de modifications il peut comprendre. Là j'ai l'exemple d'un patient qui était allé à l'hôpital, ils avaient changé vraiment beaucoup de choses. Et… Comment ça s'est passé ? Entre temps il avait revu le pneumologue donc de l'hôpital, qui est aussi médecin dans le service, et donc avant la fin du mois en fait où en général on les revoit à un mois. Ils avaient justement dit « oui ils ont tout changé l'ordonnance » il avait dit « non non mais vous laissez tomber et vous revenez à l'ordonnance initiale de votre médecin traitant » donc du coup quand on s'est revu à un mois on a dû refaire le point un peu sur ce qu'on gardait, ce qu'on gardait pas… Mais c'est vrai que…

E : Donc là il était un peu perdu pour le coup…

M9 : Oui c'est ça, quand il y a beaucoup de changements ils sont un peu perdus quand même les patients. Quand il y a qu'un changement et qu'il est bien expliqué, qu'ils savent pourquoi il a été fait, ne serait-ce à la famille si le patient peut pas comprendre…

E : Donc c'est globalement expliqué ? Ils ressortent en ayant compris ?

M9 : Non pas toujours. Non non pas toujours. (blanc) Pas toujours oui.

E : Ils ont besoin aussi de votre aval un peu ?

M9 : Oui ou simplement de réexpliquer pourquoi ça a été changé quoi, oui oui tout à fait.

E : Il y a un manque d'explication j'ai l'impression.

M9 : Mmh mmh. Ne serait-ce que finalement l'explication aussi aux aidants. C'est vrai que c'est souvent eux aussi qui réexpliquent au patient, qui rappellent quand il y a besoin d'un rappel.

E : A l'hôpital on passe pas assez de temps probablement avec eux pour leur expliquer le pourquoi du comment je pense.

M9 : Oui tout à fait. Complètement.

E : Vous avez déjà été en difficulté suite à des grosses modifications ou pas de souvenir comme ça ?

M9 : Pas de souvenir comme ça.

E : Ok. (blanc) J'ai besoin juste de savoir si vous vous estimez avoir eu une formation en gériatrie ? Dans vos études.

M9 : Oui.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E : Vous aviez fait un semestre en gériatrie ?

M9 : En court séjour oui.

E : C'était où ?

M9 : A T1. Et j'avais fait aussi en tant que… Mon dernier semestre d'externat donc du coup ça avait vraiment été vraiment bénéfique, en cardio gériatrie. Donc oui, mais après ça change tout le temps hein, donc…

E : Oui, c'est vrai ! Et est-ce que vous connaissez le pourcentage de plus de 75 ans que vous avez ?

M9 : Non…

E : Vous avez votre feuille ?

M9 : Non je n'ai pas la feuille, mais franchement…

E : Vous diriez, à peu près ? Une estimation ?

M9 : Je pense que c'est pas plus de 10%. Et puis une dernière chose à laquelle je repense, c'est la prescription des traitements spécifiques des troubles cognitifs et de la maladie d'Alzheimer. (rires) Parce que ça pour le coup ils sont très branchés à l'hôpital, et ça ça nous arrive régulièrement de les arrêter parce qu'ils sont mal tolérés au retour d'hospitalisation. Voilà. Alors ils le font rarement suite à une hospitalisation, ils le font plutôt quand ils réévaluent en général les bilans cognitifs. Ils les font à distance, ils reconvoquent les gens…

E : Les bilans mémoire, les consultations mémoire ?

M9 : Oui. Voilà et ça… Alors surtout quand il y a des interactions médicamenteuses et que… voilà. Dans l'ensemble… Et alors pour le coup ça c'est un peu délicat quand on a deux pratiques complètement différentes et deux avis sur leur bénéfice assez différents, sur ces problématiques là c'est un peu plus, par rapport à la famille…

E : Ça arrive avec d'autres médicaments, ou c'est surtout ceux-là ?

M9 : C'est surtout ceux-là quand même dans l'ensemble où vraiment il y a un écart de pratique et de prescription qui est assez important. Donc du coup on les envoie très peu en consultation mémoire. (rires).

E : Parce que sinon ils ressortent toujours avec ces traitements-là ?

M9 : Oui. Oui. Ce qui est un peu dommage hein. Donc on travaille plutôt directement avec l'ELSA, quand on a besoin d'évaluation des troubles cognitifs en fait en général.

E : D'accord. Et vous diriez que vous sentez qu'il y a le patient de l'hôpital, et le patient de la maison ? Qu'il y a deux entités vraiment différentes ? Ou alors ?...

M9 : Alors c'était peut-être le cas… (soupire) Oui c'est possible parce que il y a quelques patients par exemple qui étaient pas du cabinet et qui viennent… Ce sont des nouveaux patients du cabinet, qui sont suivis tous les 6 mois par leur médecin mémoire, etc oui ça peut se voir, mais c'est vrai que nous du coup comme on n'a pas trop cette pratique là… je dirais que globalement on a surtout des patients « ville », enfin…

E : D'accord. Il y a d'autres choses qui vous viennent, ou ?

M9 : Non, c'est tout ! (rires)

### 7.3.10 Entretien 10

E : Déjà juste une question assez globale, comment ça se passe quand vos patients rentrent de court séjour gériatrique ?

M10 : Ça se passe bien !

E : Comment vous êtes au courant, dans quel délai…

M10 : Ah ! Quand je vois revenir mes patients avec leur ordonnance en général je suis au courant, bon souvent quand c'est moi qui les envoie je sais qu'ils sont hospitalisés, mais je vois souvent les patients revenir avant les courriers, ça c'est certain. Et c'est une généralité. C'est-à-dire qu'il n'y a pas un hôpital qui fait mieux que l'autre. Et encore c'est mieux que quand ils sont morts, parce que généralement quand ils sont morts, j'apprends qu'ils sont morts quand je revois la famille et que je leur fais « Et au fait j'ai pas de nouvelles de votre papa ou de votre maman, ça va comment ? » « Ah ben il est décédé. » (blanc) « D'accord. ».

E : Les courriers sont aussi longs que ça à arriver ?...


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M10 : Alors je dirais 3 semaines quand c'est les hôpitaux du secteur, N1, M1. Quand c'est Q1 ça va jusqu'à 3 mois.

E : 3 mois le courrier ? Le SSR ou le court séjour ? Le court séjour ?

M10 : Non là c'est en général : tous les courriers.

E : Donc du coup vous voyez le patient avant d'avoir le courrier quoi.

M10 : Oui pratiquement tout le temps. Parce qu'en général on a une ordonnance pour un mois, donc on refait le point au bout d'un mois. Et c'est pas rare que…

E : Et avec l'ordonnance, vous comprenez ce qui s'est passé ?

M10 : Non, ben non ! Enfin, je fais comme je peux. (rires) Quand ils ont toute leur tête et qu'ils vont bien, en général ils me racontent.

E : Et on leur a bien expliqué à l'hôpital, ils ont bien compris ?

M10 : Ça va. Alors après s'ils ont eu des examens complémentaires des choses comme ça ils sont pas souvent à même de me dire ce qu'ils ont fait et les résultats, mais… en règle général…

E : Et vous avez appelé des fois pour comprendre ?

M10 : Oui ! Oui.

E : Ça vous arrive fréquemment ?

M10 : Oui. Et donc en général la secrétaire me lit le courrier. Parce que j'ai aussi des patients qui reviennent au bout d'une semaine en me disant « Ben j'ai rien compris de ce qu'ils m'ont fait » Ah, bon, ben attendez on va appeler ! (rires) Non l'idéal je pense ça serait de donner le courrier de sortie au patient quoi.

E : Encore faut-il qu'il soit tapé avant qu'il parte quoi, ce qui n'est quand même pas souvent.

M10 : C'est ça, non mais pour nous en médecine libérale je trouve que ça serait vraiment… ce serait l'idéal. Il y a quelques services de chirurgie qui le font en post op vu que maintenant ils opèrent en ambulatoire. Mais… c'est rarissime quoi.

E : Vous avez parfois par mail ou pas ?

M10 : Oui beaucoup.

E : Oui ? C'est plus rapide alors, mais pas la gériatrie, pas le court séjour gériatrique ?

M10 : Non.

E : Oui trois semaines…

M10 : Ah oui oui oui !

E : Et comment elles sont les ordonnances alors ?

M10 : Allégées.

E : Ils enlèvent beaucoup ?

M10 : De quoi, des ordonnances allégées ou ?...

E : Ils enlèvent beaucoup de traitements ?

M10 : En général ils enlèvent tout ce qui est hypnotique, les anxiolytiques et compagnie. Après moi j'avoue que j'ai souvent des, j'ai pas des ordonnances très lourdes. Mais c'est vrai que, je trouve que pour ça ça rend service, parce que ceux qui ont leur Temesta depuis 45 ans, leur expliquer qu'il faut… On leur explique hein, qu'il faut l'arrêter parce qu'à un moment donné ça va poser problème, mais ils sont tellement accrochés à leur médicament !

E : Et quand ça vient d'un médecin hospitalier ça passe mieux vous pensez pour eux ?

M10 : Je pense que ça passe mieux peut-être parce qu'on leur donne pas le choix. C'est-à-dire que si on leur supprime pendant leur séjour ils l'ont plus ils l'ont plus.

E : Oui ils le réclament pas forcément…

M10 : J'en ai qui reviennent avec leur ordonnance en me disant « Oh, il y a plus de Temesta ! »


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E : Donc ils se plaignent à vous, mais à l'hôpital ils disent rien.

M10 : C'est ça ! On fait partie de la vie des gens.

E : Ils osent peut-être pas, et puis à l'hôpital il y a peut-être pas assez de temps consacré au patient pour l'explication des traitements…

M10 : Je sais pas mais en tout cas c'est fréquent qu'ils arrivent et qu'ils me font « Ils m'ont enlevé tous mes traitements ! » (sourire)

E : Il y a d'autres traitements que les hypnotiques/anxiolytiques qui…

M10 : Qui sont modifiés ? Ben après en fonction de pourquoi il est rentré en court séjour gériatrique. Il peut y avoir des modifications… Tout venant quoi.

E : C'est-à-dire ?

M10 : Ben pour la tension, s'ils ont fait un évènement cardio vasculaire. Ça arrive qu'ils sortent avec des ordonnances qui sont nouvelles et qui sont, qu'ils rajoutent des médicaments quoi.

E : Mais que vous trouvez pertinent ? Des modifications pertinentes ?

M10 : Ah oui oui oui bien sûr. Tout à fait.

E : Sur les anticoagulants il y a déjà eu des soucis ou pas ? Je vous demande car c'est un traitement qui est souvent revenu donc je demande maintenant.

M10 : Non pas forcément. Non après… on voit de plus en plus… Alors moi j'avoue que les patients en gériatrie j'en ai pas énormément qui sortent de court séjour. Mais, les anticoagulants, à part l'émergence des nouveaux anticoagulants et le fait qu'on ait plus de surveillance c'est vrai que ça me laisse toujours perplexe, mais… à part ça non. Honnêtement j'ai rien contre les ordonnances qui sortent de l'hôpital. Je pense que vous avez plus de moyens, et puis à moment donné quand vous voyez un patient il a une pathologie il faut la traiter donc ! Soit c'est momentané le traitement, enfin si c'est un truc aigu infectieux soit effectivement s'il a fait un évènement cardiovasculaire ou…

E : Est-ce que pour les antalgiques parfois ça vous aide ?

M10 : Les modifications de traitement ? Non.

E : Je vous dis un peu les classes qui sont ressorties dans mes entretiens, mais… pas spécialement.

M10 : Non. Non parce que, parce que parce que… non. On arrive relativement bien à adapter les traitements antalgiques. Chez nous ils reviennent, on les voit…

E : Ok. Et donc comment ça se passe quand ils reviennent vers vous, avec l'ordonnance, et qu'ils disent « ils m'ont tout enlevé », qu'est ce qui se passe vous remettez, vous discutez, vous essayer de comprendre, enfin comment ça se passe ?

M10 : Souvent je discute, et je remets pas forcément parce que en tout cas pour tout ce qui est hypnotique et anxiolytique j'essaie de leur faire toucher du doigt qu'ils sont pas plus mal sans. Et moi je trouve que dans la majorité des cas ils disent « ah ben oui oui finalement vous avez pas tort ». Donc…

E : Donc ils sont réceptifs à vos explications quoi.

M10 : Oui, oui.

E : Mais quand vous l'expliqiuez avant qu'ils passent à l'hôpital ils entendaient pas, ils sont pas passés par la case de pas l'avoir quoi.

M10 : Pas forcément, mais honnêtement moi j'ai pas des grosses ordonnances, je fais souvent du ménage. J'ai des patients qui repartent de chez moi en ne revenant jamais parce que je leur ai supprimé tous leurs médicaments. Donc… Mais l'ensemble des personnes âgées que j'ai, honnêtement, sont habituées à ne pas avoir une ordonnance de 10 médicaments ça c'est certain.

E : Oui vous faites déjà attention en amont, donc y'a pas de changement majeur quoi.

M10 : Non.

E : J'allais vous demander comment vous vous réévaluez l'ordonnance de vos patients ?

M10 : Comme tout le monde je crois non ? (rires) Non bah, au cours des consultations.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E : De façon systématique ?

M10 : Oui. En général les personnes âgées la grosse majorité ont des renouvellements tous les trois mois, donc on a quand même le temps. Y'a pas grand-chose qui révolutionne leur vie de trois mois en trois mois quoi. Donc on a quand même le temps de réévaluer les traitements, on a le temps de discuter avec les gens.

E : Vous avez des outils de réévaluation spécifiques à la personne âgée ou alors c'est des outils pour tout le monde ?

M10 : Non à mon avis je fais la même chose pour tout le monde. Que ça soit les personnes âgées ou pas.

E : Et il y a des difficultés parfois dans ces réévaluations de traitement, ou… ? Des choses qui vous posent problème ? Ou pas ?

M10 : Non pas forcément. Après il y a des patients qui sont vraiment attachés à leur médicament, j'en ai une en tête qui a été institutionnalisée et qui prenait des traitements !... Elle prenait deux Imovane la nuit, elle prenait 2 Xanax avant de se coucher, elle avait un traitement énorme. Et j'ai essayé hein de me battre, elle notamment fait partie des gens qui sont ressortis de l'hôpital sans rien, et j'avoue je pense que c'est la seule où j'y suis jamais arrivée. Après…

E : Parce qu'elle vous rappelle, elle vous harcèle c'est ça ?

M10 : Ah oui oui oui, elle, sa fille, c'était un contexte psy très particulier. Là elle doit avoir 97 ans maintenant, moi je la voyais entre 93 et 95 ans, et j'avoue que je me suis dit franchement si elle prend ses deux imovane la nuit, que ça l'a pas tuée depuis…

E : Mmh. (blanc) Et puis à un moment c'est compliqué d'aller contre la volonté des gens… (soupire) C'est compliqué.

M10 : Oui, alors qu'elle dormait pas ! Elle dormait pas ! Mais ! Elle prenait ses deux Xanax deux Imovane. C'était insoluble. Mais je trouve quand même… après je pense qu'on a un peu les gens à notre image, à notre façon de travailler, moi je trouve que dans la majorité des cas j'ai pas mal de personnes âgées qui sont à domicile tout ça, et ils sont habitués. On discute ils sont pas plus bêtes que les autres, ils comprennent tout à fait quand on leur explique les effets secondaires de leurs médicaments qu'on a aucun gain à leur en donner.

E : Comme vous leur expliquez depuis longtemps…

M10 : Oui ils sont au courant quoi. (blanc) On fait ce qu'on peut !

E : Quel lien vous avez avec votre ordonnance ?

M10: « Quel lien j'ai avec mon ordonnance ? » Je la trouve belle ! (rires)

E : Est-ce que vous y êtes attachée ?

M10 : Ah non pas du tout ! Attachée à mon ordonnance ? Ah non pas du tout !

E : Si je vous pose la question c'est que c'est…

M10 : C'est vrai il y en a qui sont attachés à leur ordonnance ? Non non je ne suis pas attachée à mon ordonnance.

E : Ils ne le disent… Bien sûr c'est entre les lignes, c'est intéressant.

M10 : En fait je crois que mon objectif en général chez tous mes patients c'est de leur faire prendre le moins de médicament possible. Parce que je garde en tête qu'à partir de cinq comprimés… on ne sait plus qui fait quoi. Donc… non. Quand je vois des nouveaux qui viennent me demander leur avis, ça existe hein, des personnes qui viennent et qui, souvent des personnes âgées accompagnées qui viennent et qui nous disent « Non mais vous avez vu tout ce qu'ils prennent ! ». Et là je commence à dire « Ben celui-là il va pas avec celui-là, et puis celui-là ben on va l'enlever parce qu'il sert à rien, machin… ».

E : Comment ils réagissent ?

M10 : Ben soit ils viennent vraiment pour ça et ils sont demandeurs d'un essai donc ça se passe bien. Soit ceux que je vois qui sont un peu forcés par leur famille, ceux-là je les revois jamais. Mais il y en a qui ont deux pages d'ordonnance quand même…

E : Globalement les gériatres ils allègent.

M10 : Globalement les gériatres ils allègent oui. Après il faut quand même avoir une indication pour envoyer les gens en court séjour gériatrique. Parce que la plupart de nos patients vont bien à domicile ! (rires) Mais oui globalement, enfin moi je travaille pas mal avec N1 parce que je suis à dix minutes, globalement nos patients ils ressortent avec des ordonnances qui sont pas complètement étonnantes quoi.

E : Pas complètement modifiées.

M10 : Non mais bon, je pense qu'on fait ce qu'il faut pour pas qu'elles soient complètement incohérentes quoi.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E : J'allais vous demander si vous vous sentiez impliquée dans les modifications qui sont faites à l'hôpital ou pas. Est-ce qu'ils vous appellent, est-ce que…

M10 : Ah non pas du tout ! Ah non. Non non il y a une barrière entre l'hôpital et la médecine de ville. Il doit y avoir un mur. (sourire)

E : Vous aimeriez être plus impliquée ou ça vous convient comme c'est ?

M10 : Non moi ça ne me dérange pas particulièrement.

E : Comment on pourrait améliorer …

M 10: … la discussion ? Entre les médecins hospitaliers et les médecins généralistes ?

E : Oui, enfin les gériatres, moi c'est plutôt les gériatres.

M 10 : Je pense que c'est difficile quand vous êtes en service d'appeler un médecin pour lui demander son avis sur une modification de traitement. Non moi je pense que le truc le plus intéressant, ce serait vraiment qu'on ait le courrier quand le patient vient nous voir. Moi je trouve que vraiment c'est le truc… Quand ils sortent franchement, quand les gériatres font une ordonnance ben il faudrait effectivement qu'on ait le courrier qui nous dise « bon ben voilà j'ai modifié ce traitement là parce que pendant son séjour il s'est passé ça, j'ai rajouté ça parce que on a trouvé ça en lui faisant cet examen complémentaire… » enfin un truc logique quoi !

E : Parce que quand vous le recevez c'est bien expliqué quoi ? Vous avez toutes les réponses à vos questions ?

M 10 : En général oui, quand même les comptes rendus de gériatres on a vraiment toutes les étapes des pathologies anciennes, les pathologies qu'ils ont découvertes pendant le séjour, non je trouve que c'est structuré.

E : … oui c'est dommage que vous le receviez trop tard.

M 10 : Oui. Ça c'est sûr. Mais c'est en général, c'est pas propre à la gériatrie. Mais c'est vrai que quand il y a des grosses modifications de traitement des fois on est là : « pourquoi » quoi ?

E : (blanc) C'est compliqué si le patient il peut pas vous expliquer… Ça peut… Et vous faites comment du coup ?

M 10 : A ce moment-là j'appelle. Comme en plus les personnes âgées je les prends pas à 18h le soir ça va bien, y'a encore quelqu'un dans le service.

E : Et vous les voyez pas au domicile, vous les voyez ici au cabinet ?

M 10 : Oui.

E : Vous en faites des visites au domicile ?

M 10 : Oui. Et là le problème du domicile c'est que c'est entre midi et deux, donc là c'est mort pour appeler.

E : Et puis au domicile on n'a pas forcément l'informatique, c'est moins pratique.

M 10 : Ah oui, non. C'est moins pratique. Après honnêtement moi les personnes que j'ai à domicile elles vont pas en court séjour gériatrique.

E : Elles vont ?...

M 10 : Ben elles sont au domicile ! Donc… après pour les pathologies intercurrentes…

E : Oui voilà j'allais dire on peut en avoir besoin pour une altération de l'état général…

M 10 : Elles vont en service de médecine gé simple quoi. Parce que court séjour gériatrique par ici…

E : Ben il y a M1, N1 je sais même pas si c'est un court séjour gériatrique.

M 10 : Non, c'est de la médecine. A A1 c'est de la médecine.

E : Après c'est de la gériatrie, mais c'est vrai que c'est pas des gériatres.

M 10 : Ben c'est pas un court séjour gériatrique.

E : Ben il y a M1.

M 10 : Ouais mais les gens ils vont sur N1 ou sur A1 en général d'ici. Donc…


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E : C'est vrai qu'il n'y a pas beaucoup de gériatre en fait.

M 10 : Quelle est l'indication d'envoyer en court séjour gériatrique, fondamentalement ?

E : C'est les bilans de chute, les bilans d'altération de l'état général, les décompensations cardiaques sur la pneumopathie, les infections urinaires qui font décompenser le diabète enfin…

M 10 : Oui mais ça du coup nous ils le font dans nos hôpitaux périphériques. Alors il y a Dr X hein qui est gériatre à N1. Mais son service n'est pas à mon avis étiqueté... Après elle a son diplôme de gériatre et…

E : Ah mais c'est une femme ?

M 10 : Oui.

E : Ah je confonds avec un homme, Dr X.

M 10 : Son mari !

E : Ah d'accord !

M 10 : Ça reste familial hein.

E : C'est N1, c'est petit. Pour vous quel est l'apport du gériatre dans votre pratique ?

M 10 : L'apport du gériatre ? (blanc, gênée, sourire)

E : Vous avez le droit de dire ce que vous voulez ! (rires)

M 10 : L'apport du gériatre. Euh… eh ben… J'avoue que les seules fois où j'envoie en consultation gériatrique, en tout cas moi dans ma pratique c'est surtout pour des bilans de mémoire. Mais… Et j'envoie sur N1 justement, ils ont une consultation dédiée à ça. Mais… c'est tout.

E : Oui il ne vous aide pas forcément dans votre pratique de tous les jours avec vos patients âgés.

M 10 : Non. Je me débrouille toute seule ! (rires) Et ça se passe bien hein, franchement je pense qu'elles vont bien mes personnes âgées. Non parce qu'après souvent quand il y a un problème à la maison, on les envoie souvent en médecine ambulatoire, et ils partent plus en SSR après. Le temps de se remettre quoi. Alors après est-ce qu'ils ont systématiquement un bilan gériatrique par ici ça m'étonnerait.

E : Mais même quand ils sont dans un service de médecine ils ont quand même un compte-rendu comme en gériatrie très détaillé ?

M 10 : Ça dépend desquels de service. Ça dépend, y'en a qui ont ***. Je trouve que quand ils sortent de SSR souvent bien mieux. Et je crois bien que Dr Y, à N1, doit être gériatre. Je sais pas si Dr Z elle l'est mais c'est les deux qui gèrent le SSR. Et après à A1… J'ai moins d'expérience avec A1. Je les envoie pas trop.

E : On est un peu loin.

M 10 : Pas forcément mais… c'est un peu plus compliqué oui.

E : Donc globalement les ordonnances sont plutôt… plutôt peu modifiées quoi.

M 10 : Oui oui oui. Ça me révolutionne pas forcément la vie.

E : Il y a d'autres choses qui vous viennent à ce propos, que vous voudriez me dire ?

M 10 : Non. Non non non. C'est vrai que j'utilise pas trop les courts séjours gériatriques parce qu'on n'en a pas en fait. Est-ce que si j'en avais j'en utiliserais plus, je sais pas.

E : Et le peu de fois que vous avez eu affaire à eux ? Ça vous avait apporté ?

M 10 : Franchement M1, je pense que j'ai jamais eu de personnes âgées qui sont montés à M1. C'est loin, enfin c'est… c'est à une heure d'ici quoi. Donc ça leur fait loin. Mais voilà si j'en avais un à côté, est ce que je… certainement, ben de toute façon par le recrutement certainement qu'ils seraient plus orientés gériatrique que médecine.

E : Du coup il n'y a pas d'œil de gériatre sur vos patients quand ils vont en médecine en fait.

M 10 : Non. Non pas forcément.

E : Vous avez l'impression qu'ils voient plus dans la globalité le gériatre justement ou ?...


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M 10 : C'est le but non ? (sourire)

E : Normalement oui. Mais des fois c'est plus ou moins ressenti.

M 10 : Ben après nous aussi c'est notre rôle quoi.

E : Oui finalement ils sont pas plus… Vous faites comme eux en fait, vous avez pas l'impression qu'ils vous apportent plus de choses ?

M 10 : Non. Non. De toute façon la médecine générale on prend bien la personne dans sa globalité, et que ça soit de la gériatrie ou pas. C'est un peu pareil quoi. Donc c'est notre job ! Alors peut-être plus la personne âgée, je sais pas si c'est plus la personne âgée, mais… On s'occupe plus de leur environnement je pense, aux personnes âgées. On s'occupe plus de comment ils vivent au domicile, comment… On discute plus avec les familles pour le maintien au domicile, savoir comment c'est organisé, tout ça, par rapport à un adulte x ou y, c'est vrai qu'on rentre moins dans les détails avec les adultes, mais les personnes âgées c'est vrai qu'on gère ce côté-là en plus. Mais…

E : Qui est gérable quoi.

M 10 : Qui est gérable, tout à fait.

E : L'équipe mobile elle vous aide parfois ? L'équipe mobile de gériatrie ?

M 10 : Ça sert à quoi ça ? C'est quoi ?

E : C'est un gériatre qui vient au domicile, qui évalue le patient, qui évalue son environnement, qui évalue le traitement, qui évalue la mémoire, qui évalue tout un environnement, qui propose des solutions pour aider le maintien au domicile en général.

M 10 : Jamais vu chez moi ça.

E : Ça vous dit rien.

M 10 : Non. Non, puis c'est ce qu'on fait quoi.

E : C'est ce que vous faites.

M 10 : Les familles viennent nous voir des fois, sans forcément les personnes âgées. Elles viennent juste discuter avec nous de comment c'est organisé, qu'est-ce qu'on peut améliorer et tout ça. Mais honnêtement on a pas mal de structure qui font qu'on maintient les gens au domicile.

E : Education du patient quoi. En fait.

M 10 : C'est ça. Mais y'a pas qu'avec la gériatrie ça, l'éducation du patient. (rires) Non honnêtement équipe mobile de gériatrie jamais vu.

E : Si vous en avez pas besoin c'est vraiment tant mieux.

### 7.3.11 Entretien 11

Entretien 11

E – Comment réévaluez-vous l'ordonnance de vos patients gériatriques ?

M11 : Ben mais c'est en les revoyant quoi. Quand je les revois après l'hôpital ou à domicile, je vois les changements qu'il y a eu par rapport à avant le séjour à l'hôpital, en lisant bien le compte-rendu du service, voir ce qui a été modifié, voir qu'il n'y ait pas eu d'oubli parce que ça arrive qu'il y ait des oublis, donc ça arrive parfois de passer un coup de file «Tiens là le Kardegic a été arrêté, est-ce que c'est normal ? »

E – Et pour vos patients gériatriques qui ne sont pas passés par l'hôpital ?

M11 : Ceux que je revois tous les 3-6 mois ? C'est au fur et à mesure on réadapte en fonction de leur état de santé, de la biologie. Tout ce qui est du traitement pour le cholestérol j'ai tendance à freiner un peu en refaisant des contrôles bio un mois après quand même, et puis le plus souvent quand on baisse ou qu'on arrête c'est qu'il n'y a plus besoin.

E – Donc vous trouvez le temps de le faire ?

M11 : Oui ça fait partie de la consultation

E – Y a-t-il des ordonnances pour lesquelles vous vous sentez gêné ou un peu limité pour changer des choses ? Est-ce que les patients ne veulent pas ?


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M11 : Depuis 15 ans non j'ai pas trop …. Sur les statines un petit peu, de plus en plus les gens me disent « les statines c'est pas bon donc j'arrête », ils viennent me voir et me disent « docteur qu'est-ce qu'on fait ? » Je leur explique qu'il vaut mieux le prendre mais après je le laisse quand même sur l'ordonnance, après ils font ce qu'ils veulent chez eux.

Euh c'est quoi la question déjà ?

E – Qu'est-ce qui peut limiter votre réévaluation des ordonnances ?

M11 : Pas grand-chose. Si y'a pas de motif médical à arrêter ça ou à instaurer un nouveau traitement, non à ce niveau-là j'ai pas trop de difficultés.

E – En quoi les ordonnances de vos patients sont-elles modifiées à la sortie d'hospitalisation en gériatrie ? Plutôt des ajouts, des retraits, des changements de dose ?

M11 : c'est plutôt soit des retraits soit des diminutions de dose… Je réfléchis à des cas en particulier. Des adaptations de traitement pour le diabète, des retraits y'en n'a pas tant que ça quand même, parce que quand je vois une personne de plus de 75 /80 ans je me dis toujours qu'est-ce que je pourrais supprimer ? Par exemple le LIPANTHYL qui n'a aucune utilité, une personne qui à 1,8 g de triglycéride on s'en fiche un peu, elle prend son LIPANTHYL depuis des années bon ben on arrête.

E –Avez-vous l'impression qu'il y ait une classe de médicaments en particulier qui soit modifiée ?

M11 : Oui c'est souvent les anticoagulants où il y a des changements.

E – Comment obtenez-vous l'information sur les changements qui ont été faits sur l'ordonnance ?

M11 : 9 fois sur 10 c'est sur le compte-rendu de l'hôpital, je l'ai assez rapidement en général. Sinon c'est avec l'ordonnance de sortie que le patient m'amène.

E – La façon dont vous recevez l'information vous convient-elle ?

M11 : Oui, ça arrive de temps en temps de passer un coup de fil au service pour savoir pourquoi ça a été changé et que le patient sait pas trop, mais 9 fois sur 10 avec l'ordonnance on comprend à peu près ce qu'il s'est passé

E – Les informations délivrées par le service vous permettent-elles de comprendre les modifications ?

M11 : Oui 9 fois sur 10 on comprend ce qui a été changé.

E – Quand vous revoyez le patient dans quelle mesure appliquez-vous les modifications faites à l'hôpital ? Est ce qu'elles vous semblent pertinentes ?

M11 : Oui elles sont pertinentes, c'est rare que j'ai à remodifier des choses après… Après le plus souvent il n'y a pas des grandes modifications, c'est plus des petites adaptations de traitement pour la tension ou autre. J'ai pas de souvenir comme ça qu'il y ait de gros changements

E – Les modifications vous semblent-elles adaptées au patient ?

M11 : Non je n'ai jamais vu de choses choquantes, ça me parait adapté

E – Qu'est-ce qui vous incite à rechanger après les ordonnances ?

M11 : - Par exemple sur la tension si je vois que le traitement a été majoré et que là la tension n'est qu'a 10 on va repasser au traitement d'avant. C'est des adaptations selon l'état clinique du patient

E – Ça ne vous arrive pas que le patient vous redemande son ancien traitement ?

M11 : Non, non non. Dans l'ensemble ils écoutent bien le médecin de l'hôpital, ils me demandent aussi mon avis, « ça pourquoi ça a été changé » on leur explique et après ils sont d'accord. Ils ne tiennent pas absolument à avoir le même traitement.

E – Pour vous quelle est la valeur ajoutée des gériatres à l'hôpital pour la réévaluation des thérapeutiques ?

M11 : Elle est très importante

E -Qu'apportent-ils en plus par rapport à vos modifications d'ordonnance ?

M11 : Bonne question… Ben le gériatre c'est sa spécialité donc j'ai plus tendance à le suivre spontanément et pas spécialement remettre en cause ses prescriptions. Globalement je suis assez facilement les prescriptions des gériatres.

E- Comment ressentez-vous les modifications qui ont étés faites sur vos ordonnances ?

M11 : De manière très positive. Je ne suis pas du tout vexé, de manière très souple et positive.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E- La façon dont les changements vous sont présentés cela vous convient-il ?

M11 : Oui, du moment que j'ai un compte-rendu, que je sais ce qu'il s'est passé durant le séjour et que j'ai une ordonnance de sortie

E- Vous sentez-vous impliqué dans les modifications ?

M11 : C'est vrai que c'est décidé de façon unilatérale.

E- Aimeriez-vous être plus impliqué ?

M11 : Non, je trouve que le fonctionnement comme ça se passe très bien. Je n'ai pas besoin d'être plus impliqué.

E- Ces modifications vous mettent elles parfois en difficulté ?

M11 : Non, non j'ai pas de soucis la dessus. J'ai 14 patients dans une EHPAD, je vois parfois la médecin coordinateurs elle fait les changements elle-même, au début elle me passait un peu des coups de fil, elle me disait « tiens j'ai modifié ça, est-ce que ça te va ? » je lui dit oui, à la limite elle connaît mieux le patient que moi, là-dessus je suis très souple, à moins d'une aberration mais j'en ai jamais constaté, non très souple et positif la dessus.

E- Verriez-vous des pistes d'amélioration dans la communication entre la ville et l'hôpital au sujet des modifications de thérapeutique ?

M11 : La seule chose ce serait d'avoir le compte-rendu encore plus rapidement, là c'est en une dizaine de jour en général en gériatrie. C'est par courrier, ça commence à se faire les compte rendus par informatique ou là c'est vraiment plus rapide, donc si ça pouvait se développer ce serait bien, mais en une dizaine de jour c'est déjà suffisant, c'est rare que je revoie les gens dans cet intervalle. Non globalement je trouve que c'est très bien en tout cas sur M1 ça tourne très bien. Pour mon fonctionnement à moi au cabinet ça fonctionne très bien

### 7.3.12 Entretien 12

E : L'entretien est au sujet de votre perception des ordonnances de vos patients sortant des services de gériatrie.

M12 : Y'a des hôpitaux qui ramènent tout à eux et puis après les gens on ne les revoit plus, ils ont des spécialistes dans chaque domaine, et après nous on est là pour parer aux bobos du quotidien et dans ces cas-là je suis pas forcément ravi, parce que j'aime bien garder la main. Actuellement ça s'aggrave mais aussi avec les spécialistes. Le parcours médecin traitant on s'en bat l'oeil ; y'a l'ophtalmo qui voit un petit quelque chose « oh ben faut aller voir un diabétologue et puis peut-être le neurologue en même temps» et puis nous on est au courant au bout de 6 mois.

E : Notre sujet de thèse porte plus sur vos patients qui sortent de gériatrie. Soit que vous avez fait hospitaliser en gériatrie soit qui sont passes par les urgences avant d'être hospitalisés en gériatrie.

M12 : La gériatrie à proprement parler ...

E: Quel est le pourcentage de personnes âgées dans votre patientèle ?

M12 : Ca j'en sais rien d'autant que je n'ai pas de personnes âgées en maison de retraite. J'en ai en ville mais quand y'a un souci, c'est pas un souci de gériatrie quand je les envoie, c'est quand y a un problème de cardio, voilà ils vont plutôt dans les services spécialisés, pas forcément en gériatrie. Il y en a très très peu qui passent en gériatrie. Par contre ce que j'aime bien de temps en temps ce sont les services d'hôpitaux gériatriques psy, ça par contre ça manque un peu.

Y'en a un maintenant qui s'est installé à A1, très bien mais maintenant quand y'a une urgence psychiatrique gériatrique il faut prévoir ça à l'avance... c'est plus une urgence … Ils n'arrivent pas à comprendre qu'il y ait des urgences, « il faudra envoyer le dossier et on verra ça », c'est pas ce que je cherche moi.

E: En général comment réévaluez-vous les ordonnances de vos patients gériatriques ?

M12 : Je vois comment ils sont, comment ils vont, s'ils sont essoufflés, s'ils ont ci s'ils ont ça. Au niveau rhumato c'est parfois un peu difficile car la plupart du temps c'est antalgiques à peu de chose près; non y a pas de … J'ai très très peu de personnes âgées dépendantes, y'en a quelques-unes qui sont avec des aides à domicile. J'ai du mal à cerner la gériatrie en fait. La personne est fatiguée dans son ensemble, certes, y'a de l'usure, mais pathologie à proprement parler gériatrique, mis à part des maladies de personne âgée (Parkinson, Alzheimer) non je ne vois pas vraiment de problème.

E: Y a-t-il des éléments qui vous limitent dans la réévaluation de vos ordonnances ? La polypathologie ?

M12 : Non ça ne me dérange pas. Ça m'arrive je pense de corriger quelques erreurs, mais dans ces cas-là ils sortent plutôt de l'hôpital général.

E: Il vous arrive de remodifier derrière quelque chose qui vous semble une erreur ?


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M12 : Oui parfois ça arrive, je trouve que ça charge beaucoup. Quand c'est un peu chargé il faut lever le pied. Parfois l'évaluation n'a pas été faite au niveau rénal si c'est pour de la petite traumato et on les retrouve chargés pour rien.

E : Dans votre pratique de tous les jours utilisez-vous des outils d'aide à la prescription ?

M12 : Non… Si le Vidal.

E: En quoi les ordonnances de vos patients sortant de gériatrie sont-elles modifiées ?

M12: C'est quoi un service de gériatrie ?

E : Qui accepte les patients de plus de 75 ans ou plus de 65 ans polypathologiques.

M12 : C'est pour une maladie particulière ?

E : Non c'est pour toutes les pathologies chez les personnes âgées.

M12 : Non moi je les envoie toujours pour une pathologie particulière.

E : Quand vous avez un patient chuteur à domicile et dont vous trouvez que le maintien à domicile n'est plus possible, ou est-ce que vous l'envoyez ?

M12 : Si ça va pas trop mal je l'envoie à N1.

E : Aux urgences ?

M12 : Oui. Ou alors je téléphone dans le service de médecine parce qu'il y a une dépendance brève mais une dépendance.

E: Et quand ils reviennent de l'hôpital en quoi les ordonnances sont modifiées ?

M12 : C'est rare que ce soit modifié.

E : Y'a pas de changement de doses ...?

M12 : Non pas tellement. C'est sûr que moi quand je suis amené à voir des personnes âgées nouvelles, souvent je fais un grand coup de balai dans les traitements, ou alors concentrer les médicaments, prendre des associations, prendre des médicaments buvables, et puis utiliser des doses minimales, particulièrement dans tout ce qui est neuroleptiques. Parfois on voit de ces trucs, le psychiatre qui balance des doses. Ils arrivent ils ont un syndrome extrapyramidal, ils sont en train de mâchonner et quand on les appelle « ah ben non faut rien changer ».

E : Quand vos patients reviennent de l'hôpital comment avez-vous les informations sur les évènements du séjour, les modifications thérapeutiques ?

M12 : Je reçois un courrier quelques jours plus tard

E: C'est assez rapide en général.

M12 : Une dizaine de jour en général et avec leur ordonnance, en interprétant l'ordonnance on comprend ce qu'il s'est passé.

E: Dans le compte-rendu c'est pas clairement expliqué les changements?

M12 : Si mais les comptes-rendus ils arrivent plus tard

E: ça vous arrive de revoir les patients avant d'avoir les comptes-rendus ?

M12 : oui mais on arrive à comprendre

E: La présentation des comptes-rendus vous satisfait-elle?

M12 : D'une manière général on va dire que les comptes-rendus sont bons, même assez fouillés parfois, parfois y'a des erreurs. Non je n'ai pas à me plaindre. Là où je me plaindrais plus c'est les reconvocations systématiques chez le spécialiste divers de l'hôpital. Pour finir les gens pensent qu'ils n'ont plus besoin de venir chez le généraliste, ils voient les spécialistes, c'est bien ils voient des gens importants. Ils se sentent flattés de voir les spécialistes, après ça fait des doublons des triplons.

Ils reconvoquent beaucoup trop.

E: Comment appliquez-vous ces modifications d'ordonnance ?

M12 : Je regarde si la personne va bien, si y'a telle différence et que la personne va bien, ok je me demande pourquoi, je suis pas un acharné de mon ordonnance. Si l'ordonnance avec laquelle il revient est bien je vois pas pourquoi je changerais.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E: La plupart du temps trouvez-vous que l'ordonnance est adaptée à votre patient? Y a-t-il un décalage entre le patient de l'hôpital et le patient de la maison ?

M12 : Quelquefois l'hypertension, les gens sont malades ils ont une tension qui a vraiment chuté, on les retrouve chez eux, la tension est remontée parce qu'ils vont bien., il faut réajuster un traitement qui a été trop allégé. Si ce que je fais c'est que quand les gens reviennent de l'hôpital, ils ont des noms à dormir debout, les noms chimiques d'abord je veux pas savoir ce que c'est donc je remets les noms qu'ils retiennent, parce que les noms chimiques c'est pas la peine, les gens ne savent plus ce qu'ils ont, surtout en gériatrie. Ce qui est ennuyeux pour nous quand parfois on est appelé pour des gens qu'on connaît pas, « qu'est-ce que vous prenez comme traitement? Ah ben un petit comprimé blanc», alors qu'avant ils savaient quand même. Les génériques c'est la catastrophe. Avant je prenais un petit comprimé marron en forme de cœur, une petite gélule comme ça ou comme ça, c'était long, c'était rond, ça se coupait en quatre, on arrivait à cibler. Maintenant on sait plus et les gens se trompent et prennent les somnifères alors qu'on est le matin et on les retrouve par terre.

E : Vous arrive-t-il que ce soit le patient ou sa famille qui vous demande de rechanger?

M12 : Non,

E: Ils ne sont pas attachés à leur traitement?

M12 : Si ils sont attachés à leur traitement mais quand ils se rendent compte que ça va bien y'a pas de raison, par contre s'ils vont pas bien on rechange. Mais non je suis pas arc-bouté sur mon traitement, ils prennent bien ce qu'ils veulent. S'ils sont allés à l'hôpital on sait bien qu'on a des visions différentes des gens à l'hôpital ou ici, y'a des choses parfois critiquables, nos ordonnances sont aussi sans doute critiquables, les leur aussi. Quelquefois il y a des ordonnances qui ont été peaufinées concernant la tolérance, il y a parfois des ordo très étudiées qui ne sont pas forcément comprise, à l'hôpital c'est modifié et quand ils reviennent ça va plus, donc on remet comme avant.

Y a des gens qui sont un petit peu psy aussi et s'ils ont pas leur traitement ça va jamais donc effectivement on leur remet leur traitement pour qu'ils aillent mieux, parfois les gens sont malades à l'idée de changer de traitement.

E : Pour vous dans la réévaluation des traitements des personnes âgées quelle est la valeur ajoutée des gériatres?

M12 : J'en sais rien excepté que les gériatres normalement sont sensibilisés à l'usure de la personne donc font plus attention au niveau rénal au niveau gastrique, niveau psy. Je pense que c'est bien la gériatrie en tant que telle pour la conduite des traitements, moi je n'ai pas vraiment de rapport particulier avec les gériatres. Maintenant j'espère que ceux qui reçoivent mes malades ont une optique gériatrique quand ils voient arriver un vieux. Moi je suis sassez attentif, la gériatrie je n'en ai pas fait beaucoup mais à l'usage on en fait quand même et on se forme un petit peu, on a quand même une petite oreille éveillée sur certains médicaments par rapport à d'autres.

E : Les modifications d'ordonnance vous apportent-elles quelque chose dans votre pratique de tous les jours?

M12 : Ben oui parce que je me pose la question pourquoi, habituellement c'est net on comprend pourquoi, sinon on regarde le compte-rendu s'il y a eu un événement, si malheureusement j'ai fait une interaction médicamenteuse ou autre c'est intéressant, mais on a quand même assez souvent des comptes-rendus qui sont assez explicatifs sur les modifications de traitement.

E : Voudriez-vous qu'ils soient plus explicatifs ?

M12: Non ça va

E: vous sentez-vous intégré dans les prises de décision de changement thérapeutique quand vos patients sont hospitalisés ?

M12 : Non puisqu'on n'y est pas.

E: Vous pourriez être contacté par téléphone.

M12 : ben oui justement parfois on a des coups de fils de personnes hospitalisées qui demandent pourquoi ils ont des petits comprimés blancs. Le pharmacien a tout flanqué en petits comprimés blancs.

E : Alors qu'ils sont à l'hôpital?

M12 : Oui.

E : Et les médecins ne vous appellent pas pour avoir votre avis?

M12 : Non, c'est rare.

E : Voudriez-vous qu'on vous demande votre avis plus souvent?


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M12 : Non je pense qu'à l'hôpital ils connaissent leur travail, s'ils ont un souci ils m'appellent très bien, moi je suis pas contrariant, c'est vrai que quelquefois on peut être surpris mais l'explication vient après. Dans l'ensemble j'ai pas trop de problèmes avec l'hôpital excepté que parfois ils nous prennent pour des andouilles donc après ils reconvoquent le patient dans les spécialités et ça c'est agaçant. Les gens reviennent pour un renouvellement d'ordonnance et disent je vais voir Dr machin et Dr machin et puis j'ai déjà fait des analyses par-ci par-là parce qu'on leur avait demandé pour la consultation. Le gros gros problème c'est que les résultats d'analyses ne sont envoyés qu'au médecin prescripteur, et pas au médecin traitant. Les gens pensent qu'on a les résultats alors qu'on les a pas ce qui fait qu'on manque de substance pour interpréter ce qui se passe, on se retrouve sans rien, parce que le spécialistes qui ont demandé les examens eux ont les résultats. Le laboratoire dit que si c'est pas le médecin traitant qui a demandé il ne peut pas avoir les résultats, je pense que c'est une réforme qui devrait être faite c'est que le médecin traitant soit systématiquement mis en copie même si c'est le spécialiste qui les demande, par internet c'est vite fait c'est rien. D'autant que les patients maintenant on de moins en moins les résultats, ils les ont sur internet ou alors il les ont perdus. Et ils pensent que le médecin traitant les a, ou alors c'est dans ma carte mais y a rien dans la carte.

E : Quand vos ordonnances sont modifiées que ressentez-vous?

M12 : Je ressens rien, c'est qu'il y a sûrement une raison.

E: Comme les patients peuvent être attachés à leurs ordonnances, vous ne vous sentez pas attaché à vos ordonnances?

M12 : Non non.

E: Vous en tirez plus un coté j'apprends quelque chose, vous n'êtes pas vexé ?

M12 : Non je ne suis pas arc-bouté sur mes ordonnances. Non après si la personne n'est pas bien chez elle on reprend les fondamentaux, mais de manière générale je trouve que les hôpitaux respectent plutôt bien nos ordonnances parce que je pense qu'eux aussi doivent se poser la question que si c'est comme ça y'a sûrement une bonne raison même si ça semble un peu tordu.

E: Verriez-vous des pistes d'amélioration dans la communication ville/hôpital?

M12 : Je pense qu'il y aurait une amélioration comme je vous dis, que les patients soient reconvoqués partout systématiquement dans toutes les spécialités ou ils ont étés vus. Que les résultats d'analyse que ces spécialistes qui les reconvoquent demandent nous soient envoyés systématiquement, qu'on soit un peu au courant de l'état de santé de la personne, qu'on ait une référence quand on analyse, tient qu'est-ce que c'était avant, je trouve qu'au niveau de la biologie c'est parfois un peu court, c'est pas la peine de faire des redondances, ça m'arrive de redemander des analyses parce qu'ils ne savent plus où ils sont, parce que ça été fait 15 jours avant et que je dois renouveler une ordonnance, parce qu'il y a une créatinine un peu basse, parce qu'il y a du diabète et on en est où dans le diabète? Refaire des analyses à tout-va ça sert à rien, y'a un moment il faut globaliser et c'est rarement fait par les spécialistes. Encore qu'il y a des spécialistes qui comme le cardiologue prescrivent le traitement pour le diabète donc après je ne sais plus où on en est donc je l'appelle le cardiologue et je lui demande ou on en est dans le diabète vu qu'il lui a renouvelé son ordonnance. Ben il aime pas trop que je l'appelle. Un cardiologue qui renouvelle pour le diabète c'est pas tout à fait normal. Y'a un psychiatre aussi qui renouvelle les ordonnances de diabète et il comprend pas qu'on soit pas tout à fait ... et en plus le suivi il est nul. Le psychiatre c'est un monde à part quand même parce que parfois on aimerait avoir un diagnostic et on en a rarement. Ils matraquent avec les neuroleptiques, ils vont souvent bien mieux quand on allège leurs ordonnances.

Question pour la visite a domicile : oui mais de moins en moins parce que je fais payer les déplacements sauf pour les personnes qui ne peuvent vraiment pas se déplacer. Je n'ai pas trop de personnes vraiment âgées par le fait que je suis assez souvent absent et j'ai pas de remplaçant, donc parfois ça zappe un peu et les personnes âgées se retrouvent dans les mains d'autres confrères mais ça ne me dérange pas

Question pour la maison de retraite : J'aime pas beaucoup aller en maison de retraite, je donne facilement la main, ce qui est un peu lâche de ma part parce que c'est des gens que je connais souvent, mais à la fois ça prend un temps fou il faut courir après les infirmières, c'est toujours compliqué pour tout, une visite en milieu institutionnel c'est au moins 1 heure.

Je passe la main quand ils entrent en maison de retraite et c'est pas plus mal parce qu'il y a des gens qu'on aime bien et qu'on n'a pas envie de voir diminués.

### 7.3.13 Entretien 13

E : Comment réévaluez-vous l'ordonnance de vos patients gériatriques ?

M13 : Une réévaluation globale en revoyant les médicaments un par un surtout dans le but de diminuer la liste des prescriptions, avec interrogatoire et selon les pathologies traitées.

E : Vous trouvez le temps durant votre consultation ?


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M13 : On essaye (rire gêné), y'a des fois ou on se dit qu'on le fera la prochaine fois, et puis des jours on prend le temps de le faire.

E : C'est en fonction de votre agenda ?

M13 : Oui en fonction du rythme de la journée, c'est vrai que quand c'est des patients chroniques bien stabilisés et qu'il faut revoir leur traitement de fond ça peut arriver de le reporter à plus tard quand on n'a pas le temps.

E : Avez-vous des outils d'aide à la réévaluation ou à la prescription ?

M13 : Pas particulièrement sauf pour certains traitements comme les statines principalement en m'aidant des facteurs de risque, …, non sinon pas d'outils particuliers. Après quand justement il y a des hospitalisations, des examens complémentaires et des avis spécialisés ça aide.

E : Avez-vous des gènes et des limites dans la réévaluation de l'ordonnance ?

M13: Souvent c'est par la méconnaissance du patient, quand il y a eu des modifications de traitement ou des patients que je ne connais pas et qu'ils ne savent pas pourquoi ils ont tel traitement, ils savent pas si ça a été modifié, ce qu'ils avaient avant, parfois y'a des grosses confusions avec les génériques, après quand ils savent pas depuis quand et pourquoi ils l'ont, si ça leur fait du bien pour certains types de traitements surtout les antalgiques ou les anxiolytiques, les somnifères aussi, on a des grosses difficultés à les diminuer car ils ont des utilisations réflexes, c'est difficile parfois à interroger.

E : En sortie d'hospitalisation de gériatrie, quand le patient revient avec son ordonnance, avez-vous remarqué un type de modification plus fréquente ? Sur une classe ou sur les posologies ?

M13: Je trouve que c'est très variable, moi ce que je note surtout, il y a surtout des changements faits parce qu'ils n'ont pas le même traitement à l'hôpital et ils ressortent avec l'ordonnance des traitements de l'hôpital pour des traitements équivalents de ceux d'avant et du coup on se retrouve avec un gros mélange et souvent le patient demande à ce qu'on reprenne le traitement d'avant parce qu'il est perdu, parce que pendant l'hospitalisation il s'est pas du tout rendu compte de ce qu'on lui donnait, il n'a souvent pas eu les explications donc ils sont dans l'inconnu et ça les perd beaucoup, donc des fois on revient en arrière.

E : C'est pour la même molécule ?

M13: Parfois c'est la même molécule mais parfois c'est la même classe mais pas la même molécule

E : C'est le patient qui vous demande de changer ?

M13 : Parfois oui, parfois c'est moi qui trouve que c'est dommage car c'est moins pratique par exemple pour des associations d'antihypertenseurs on se retrouve avec 2 comprimés au lieu d'un, pour l'observance c'est plus simple de revenir au traitement antérieur, et des fois c'est parce qu'on leur a trop simplifié surtout les anxiolytiques et les antalgiques, ça avait l'air de bien marcher à l'hôpital mais quand ils sortent ça va plus, ils rentrent à la maison ils ont de nouveau mal, ils sont de nouveau anxieux, donc on revient au traitement d'avant.

E : A l'hôpital ils sont mieux ?

M13 : Oui car ils sont plus encadrés.

E : Oui y'a du monde tout le temps.

M13 : Oui donc parfois on est obligé à la demande du patient de remettre les traitements antérieurs.

E : Quand votre patient sort de l'hôpital comment avez-vous les informations ?

M13 : Ca dépend, des fois on a le courrier rapidement.

E : Quel est le délai moyen ?

M13 : Ca dépend avec l'informatique maintenant je les ai un peu plus tôt, sinon une quinzaine de jours au minimum, je trouve que c'est assez long et c'est souvent que je vois le patient avant. C'est fréquent que le patient appelle dans la semaine ou il sort.

E : Ils vous appellent pourquoi ?

M13: Souvent parce qu'on leur dit de revoir leur médecin traitant ou alors on les revoit plus tard à un mois quand l'ordonnance s'arrête. Ça arrive qu'ils appellent trop tôt et qu'on y aille sans savoir ce qu'il s'est passé, sans information.

E : Et quand vous recevez le compte-rendu le trouvez-vous adapté à vos demandes ?

M13: La plupart du temps.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E : Ça vous explique les changements de traitements ?

M13 : Pas toujours mais je dirais que globalement …, si quand même ça permet d'éclaircir les choses.

E : Quand vous voyez une modification, que ressentez-vous ?

M13 : Si j'ai une bonne explication ça ne me gêne pas, si j'ai pas d'explication c'est un peu gênant. Parfois après discussion avec le patient on se rend compte qu'il y a eu un retour en arrière et que c'est pas forcément efficace.

E : Par exemple un traitement que vous aviez déjà essayé ?

M13: Oui beaucoup au niveau des traitements antidouleurs, ils testent un traitement, ça a l'air de marcher à l'hôpital mais ils ont pas le délai suffisant et on se rend compte que c'est un traitement qu'on a déjà essayé et que finalement ça sert à rien. De temps en temps. Parfois ça sert à réduire le traitement et à se rendre compte que le traitement ne servait à rien mais dans l'autre sens on se retrouve avec des traitements qu'on a déjà essayés. Je pense aussi qu'à l'hôpital il y a le coté psychologique qui modifie la perception.

E : Vous sentez-vous impliqué dans les décisions qui sont prises à l'hôpital ?

M13 : Pas trop non, on n'a pas trop de coup de fils en cours d'hospitalisation. Souvent en début de séjour on a un appel pour savoir ce qu'il en est, les antécédents … mais derrière on n'a pas forcément, oui on ne m'a jamais appelé pour me demander mon avis, avoir des informations en cours de route, voir ce que j'avais déjà fait, ou en sortie d'hospitalisation pour me donner des informations sur les modifications, les choses à contrôler, à faire attention.

E : Ça vous intéresserait qu'on vous appelle plus souvent ?

M13 : Oui ça pourrait. Ou par le biais de mail avec un petit compte-rendu ou sur les questionnements, pourquoi pas.

E : Quand vos patients reviennent avec une modification de traitement et son compte-rendu, est ce que ça vous aide pour votre pratique de tous les jours ?

M13: Pour les autres patients ?

E : Oui.

M13 : Ça peut donner des idées oui, ou des pistes de réflexion en gériatrie comme la prise en charge nutritionnelle ou psychologique, ça peut donner des petites idées et un petit côté formation oui, quand on a un compte-rendu détaillé avec des explications.

E : Quand votre patient revient vous voir, est-ce fréquent qu'il vous redemande son traitement d'avant ou qu'il vous dise qu'il n'a pas compris ?

M13: Oui c'est assez fréquent je dirais, globalement c'est plutôt la tendance ou ils sont un peu perdus avec un manque d'explication.

E : Parce qu'on ne leur a pas expliqué à l'hôpital ?

M13 : Oui je pense. C'est l'impression que ça donne en tout cas, peut-être qu'ils n'enregistrent pas aussi. Ils sont souvent un peu perdus pour comprendre ce qu'on leur a fait, c'est un peu débrouillez-vous avec les ordonnances et souvent ils ne reçoivent pas de courrier d'information.

E : Les patients ne reçoivent pas les comptes-rendus d'hospitalisation ?

M13 : Rarement, je crois que s'il le demande on leur envoie mais non c'est pas systématique.

E : Parfois vous avez du mal à appliquer l'ordonnance ?

M13 : Oui parfois parce que le patient me dit « ils ont tout changé, ça ne me va pas ».

E : Parce qu'ils ne se sentent pas bien ou parce qu'ils sont attachés à leur traitement ?

M13: Je pense que c'est un peu des deux mais qu'ils le somatisent beaucoup et des fois on a beau dire que c'est plus psychosomatique qu'autre chose on a quand même une demande qui nécessite qu'on agisse rapidement, donc ça peut arriver de revenir en arrière parce que le patient ne se sent pas bien en se disant que peut-être c'est purement psychologique.

E : Ça arrive que ce soit la famille ou l'infirmière qui vous demande de changer ?

M13 : Ça arrive mais pour les effets secondaires principalement. Un patient qui revient avec une somnolence ou des troubles cognitifs, ou un traitement pour la tension ou antidouleur qui ne fonctionne plus.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E : En général quand il y a eu des modifications les trouvez-vous pertinentes ?

M13 : La plupart du temps oui sauf quand c'est quelque chose que j'ai déjà essayé et qu'on a déjà vu avec le patient, et que ça a été fait sans forcément de coordination.

E : Dans l'ensemble les trouvez-vous adaptées à vos patients ?

M13 : Plutôt oui.

E: Vous arrive-t-il d'orienter des patients en service de gériatrie ?

M13 : Pas pour le moment, ça fait 3 ans que je suis installé donc c'est pas quelque chose de très fréquent.

E : Vous savez combien vous avez de pourcentage de patients gériatriques ?

M13 : Je suis arrivé en reprenant une patientèle d'un médecin qui avait beaucoup de gériatrie (34 % environ), mais je vais plutôt dans l'autre sens.

E : Qu'est-ce qui fait que vous n'envoyiez pas vos patients en gériatrie ? Vous n'en n'avez pas le besoin ?

M13 : J'ai envoyé plus fréquemment parce que j'en ai plus besoin en psychiatrie-gériatrique. Donc là avec U1, c'est là que j'ai le plus de facilité à demander. Après y'à l'équipe mobile de gériatrie avec les difficultés à domicile, sinon j'ai pas eu trop besoin jusqu'à maintenant ou alors c'était des demandes pour grosse fatigue, maintien à domicile difficile mais souvent dans le cadre d'une pathologie aiguë.

E : Pour vous quelle est la valeur ajoutée du gériatre ?

M13 : Oui pour la prise en charge globale, quand on a un patient difficile dans sa globalité, quand on a un patient qui a une plainte globale, psychologie, douloureuse, troubles alimentaires, … avec baisse de l'état général progressive, si je n'y arrive pas la prise en charge gériatrique ma paraît une bonne solution. J'ai pas trop eu ce genre de situation à part dans un cadre plus psychiatrique (dépressif majeur). Ça m'est déjà arrivé de proposer avec refus du patient. Ils préfèrent que ce soit moi qui m'en occupe et rester à domicile.

E : Quand vous revoyez vos ordonnances avez-vous un regard sur la iatrogénie ?

M13 : Oui c'est principalement ça d'ailleurs, plutôt dans ce sens-là, de limiter la iatrogénie et de réduire les quantités.

E : A domicile comment faites-vous pour réévaluer le traitement ?

M13 : Ca dépend si c'est des patients que je connais bien qui sont stables c'est pas gênant. Les patients que je connais pas encore très bien et qui ont des gros gros dossiers que je vois moins souvent c'est parfois un peu difficile de revenir sur ce qui a été fait. On se pose des questions et le patient n'est pas capable de le dire, il faut penser à regarder dans le dossier en revenant, depuis 3 ans j'ai repris des patients qui sont revenus plus tard qui avaient vu quelqu'un d'autre parce que le médecin que je remplace avait été malade pendant 3 ans donc parfois je me retrouve avec des petites surprises en regardant le dossier et parfois j'ai pas le temps ou j'oublie de regarder le dossier. Et ça peut passer un peu à l'as, c'est une des grosses complications du domicile, on n'a pas le dossier.

E : Trouvez-vous que le compte-rendu de l'hôpital est suffisamment clair sur les examens paracliniques ?

M13 : Parfois il peut manquer un résultat d'examen même normal, mais c'est bien de savoir qu'il était normal pour éviter de refaire, les biologies aussi pour éviter de refaire, ou voir si y'a quelque chose à surveiller. Je trouve que ça manque le dernier résultat complet de la biologie. Tout n'est pas toujours marqué.

E : Avez-vous une formation en gériatrie ?

M13 : Non pas du-tout, juste le module gériatrique à la fac et un stage d'externat. Sinon non pas de stage d'interne ou de formation supplémentaire.

E : Vous avez l'impression d'apprendre sur le tas ?

M13 : Oui et en lisant de mon côté aussi, aussi avec les comptes rendus d'hospitalisation et ça m'est déjà arrivé de demander conseil une ou deux fois la hotline gériatrique.

E : Avec quel hôpital travaillez-vous ?

M13 : Dans le coin j'ai pas… l'hôpital de A1 j'ai pas eu besoin de contact direct. C'est avant quand j'étais sur V1 ça m'est arrivé d'appeler la hotline gériatrique. Ça c'est un outil pas mal, pour un conseil, une question ponctuelle ou une demande de prise en charge, mais c'est un outil que j'ai pas encore utilisé ici. C'est une bonne chose ça, mais plus pour une question, un conseil


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

une difficulté de traitement. Je me souviens que c'est pour des questions d'antidépresseur essentiellement ou de trouble alimentaire, y'a des choses que j'ai apprises par ce biais-là.

### 7.3.14 Entretien 14

E : Comment réévalues-tu l'ordonnance de tes patients âgés ?

M14 : Y'a 2 cas de figures, ceux qui peuvent se déplacer et ceux que je vois à domicile, donc en fonction des pathologies. En général c'est tous les 2-3 mois mais ça peut être tous les 6 mois.

E : Quand les patients reviennent de l'hôpital, comment es-tu averti qu'il rentre de l'hôpital ?

M14 : Par courrier avec une particularité de plus en plus importante depuis 31 ans que je suis installé(e), c'est que je vois de plus en plus de patients qui sortent de l'hôpital je les vois dans les 2-3 jours qui suivent leur sortie car ils veulent des explications car ils ont rien compris du tout. Et puis leur ordonnance elle a changé, ils sont perdus, y'a un médicament qu'ils avaient et qu'ils n'ont plus. C'est très très fréquent de revoir les patients alors qu'on n'a pas encore eu le courrier, et on a le courrier 2 semaines après donc c'est pas toujours évident.

E : Et ça il y a quelques années c'était pas le cas ?

M14 : Non, on a l'impression que du fait de la surcharge de boulot ou j'en sais rien, de moins en moins d'hospitaliers expliquent et c'est flagrant. Donc le patient arrive en disant il m'a arrêté ça je comprends pas pourquoi c'est un truc que je constate souvent.

E : Donc les patients reviennent au bout de 2-3 jours ? Ils reviennent pas pour un nouveau problème ?

M14 : Non c'est qu'ils pigent rien, que le traitement a changé donc ils reviennent pour poser des questions.

E : Justement les ordonnances quand elles reviennent comment est-ce qu'elles ont été modifiés ? Plus de l'ajout/du retrait…

M14 : Par expérience les hospitaliers ont arrêté de vouloir tout changer, tout foutre en l'air, c'est des patients qu'on suit depuis 10 ans-20ans, ça s'est nettement amélioré. Y'a des ajouts en fonction des pathologies, des changements de thérapeutique pour mettre un protecteur rénal mais je vois plus comme je voyais avant le patient qui revenait avec un traitement complètement changé et résultat des courses 15 jours après c'était la cata car entre un lit d'hôpital à pas bouger et la maison c'est pas tout à fait les mêmes résultats. Ça ça s'est calmé de ce côté-là.

E : Aujourd'hui quelles sont les classes qui sont le plus modifiées ?

M14 : Alors… alors là c'est une colle, c'est tellement variable. C'est certains antihypertenseurs qui pour ne pas correspondre ou avoir des effets délétères éventuels, après il peut y avoir … j'ai un truc en tête qui me revient, des réflexes qui semblent intelligents sur le coup, j'ai un patient qui vivait tout seul et qui était sous insuline et metformine et pour limiter les hypo je suppose ils ont diminué l'insuline et augmenté la metformine sans penser que vu son milieu de vie l'augmentation de metformine allait lui donner des diarrhées phénoménales, résultat l'infirmière le matin qui lui dit « qu'est-ce que vous faites dans le caca », le mec hyper-vexé a sorti la fusil de chasse, donc ça a fini à la gendarmerie tout ça parce que ça partait probablement d'une bonne idée mais c'était pas une si bonne idée que ça. C'est qu'une anecdote ça.

E : Oui mais quand même…

M14 : Surtout que ça a eu des conséquences puisqu'il a fallu que j'hospitalise le patient ou bien c'était l'hospitalisation d'office à la demande du maire. Donc ça s'est fini en EHPAD, c'est pas génial donc.

E : comment as-tu les informations des modifications d'ordonnance ?

M14 : C'est-à-dire ?

E : C'est l'hôpital qui t'informe ? Le patient ?

M14 : Parfois c'est le patient qui vient avec sa nouvelle ordo car il se retrouve avec 2 ordonnances, la mienne d'avant et celle de l'hôpital, il est un peu paumé, il voudrait qu'on remette tout sur la même. Il m'arrive fréquemment de tout remixer. Y'a un truc aussi qui est énervant, qu'ils ne font pas à l'hôpital de A1 c'est certains hospitaliers qui vont faire une ordonnance pour 6 mois. J'ai quand même vu un hospitalier mettre un patient sous Xarelto pour 6 mois et moi j'étais pas au jus. Donc c'est le patient qui me sort son ordonnance et qui me dit on a m'a mis ça. J'ai reçu le courrier au bout de 3 semaines ; J'aurais pu faire des conneries, j'aurais pu le mettre sous anti-inflammatoire pour une poussée d'arthrose. Ça il faudrait que les hospitaliers se le mettent en tête on fait l'ordonnance pour 1 mois et on réévalue dans la vraie vie.

E : Trouves-tu que la façon dont tu as les infos sur les ordonnances est adaptée ?


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M14 : des fois il y a des changements sur l'ordonnance mais pour autant dans le courrier y'a pas le pourquoi du comment, bon on se doute bien. Parfois y'a beaucoup de discours mais y'a pas la démarche de pourquoi on a arrêté tel truc et pourquoi on a mis tel truc. Je dis pas que c'est toujours ou que c'était pas une bonne idée mais on sait pas pourquoi.

E : Donc tu aimerais que dans les courriers il y ait plus d'explications ?

M14 : Oui sur les changements des traitements. Et parfois les services refont les examens qu'on a déjà faits, le patient qui a eu un scanner ou une IRM 3 semaines avant ils sont refaits à l'hôpital. On se dit p***… ils ont mon numéro de téléphone ils appellent pour savoir ce qui est fait ou pas fait.

E : Ca éviterait des examens en double. Du coup quand le patient revient avec sa nouvelle ordonnance comment tu te sens ? Trouves-tu ta place ?

M14 : A priori oui, c'est-à-dire que si ce qui a été fait, au bout de 15 jours/3 semaines ça va, on va adapter. Si y'a une tension très basse à l'hôpital, 15 jours après ils ont 16/10 alors on remet vite l'antihypertenseur. Mais c'est logique, vu que la vie à l'hôpital n'a rien à voir avec la vie réelle, ils s'ennuient, ils bougent pas, ils mangent pas pareil.

E : Est-ce que parfois ces nouveaux traitements te mettent en difficulté ?

M14 : A quel point de vue ?

E : Ben si tu sais pas pourquoi il les a, si c'est des traitements que tu connais pas trop…

M14 : Ben si je connais pas y'a un truc très pratique qui s'appelle le Vidal (rires). T'apprends vite à les connaître, c'est sur la 1ere fois que j'ai vu une ordonnance d'Aranesp je savais même pas ce que c'était donc j'ai appris à la manipuler, on continue à apprendre tous les jours donc c'est pas ça qui est problématique

E : Dans l'ensemble trouves-tu que les ordonnances soient adaptées à ton patient ?

M14 : A part quelques boulettes mais non intentionnelles, parfois c'est parce que les antécédents n'ont pas été transmis ou pas étés demandés, ou parce que le patient entre en urgence dans un hôpital. Donc les antécédents, les allergies, les toux aux IEC par exemple. Tiens j'ai un patient qui est revenu avec de l'Amlodipine, mais la dernière fois qu'il avait eu un calcium bloqueur il s'était pris des poteaux donc j'ai arrêté avant que ça n'arrive.

E : C'est aussi le fait que pour le généraliste c'est pas possible de transmettre la liste de tous les traitements que le patient a eu.

M14: Moi j'essaye de le faire systématiquement, surtout avec l'informatique tu vas dans l'historique et voilà. Après je t'accorde que notre historique n'est pas forcement toujours nickel chrome. T'as des trucs dans la tête que t'as pas mis dans la machine.

E : C'est sûr.

M14: Et puis y'a un truc que j'aimerais bien venant de l'hôpital parce qu'on le fait pas toujours c'est la taille, parce qu'il n'y a pas de toise dans les hôpitaux et l'IMC c'est quand même pas inintéressant. Quand ils disent IMC machin, poids truc ce serai bien d'avoir la taille, ça nous éviterait pour tous les patients qu'on voit à domicile de ... ou on n'a pas de notion de taille ou de poids.

E : C'est sur le domicile c'est pas facile.

M14 : C'est particulier ...

E: On parlait du Vidal, est-ce que toi quand tu fais tes ordonnances tu utilises des aides ou des outils à la prescription pour les personnes âgées?

M14 : Non, j'ai toujours en tête la liste, mince comment elle s'appelle cette liste, la liste des médicaments qui autant que faire se peut est à éviter chez les personnes âgées, j'essaye de faire gaffe et d'être le moins iatrogénique possible, j'essaye de limiter au maximum les ordonnances. Aussi un truc qui revient à la mode et qui me gonfle c'est les hypnotiques à l'hôpital. Ils ressortent ils l'ont tous, ils le gardent pas très longtemps parce qu'au bout d'une semaine je leur dit ce qu'ils risquent donc ils l'arrêtent.

E : C'est déjà bien s'ils acceptent qu'on l'enlève.

M14 : Si on leur explique ça va.

E: Si ça fait pas longtemps qu'ils l'ont ça va, mais si ça fait des années c'est plus compliqué.

M14 : C'est sûr c'est quasiment impossible, je dois en avoir 1 comme ça, en plus il faut la voir tous les mois surtout qu'il y a des benzodiazépines qui font pareil.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E: Quand tu modifies l'ordonnance à distance, est-ce qu'il y a d'autres facteurs que l'état clinique du patient qui t'influencent ? La famille qui met son grain de sel ? L'infirmière ?

M14 : Euh non, l'infirmière quand elle intervient elle va me signaler une tension un peu basse, la famille... non.

E : Et le patient ?

M14 : C'est quand il a des effets secondaires ou l'impression d'avoir des effets secondaires.

E : Il va pas dire qu'il veut celui d'avant ? Parfois les patients sont attachés à leur ordonnance. Celui-ci je l'aimais bien il me le faut.

M14 : Non pas les miens, après c'est médecin dépendant. Moi je prescris tout en DCI, donc avec le nom du princeps à côté du coup ils ont pris l'habitude, déjà qu'ils ne comprennent rien, il faut aligner le nom du princeps, autrement nom pas de problème de ce côté-là... sauf une fois où le patient était en EHPAD et j'avais décidé qu'on lui injecterait en sous-cutané des ampoules de liquide physiologique, au bout de 3 semaines elle n'avait plus mal jusqu'à ce que sa fille demande ce qu'on lui injectait, et merde ... et là de nouveau elle avait mal !

E : Les placebos c'est quand même bien pratique.

M14: Ca peut être bien utile.

E : Est-ce que ça t'arrive que le gériatre t'appelle pour avoir ton avis sur un changement de traitement ou l'introduction d'un nouveau traitement comme un anticoagulant?

M14 : ...rire ... Jamais, alors là jamais, j'ai jamais vu ça. Je peux te donner un gag, une patiente âgée d'où warfarine donc Coumadine qui est quand même la référence depuis des années, et ce c... de cardiologue qui n'est pas son cardiologue et qui est pourtant une pointure l'a foutue sous Xarelto, heureusement pour elle a très vite fait une grosse réaction allergique donc a très vite remis la Coumadine. Donc c'est le genre de truc, ils mettent des médoc dont on n'a pas assez de recul pour savoir si ça va faire des dégâts ou pas, c'est un peu embêtant chez une valvulaire.

E : Est-ce que ça t'intéresserait d'être plus souvent contacté ?

M14 : Pour les médicaments majeurs c'est vrai qu'un petit coup de fil juste pour savoir «qu'est-ce que vous en pensez ?» ça pourrait être tout bénef pour le patient. La dernière fois… Ah oui j'ai eu un coup de fil c'était la semaine dernière c'était un gériatre justement qui savait pas quels étaient les médicaments pour le glaucome du patient, voilà je lui ai donné l'info c'était super simple.

E : Donc ça t'arrive d'être contacté pour des informations?

M14 : Oui mais même ça c'est très rare.

E : Tu fais beaucoup de visites à domicile ?

M14: Ben aujourd'hui j'en ai 3, une là-bas, une à A2 et une à perpète les oies, ça tombe mal mais qu'est-ce que tu veux y faire? Je mange pas à midi c'est l'avantage; j'en fais pas... en moyenne j'en fais une par jour.

E : C'est que des personnes âgées?

M14: Que des personnes âgées qui peuvent pas se déplacer, c'est pas la personne qui n'a pas de bagnole à ce moment-là elle trouve un voisin, voilà. Les visites pizzas j'en fait plus depuis longtemps.

E : Et à domicile comment est-ce que ça se passe pour réévaluer le traitement ?

M14 : Et ben c'est un peu plus compliqué.

E : Il faut se souvenir ?

M14: Non j'ai une fiche papier et j'ai tous les courriers sur la fiche ordinateur donc je me fais un extrait de dossier, par exemple là (me montre une des fiches en question) qui a un vertige paroxystique otolytique j'ai imprimé son extrait de dossier, sa dernière biologie, l'ordonnance habituelle.

E : Il faut penser pour chaque visite à imprimer le dossier ?

M14 : Non là c'est exceptionnel, c'est une patiente que je vois d'habitude au cabinet, je la vois qu'ici. Autrement j'ai les vieux dossiers papiers que tu vois là derrière toi (enveloppes roses) dans des enveloppes kraft.

E: Pour toi quelle est la valeur ajoutée du gériatre?


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M14 : En général quand on envoie le patient à l'hôpital c'est qu'il y a un gros pépin qu'on ne peut plus gérer à domicile donc une fois qu'ils ont rééquilibré le traitement, traité la pathologie, pas résolu la pathologie parce que bien souvent on peut pas, voilà... on peut pas tout résoudre ou tout guérir, enfin c'est tout bénef.

E : Pour toi du fait de la structure hospitalière on peut faire des choses qu'on ne peut pas faire en ville?

M14: Ben déjà du fait de l'hôpital on a les biologies et les examens complémentaires beaucoup plus rapidement qu'en ville, c'est le 1er point. Après le 2eme point une fois que le patient a été vu en observation 1 ou 2 jours ils peuvent réadapter ou équilibrer le traitement en fonction des besoins. Elles sont pas faciles tes questions parce qu'elles sont très ouvertes.

E : C'est pour avoir plus de réponse.

M14 : Enfin dans le coin dans les hôpitaux ou j'adresse.....

E : Justement tu les envoies où en général?

M14 : Ca dépend de la pathologie, souvent sur N1 autrement sur l'hôpital de M1, en urgence chir ça dépend mais euh... plutôt sur la L1, j'aime pas trop B2 c'est une machine à sous « oh vous avez mal aux oreilles allez hop ORL». C'est un peu ça et de temps en temps l'hôpital de A1 quand c'est quelqu'un qui veut être hospitalisé près de chez lui. Parfois on a l'impression que certains hospitaliers veulent se la jouer grande médecine, demande une tartine d'examen et au bout du compte, et en plus les patients sont déjà passés aux urgences, aux post-urgences, bon... Et puis parfois ils les gardent trop longtemps…

E : Surtout les personnes âgées qu'il faut essayer de renvoyer vite à la maison.

M14: Ouais c'est du grand folklore.

E : Après parfois il y a des patients qui sont bien à l'hôpital et qui ne veulent plus en partir.

M14 : Oui c'est vrai, j'ai travaillé aussi à l'hôpital. On a tendance à les lâcher que quand ils sont guéris mais c'est pas toujours évident.

E : C'est vrai, c'est sécurisant l'hôpital. Est-ce quand le gériatre a modifié l'ordonnance de ton patient ça t'apporte quelque chose dans ta pratique de tous les jours?

M14 : Oh bah des fois quand y a des modifications ... dans le cerveau y'a toute la machine qui se déclenche pour savoir pourquoi donc toi déjà ça t'oblige à ... déjà on passe notre temps à réévaluer nos ordonnances, savoir ce qu'on peut virer, ce qu'on garde, si le truc est toujours une bonne idée ou pas, donc ça c'est…

E : C'est pas parce qu'on le fait inconsciemment que ça ne se fait pas.

M14 : Oui après quand y'a un médoc qu'on connaît pas, on regarde le Vidal, on regarde prescrire et on regarde à quoi il sert.

E: Est-ce que quand tes ordonnances ont été modifiées ça te gène?

M14 : Tu veux dire si je suis narcissique ?? Non pas du tout j'ai passé l'âge. Quand j'étais jeune oui ça m'énervait mais là... euh oui quand y'a manifestement une connerie mais c'est quand même rare.

E : Oui on essaye de limiter les conneries quand même !

M14 : Oui non mais bon j'ai déjà vu des conneries, genre Keppra 500 mg 2 matin, 2 midi, 2 soir... le patient était un peu stone quand même.

E : Est-ce que tu as l'impression que tu rechanges moins les ordonnances des autres spécialistes par exemple un cardiologue que celles des gériatres ?

M14 : Euh... (silence) non je crois pas, enfin j'ai l'impression que non, c'est pas parce que le cardiologue s'est entouré d'une batterie d'examens dont pour certains plus pour arrondir ses fin de mois que par nécessité euh je vais... quand j'ai... le seul souci que je pourrais avoir par rapport au cardiologue c'est qu'il est plus difficile à faire comprendre au patient qu'il faut arrêter un médicament donné par le cardio que par le gériatre. Parce que le gériatre il est comme nous il fonctionne avec le cerveau, le cardio avec toutes ses machines et truc comme ça, le patient a l'impression que c'est beaucoup plus fiable, parce que voilà alors que c'est pipo, c'est guère plus fiable.

E : As-tu des pistes pour améliorer la communication entre la ville et l'hôpital ?

M14 : Et ben y'a du boulot. D'abord il faudrait arrêter la connerie qui a été faite qui consiste à former les généralistes par des hospitaliers. Ma génération on était des généralistes formés par des hospitaliers mais qui étaient d'anciens libéraux qui avaient étés recrutés pour renforcer les hôpitaux après-guerre donc tu vois, j'ai 60 berges, du coup y'avait un respect des libéraux. J'ai un souvenir quand j'étais externe d'avoir reçu une lettre d'un médecin généraliste, j'étais dans le bureau des externes, et de dire « mais qu'est-ce que c'est que cette connerie » mais manque de bol derrière moi y avait le patron j'ai pris


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

un quart de chasse quand même, tu te dis p*** y'a pas de trou de souris je ne peux pas me planquer quand est-ce que ça va s'arrêter? Euh alors que maintenant non, donc la première chose à faire ce serait de mettre tous les hospitaliers pendant 1 semaine en cabinet de médecine générale ou dans leur spécialité en libéral pour qu'ils voient ce que c'est réellement. C'est comme si moi en tant que généraliste enseignant j'allais donner des cours d'anesthésie-réanimation aux étudiants qui sont internes d'anesthésie-réanimation, ça ferait bizarre.

E : C'est vrai.

M14 : Pourtant c'est exactement ce qui se passe.

E : Et puis même nous les internes on n'a pas assez accès au praticien.

M14 : A chaque fois que j'avais un interne qui venait au cabinet je sentais un vent de panique les 3 premiers jours, « non mais p*** qu'est-ce qu'on fait on n'a que nos 5 sens » et puis au bout du compte…

E : On s'y fait mais c'est pas la même chose.

M14 : Oui c'est flippant mais en réalité c'est pas plus flippant que d'être à l'hosto.

E : Ok donc plus de connaissance du généraliste.

M14 : Arrêter de tout former le médical par des hospitaliers et ... j'ai perdu un peu le fil de la question…

E : La communication ville/hôpital ?

M14 : Oui, l'essai qu'ils ont fait qui consiste à éventuellement nous balancer par internet les comptes-rendus pour que ça aille plus vite, je l'ai fait au début mais vu que c'est pas du pdf ou du rtf mais du Word ben quand tu l'ouvres ton truc t'en as dans tous les sens donc t'es obligé de tout repaginer, donc non merci. Euh... éventuellement les courriels ce serait pas une mauvaise idée.

E : C'est vrai que quand on t'appelle c'est jamais le bon moment.

M14: De toute façon quand t'appelles un généraliste de toute façon il est toujours en consultation mais euh...

E : Donc par mail ce serait plus facile ?

M14 : Le problème des mails c'est que tu les lis le soir, alors qu'un appel c'est tout de suite, tu ouvres la fiche patient, tu notes 2-3 trucs que t'as indiqué le gériatre ou l'hospitalier.

E : Est-ce que ça t'intéresserait qu'on te prévienne quand ton patient va sortir du service ?

M14 : Certains services l'ont fait, on reçoit un petit courrier très rapide mais du coup à part savoir qu'il est sorti on peut pas s'épandre non plus sur ce qu'on lui a fait, c'est le courrier plus tard qui va le faire, donc…

E : Donc pas forcement d'intérêt.

M14 : Par contre y'a un truc très choquant c'est quand un patient meurt et qu'on n'est pas prévenu, qu'on est prévenu par la famille, je t'assure que c'est très choquant ça. On apprécie très moyennement et ça c'est vrai que c'est très très fréquent. Le nombre de fois où je demande des nouvelles de Mr ou Mme Unetelle et qu'on me répond « ah mais vous savez pas il est mort il y a 15 jours » c'est choquant.

E : Effectivement oui…

M14 : Et c'est très fréquent.

E : C'est vrai qu'une fois qu'ils sont décédés ben on se dit que c'est fini on pense peut-être pas.

M14: Oui mais quand ça fait 10, 15, 20 ans qu'on les soigne y'a un attachement.

E : C'est vrai que des fois on fait un courrier en disant de quelle façon il est décédé.

M14 : Oui ça nous arrive de le recevoir, quand tu reçois rien et que c'est quelqu'un qui te l'apprend, la fille ou la femme…

E : On met un peu les pieds dans le plat.

M14 : Oui mais qu'est-ce que tu veux on sait pas on sait pas hein.

E : Je crois que j'ai à peu près tout, il me faut quelques statistiques, ton âge?

M14 : 60 ans.


(CC BY-NC-ND 2.0)

E : Y a des remplaçants qui viennent?

M14 : Très rarement, cette année c'est mon ancien interne qui m'a fait mes remplacements, qui me fait toutes mes gardes parce que j'en ai marre, et puis si j'ai eu un pépin de santé y'a ma fille qui va rentrer en 9eme année comme toi qui m'a remplacé une semaine, mais c'était vraiment exceptionnel (rires), sinon j'ai pas de remplaçant parce que j'en trouve pas figure-toi, on n'en trouve pas parce que ceux qu'on trouve ils disent ah ben non vous êtes trop loin, oh ben non vous finissez trop tard, ... donc on se débrouille.

E : Ton pourcentage de plus de 70 ans ?

M14 : Tu m'aurais demandé mon SNIR je t'aurais dit précisément, j'ai aucune mémoire des chiffres, au pif je te dirait 30-20% mais c'est complètement biaisé parce que ceux qu'on voit le plus c'est des bébés et des personnes âgées donc t'as l'impression d'avoir que ça, c'est pas vraiment représentatif de la patientèle, mon SNIRE attends j'y ai peut-être accès (cherche sur son ordinateur). Ah c'est ça : relevé du 1er semestre 2016 de janvier à juin, 70 et plus tu vois j'ai 13%, c'est pour ça je te disais...

E : Oui mais c'est sûr que c'est ceux qu'on voit souvent.

M14 : Oui avec les bébés et les enfants.

E : As-tu des patients en EHPAD ?

M14 : Oui, ceux que j'ai eu à domicile et qui sont en EHPAD je continue à les voir en EHPAD, et puis j'ai même pris certains patients de l'EHPAD qui n'avaient plus de médecin traitant.

E : Est-ce que tu as eu une formation en gériatrie au cours de tes études ?

M14 : Ah non, c'était pas du tout la mode, j'en ai aucun souvenir et j'en ai pas suivi après.

E : Donc c'est un apprentissage « sur le tas » ?

M14 : Exactement, au lieu d'avoir une pathologie unique chez un individu unique on a une pathologie multiple chez un individu multiple donc on fait avec en évitant au maximum de faire des boulettes mais ça c'est propre au métier.

### 7.3.15 Entretien 15

E : Notre sujet concerne la perception des généralistes des ordonnances des gériatres.

Téléphone sonne

M15: De toute façon les ordonnances deviennent de plus en plus énormes aussi bien chez les généralistes que chez les gériatres. Les anciens, les anciens jeunes ils ont des pathologies multiples, on arrive à des trucs complètement…. ennuyants, 20 médicaments mais est-ce qu'on peut faire autrement ? On n'a pas forcement le choix. C'est là aussi ou c'est difficile parce que là en plus on les intoxique, c'est évident qu'il y a des effets qui sont… quand il y a une quinzaine de comprimés, ou bien on est un pharmaco super efficace ou bien je dois quand même reconnaître que malheureusement est-ce qu'ils ont vraiment le choix ? [Téléphone … Rappelez-moi vous avez combien de tension ce matin? … Vous avez 17, ok … Bon, 17 de tension chez une personne âgée c'est vrai que c'est hors norme mais c'est tout à fait classique, je crois que pour le moment on a intérêt… Bon, parce que vous prenez l'Hyperium, qui est un antihypertenseur central, je vous l'ai mis le soir comme ça ça vous évite de vous cassez la figure dans la journée … C'est pas inquiétant dans la mesure où vous n'allez pas vous promener dehors … Oui mais l'Amlodipine ça vous a donné des grosses jambes, alors… laissez le temps au Nisis de ce réguler, il lui faut une bonne dizaine de jours pour se réguler, la ça ne fait que 4-5 jours. Ce qui m'intéresse c'est si vous avez des vertiges le soir ? … Oui, est-ce que vous avez des vertiges le soir ? … Oui mais c'est ce qui m'intéresse car vous faites pas grand-chose de toute façon, ce qui m'intéresse c'est que vous ne vous cassiez pas la figure, le soir vous allez vous coucher c'est impeccable … A 23h… A 23h vous avez 105/60, vous allez me le prendre tranquillement au diner, et vous restez tranquillement chez vous, au pire vous regardez la télé, continuez comme ça pendant une dizaine de jour, ce qui m'intéresse c'est que vous n'ayez pas de vertige et que vous ne vous cassiez pas la figure … Ça ne m'inquiète pas, ça ne m'inquiète que dans la mesure ou vous avez une sensation de malaise et de vertige, autrement c'est pas inquiétant … Ça c'est le médicament, la prochaine fois, la prochaine étape c'est peut-être qu'on prendra qu'un demi-comprimé d'Hyperium et tout ira bien. Rappelez-moi tranquillement jeudi prochain…. 135,14 ça peut pas être mieux c'est dans les normes de l'OMS, mais ne prenez votre tension que matin, midi et soir, le reste de la journée la prenez pas… Si vous la prenez toutes les 2 heures et demie ça va vous rendre malade … Ça ne m'inquiète pas du tout … Allez au revoir.] Vous voyez consultation typique de vieux, les éléments modernes qui consistent à dire, la prise de tension, régulière, toute la journée, regardez, elle a cette dame (regarde sur son ordinateur) 86 ans 10 mois et 7 jours, elle passe son temps à regarder sa tension toutes les 2 heures, 2 heures 30.

E : Ça doit la stresser.

M15 : Ah bah oui, et résultat j'arrivais pas à contrôler sa tension, elle était sous NISISCO donc sous VALSARTAN/HYDROCHLOROTHIAZIDE, et sa tension montait montait, j'ai fait la bêtise de la mettre sous AMLODIPINE, résultat


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

elle a eu de grosses jambes, automatiquement elle a lu les petites lignes comme elle a le temps, résultat elle est arrivée « c'est la catastrophe, les poumons, les ... » alors j'ai dit on fait sauter l'Amlodipine, elle était à 18/19 le matin, on va lui rajouter l'Hyperium le matin et on diminue le reste du traitement qu'elle ne tombe pas trop bas. Résultats le soir elle est à 10. Remarque je suis pas très sûr qu'elle sache bien prendre sa tension, bon parce que c'est bien gentil de dire vous mettez votre bras sur la table, vous mettez votre brassard automatique et vous appuyez sur one, est-ce qu'elle met sa main comme ça, comme ça je sais pas (plie son bras), et elle est inquiète maintenant parce que sa tension est trop basse le soir. Si je lui ai fait prendre le soir c'est pour qu'elle se couche et qu'elle me foute la paix, mais là c'est loupé. Mais le problème chez elle c'est une femme qui est polymédicamentée, qui bien sûr prend son Zolpidem ou truc pour dormir car elle peut pas faire autrement, bien sûr il faut qu'elle revienne tous les mois avec les somnifères, on triche, c'est-à-dire que je lui fais une ordonnance seule de zolpidem anti-datée pour le mois prochain, je suis pas sûr que comme sa fille est pharmacienne elle … hein (ramène son bras vers lui), alors somnifère + anti-hypertenseur ça lui fait chuter sa tension, c'est classique tout le monde le sait, c'est ça le problème des personnes âgées, et encore BENZODIAZEPINE et hypertension on connaît, mais y'en a plein qu'on connaît pas du tout, et alors en plus elle son traitement antihypertenseur il est plutôt simple.

E : Oui c'est sûr certain en ont de statines.

M15 : Oui pour nous c'est ça le problème des ordonnances de gériatrie, le gériatre hospitalier il ne voit pas les gens de la vie courante, il n'y a que les gériatres de ville qui font un petit peu plus attention.

E : C'est sûr que c'est pas les mêmes patients à l'hôpital qu'à la maison.

M15 : Mais y'a pas de doute qu'ils sont poly médicamentés et on n'a pas beaucoup de choix et on peut pas en vouloir au confrère gériatre.

E : Et justement vous quand vous voyez un patient gériatrique à quelle fréquence vous réévaluez l'ordonnance ?

M15 : Je pense qu'il faut s'efforcer, pour les anciens à la fois pour des raisons diplomatiques et à la fois médicale il faut les revoir tous les 3 mois, alors faut pas que ce soit trop non plus hein ! Pour ça que moi le Zolpidem je l'évacue parce que sinon c'est pas possible.

Téléphone

E : Vous revoyez vos patients au moins tous les 3 mois?

M15 : Je crois que les ordonnances de 6 ou 12 mois chez les personnes âgées ça fait trop, regardez elle avec sa tension j'en suis quand même au 5ème coup de fil de la semaine et je peux pas, cette femme elle a besoin d'être rassurée, c'est tout ce dont elle a besoin, si ça ne tenait qu'à moi y'a longtemps que son appareil de mesure de la tension ça fait longtemps qu'il serait dans les déchets recyclables, rire, ça la stresse plus qu'autre chose, mais elle a la trouille. 1 elle n'a rien d'autre à faire que de regarder les modes d'emplois, 2 elle est stressée par sa tension qu'elle prend tout le temps, ça prouve au moins qu'elle n'écoute pas sa fille, et pire ... elle habite au-dessus.

E : Oui donc c'est facile pour venir!

M15 : Tous les 3 mois ça me parait important, les 3/4 de ces consultations ne servent à rien mais je crois que ça les rassure, on leur dit qu'ils ont une bonne tension et ils sont contents, le reste ils peuvent crever ils en ont rien à faire ! Ils s'en foutent de tout le reste, ce qui les intéresse c'est leurs yeux et leur tension. Le parler d'angine de poitrine, de trouble du rythme cardiaque, d'insuffisance cardiaque alors là ils s'en foutent.

E : C'est vrai que la tension on leur en parle depuis qu'ils ont 50 ans.

M15 : Oui alors que le taux d'urée qui est en train d'augmenter, le diabète déséquilibré ils s'en foutent complètement. Alors que la tension ... et pour peu qu'ils aient l'appareil alors là...

Mais il arrive qu'on ait des diabétiques, hypertendus avec des troubles du rythme on se retrouve avec des ordonnances qui pour moi ne sont pas contrôlables.

E : Si c'est le spécialiste qui a mis, vous ne cherchez pas à remodifier ?

M15 : Alors là vous posez un problème de responsabilité très important, j'ai eu à un moment à des cours de droit médical, patronnés par les labos d'ailleurs ... vous envoyez votre patient au spécialiste, visiblement il y a eu une erreur de faite, vous vous dites « oh bah moi je fais confiance à celui-ci donc je crois ce qu'il dit» sur le plan responsabilité s'il arrive un accident à cette personne, si vous avez suivi l'ordonnance du spécialiste, vous êtes condamnable au même titre que le spécialiste. Ce qui quelque part est complètement idiot car c'est lui le spécialiste, et là faut faire très attention, ça pose un autre problème de droit pour les 10 prochaines années, ça veut dire qu'après ma retraite mes enfants auront encore sur le dos les prescriptions.

E : Du coup ça impose de jeter un coup d'œil à la prescription du spécialiste.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M15 : Oui on jette un coup d'œil et puis on a nos logiciels d'aide à la prescription, qui sont très bien mais qui de toute façon se font par excès donc on va avoir une petite lumière rouge qui s'allume par ce qu'on a osé mettre un peu de Benzo avec des bétabloquants, parce qu'il y a un risque de somnolence au volant... bon d'accord, pour peu qu'on mette un sirop contre la toux, il y'a un demi-quart de centième de milligramme d'alcool dedans, donc effet de l'alcool. Un truc extraordinaire qui se passe maintenant avec les anti-inflammatoires, ça se met en rouge à partir du moment où la femme risque d'être enceinte, super ! C'est pas parce qu'elle a 80 ans je veux dire qu'elle va être enceinte. C'est vrai que les logiciels de contrôle faut pas trop y croire.

E : C'est vrai qu'il faut quand même garder son libre arbitre.

M15 : C'est pour ça que finalement les poly médicamentés sont quand même difficiles, et puis quand même on se demande comment ils arrivent à ingurgiter tout ça.

E : Oui et puis quand il y a des effets indésirables on ne sait plus d'où ça vient.

M15 : Oui qui fait quoi et d'où ça vient.

E : Donc vous utilisez d'autres aides pour l'aide à la prescription de votre logiciel ?

M15 : Non je n'utilise que Vidal Expert et puis qui s'associe avec Axis santé. Quand je fais une ordonnance ça s'éclaire en orange quand il y a un petit risque et les 3/4 du temps en rouge vif.

E : Quand vos patients sont hospitalisés en gériatrie, que ce soit vous qui les envoyez ou quand ils passent par les urgences, à leur sortie de service en quoi les ordonnances sont-elles modifiées?

M15 : Bah en gériatrie je leurs fais faire des bilans gériatriques à B1, c'est pas mal, on leur fait un bilan sur la journée, malheureusement vu que c'est pas mal la liste d'attente s'allonge.

E : Je savais même pas que ça existait.

M15 : Oui on a B1 maintenant mais avant on n'avait que D1 qui est plus axé sur la mémoire. Donc on leur fait un examen, un électro, une écho, ça se fait en ambulatoire la journée, ça évite l'hospitalisation, ils font plus de choses que je n'en fais en consultation, donc moi je les crois.

E : Et quand vos patients ont étés hospitalisés pour une maladie aiguë, qu'ils sont restés 15 jours... les ordonnances elles ont étés modifiées ?

M15: Là aussi y'a un autre problème un peu bizarre, quand le malade est hospitalisé ils ne touchent les ordonnances que pour lesquelles le malade a été hospitalisé, ils ne touchent pas le reste.

E : Donc s'il a été hospitalisé pour une pathologie cardio, ils ne vont toucher que le traitement cardio ?

M15: Oui, que le traitement cardio. Alors sachant que la plupart des gens âgés ils bouffent une quantité de benzo... Mais on ne peut pas tellement baisser. Les patients reviennent « vous avez oublié mon SERESTA docteur », oublié ! C'est vous l'accusé, ou alors, c'est pour ça que je ne veux plus de nouveaux vieux, « mon docteur il me mettait toujours, il faisait une petite ordonnance comme ça de tel ou tel médicament », alors là sur le logiciel tout s'allume en rouge !!

E : Et en général à la sortie d'hospitalisation, y a-t-il une classe qui est plus modifiée, des retraits, des ajouts, un changement de posologie?

M15 : Je crois que tout ce qui concerne le cardio-vasculaire c'est modifiable, alors on joue entre le Propanolol et le Cardensiel, qui n'est pas tout à fait... c'est sûr au niveau pharmaco y'a des histoires de durée de vie que nous on connaît assez mal finalement euh ... on joue sur les antihypertenseurs, y'a souvent des modifications, par contre je suis frappé... moi-même dans les bilans des insuffisances rénales débutantes avec des taux d'urée qui augmentent, avec des gens âgés qui boivent peu en général, à l'hôpital rien, on a des taux d'urée de temps en temps, ... le problème c'est quand vous avez ceux qui sont un peu diabétiques alors là le taux d'urée... enfin vous voyez je suis surpris quoi. On a tendance dans l'hypertension à aller plutôt du côté des IEC plutôt que des ARA parce que visiblement on va moins vers l'insuffisance rénale. Je suis surpris chez les polymédicamentés du nombre d'insuffisances rénales par rapport à ceux signalés par l'hôpital. Ils sont axés sur la tension.

E : Quand votre patient revient de l'hôpital, êtes-vous amené à remodifier les prescriptions du gériatre ?

M15 : J'évite, je pars du principe que si on fait confiance à un spécialiste quel qu'il soit on laisse son ordonnance. Si parfois on n'est pas d'accord sans aucune arrière-pensée je suis un vieux, j'ai 68 ans, mes études de médecine se sont finies en 76, y'a des choses qui ont changé, bien sûr y'a eu des formations mais on n'a pas le même raisonnement du tout. Y'a des évolutions en médecine et en chirurgie qui sont totalement à l'opposé de ce qu'on a appris et très honnêtement j'estime que je n'ai pas à partir du moment où je fais confiance au spécialiste, j'estime que c'est lui qui a la connaissance, pas moi ! Et que dans ces cas-là il est de mauvais ton de changer son ordonnance d'une part d'un point de vu de la politesse, de la déontologie


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

et surtout sur le plan de la connaissance. Il en a appris plus que moi. Je suis incapable de faire la différence au point de vue insuffisance rénale, de faire la différence n'être tel ou tel SARTANS ou IEC.

E : Du coup quand vous devez réévaluer l'ordonnance de vos patients qui ne sont pas passés à l'hôpital est-ce qu'il vous arrive de vous sentir limité ?

M15 : Je me sens limité, non seulement je me sens limité mais je me limite. A cette dame a qui j'ai modifié le traitement antihypertenseur j'essaye de lui dire attendez 10 jours, un SARTAN ça met 10 ou 15 jours à agir, manque de pot je lui mets l'HYPERIUM qui est censé agir l'après-midi même, bien que je n'y crois pas trop, ce serait un miracle, ce serait merveilleux tout le monde se jetterait dessus. C'est très difficile de les faire attendre le vieux est impatient. Un jour il y a une personne qui m'a dit, elle m'a remis en place, j'avais été un peu autoritaire, elle se lève gentiment, elle incline un peu la tête et elle me dit «vous savez, on en met du temps pour mourir» !! Donc ils sont impatients, faut que tout arrive, comme les jeunes drogués il leur faut tout et tout de suite.

E : C'est pas qu'ils n'ont que ça à penser mais il sont préoccupés par leur santé.

M15 : Mais c'est leur seule préoccupation !...

E : Du coup quand votre ordonnance en sortie d'hôpital a été changée vous ressentez quoi ?

M15 : Si à l'hôpital où c'est la connaissance en principe, bon y'a autant de nuls à l'hôpital que chez les généralistes, si j'envoie à l'hôpital pour acquérir un avis et une connaissance, je vais pas faire le contraire tout de suite. Souvent maintenant on vous dit si tel ou tel chose se passe il faut ajouter tel médicament, donc je fais ce qu'ils disent.

E : Donc vous appréciez le fait qu'ils disent « si ça évolue dans tel sens faire ça » ?

M15 : Oui j'apprécie tout à fait, ce qui nous laisse une possibilité.

E : Donc si le traitement qu'ils ont mis ne se passe pas aussi bien que prévu…

M15 : Oui et ça de plus en plus ils le mettent. Je crois qu'il faut de plus en plus en rester à la consultation de l'hôpital, apprendre, quand le patient revient de l'hôpital et vous dit « ils n'ont rien compris à l'hôpital j'ai toujours la même tension », faut arriver à lui dire non vous vous trompez, attendez, laissez faire. C'est pas facile, y'en a qui changent de médecin pour ça. Mais après tout qu'ils changent de médecin.

E : Après c'est une question d'éducation des patients.

M15 : J'en ai un qui a 90 ans qui a le même traitement depuis au moins 20 ans hein, à chaque fois

« je veux savoir ce que vous me faites», alors je lui prend la tension et j'écoute le cœur, « et pourquoi vous m'écoutez le cœur ?» chaque fois la même question, alors je lui dit « votre cœur il doit faire boum-boum et pas badaboum, donc j'écoute s'il fait bien boum-boum» « et maintenant pourquoi vous me mettez votre stéthoscope ici ?» «Pour écouter votre cœur», «alors pourquoi vous me le mettez dans le dos ?» je lui explique quelquefois le cœur fonctionne pas très bien « ah et pourquoi vous regardez mes pieds ?» je lui explique que ça fait partie de la routine, «vous avez du diabète, je dois regarder vos pieds» Ca fait 20 ans qu'il a la même ordonnance que je n'ai pas eu besoin de le modifier mais il arrive et il veut savoir ce qu'on lui fait ! Il note ça sur son carnet et je suis sûr qu'après il va au bistrot à côté…

E : Et il raconte tout aux copains !

M15 : Oui et le copain lui dit « t'aurais pas dû faire ça, les médecins n'y connaissent rien », vous savez c'est une petite ville C2 !

E : Quand le patient sort de l'hôpital est-ce qu'il arrive que ce soit lui qui vous demande de remodifier ou bien l'infirmière qui passe à domicile ?

M15 : Oh, quand les infirmières nous appellent c'est pour des compléments, il n'y a pas eu de déambulateur de prescrit, les soins plutôt que de les faire 3 fois par semaine c'est plutôt 4 fois par semaine, ça ne va pas plus loin que ça.

Téléphone

E : Quand vos patients sortent de l'hôpital, comment êtes-vous averti de leur sortie ?

M15 : Ah alors là, le problème actuellement c'est le projet ZEPRA.

E : Zéro papier.

M15 : C'est super, donc pratiquement tout va par internet, j'ai été un des premiers médecins informatisés à un moment où l'ordre des médecins était contre, la caisse d'assurance refusait les ordonnances imprimées, c'était en 93, maintenant tout


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

se passe par ordinateur ce qui n'est pas plus mal..., le courrier, le système Zepra ça marche une fois sur 2. Mon logiciel est vieux et ça ne marche pas toujours.

E : Vous ne recevez pas les courriers ?

M15 : Non, ma boite médicale officielle ne s'ouvre qu'ici, hors je travaille à mi-temps et le reste du temps je suis chez moi, je ne peux pas ouvrir le courrier, donc quand j'arrive ici j'en ouvre un ou deux mais j'ai pas le temps et bien souvent je reçois un courrier écrit, je préfère de très loin le courrier écrit.

E : Et il arrive combien de temps après le courrier écrit ?

M15 : Une semaine.

E : Ça ne vous arrive pas tellement de revoir le patient avant le courrier alors ?

M15 : Quelquefois si.

E : Est-ce que ça vous met en difficulté ?

M15 : Dans ces cas-là je m'efforce d'aller sur internet puisque je suis ici, ça marche pas toujours parce que j'ai le droit à un tas de pubs, y compris le Crédit Agricole, donc c'est pas, très bizarre normalement ça devait être un réseau bien fermé, mais on est parasité. Alors ça classe automatiquement, c'est la nouveauté de cette année, tous les courriers de tel hôpital à un même endroit, mais si vous avez reçu hier un courrier mais qu'il y en a d'un mois ou deux que vous n'avez pas lus ça le classe tout en bas, ce qui fait que vous ne le verrez pas, il faut descendre tout en bas pour voir le courrier non lu, donc euh…

E : Il faut savoir ce qu'on cherche quoi.

E : Mais du coup vous préféreriez tout recevoir par papier ?

M15 : Oui je préfère le papier. De toute façon je suis pas sûr qu'on fasse des économies de papier sur informatique. Alors bien sur peut-être les plus jeunes, moi je vois mes enfants ils vont à une vitesse, tac-tac-tac ! Je me dis d'ailleurs très honnêtement que tous les rendez-vous se prennent par informatique, ma femme est informaticienne, je suis informatisé depuis 25 ans, je me sens en retard niveau informatique par rapport à tout ce qu'on peut faire, à toutes les évolutions, les vieux systèmes ont changé. Moi je viens de passer de XP à Windows 8 mais mon logiciel santé il ne peut pas accepter, il peut pas aller sur Windows 8 ou 10 donc je suis allé dans une boite informatique pour remettre Windows 7 sur Windows 8, donc déjà... et tout de suite ça coûte 15euros de plus; et qu'est-ce que m'a dit le gars d'Axisante « monsieur j'en ai pour une journée de travail chez vous», 650 euros, donc c'est bien c'est gentil l'informatisation mais résultat changement d'imprimante elle marche plus, changement de scan il marche plus, on se retrouve maintenant dans une espèce de phase ou ceux qui ont Axisante 5 par rapport à 4 ils peuvent aller où ils veulent parce qu'ils ne sont informatisés que depuis une dizaine d'années. Donc si vous voulez, et je me rends compte oh catastrophe je ne suis pas capable d'aller sur Axisante 5, ça fait 20 ans que je suis sur le 4, le gars il m'a dit «monsieur vous allez vous planter c'est sûr», mais j'ai une trouille quand même pas possible, parce que je vieillis quand même, prendre un billet de chemin de fer par internet oui, prendre un billet d'avion oui, un rendez-vous chez le médecin pour le moment oui...

Qu'est-ce que ça va donner après, j'ai pas été élevé comme ça, les codes changent tous le temps... c'est pour ça je crois que quelque part internet c'est pas fait pour les vieux.

E : Ça devient trop compliqué.

M15 : Ça devient redoutable, je crois que pour les vieux il faut qu'on fasse marche arrière, je vois pas du tout un gériatre prendre ses rendez-vous par internet, hors le gynéco de ma femme c'est par internet, l'ophtalmo par internet.

E : Ça évite d'avoir une secrétaire.

M15 : Ben j'espère que le gériatre il va pas faire ça.

E : Ben il va pas avoir beaucoup de rendez-vous le gériatre ! Quand votre patient revient de l'hôpital avec sa nouvelle ordonnance il comprend sa nouvelle ordonnance ?

M15 : (réfléchit) Non il ne comprend pas, c'est trop compliqué, les noms sont trop longs, les molécules, il répète 2,3 fois la même chose, il l'analyse, il s'évertue de l'examiner, il comprend pas pourquoi on a changé alors qu'on n'a rien changé du tout. il faut revenir à la molécule originale, Nisisco c'est mieux que Valsartan/hydrochlorothiazide, il comprend pas le vieux.

E : Il comprend pas, parce qu'il a toujours eu le Nisisco?

M15 : Oui parce que c'est plus simple à retenir, alors moi j'ai l'avantage de mettre derrière entre parenthèse Nisisco, mais ils lisent pas toujours jusqu'au bout.

E : Et vous quand vous recevez le courrier est-ce que c'est expliqué les changements de traitement ?


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M15 : Oui, c'est toujours expliqué.

E : Est-ce que ces explications vous aident dans votre pratique quotidienne, est-ce que ça vous apprend des choses?

M15 : Oui très souvent, non seulement je m'en sers pour ma pratique quotidienne, je me fais mes petits copier/coller de l'observation de l'hôpital, on a de plus en plus d'observations de la part de l'hôpital, mais quand j'envoie le patient chez un spécialiste « cher confrère, je vous envoie Mr machin dont voici l'observation et le copier/coller», faut quand même bien que l'informatique serve à quelque chose.

E : Pour vous quel est l'intérêt des gériatres ?

M15 : C'est la médecine d'avenir, je ne peux que vous conseiller de faire de la gériatrie. Il va nous falloir des gériatres en ville, ça sera indispensable, l'hôpital sera saturé très vite. Ça c'est ce que nos instances n'ont pas compris depuis 20 ans.

E : Pour vous qu'est-ce que le gériatre a de plus que le généraliste ?

M15 : Ils connaissent bien leur job, la gériatrie c'est une voie de la médecine, qui ont fait formation sur formation. Tous ceux qui s'occupent des maisons..., à un moment on m'a demandé de m'occuper d'une maison de vieux, c'est vrai que moi j'aime pas ça, mais ceux qui y ont été ils ont peu à peu fait des certificats de toutes sortes, des formations, ils se sont bien affinés, et je pense qu'ils y connaissent plus, ils font plus attention que nous, nous on a trop de trucs à faire. Ils voient autant de malades mais ils sont beaucoup plus orientés, alors évidemment quand on fait des vieux on fait des vieux, mais c'est l'avenir. Mais il faut des gériatres de ville. Mais les jeunes ne veulent plus s'installer ce qui pose un énorme problème vous voyez.

E : On n'est pas incité pendant nos études à voir ce qui se passe hors de l'hôpital.

M15 : Oui c'est sûr, mais je crois que l'avenir des vieux c'est quoi ? L'autonomie et la gériatrie. Faut arrêter de rêver, c'est pas en construisant des maisons de vieux, de toute façon elles sont trop chères, non l'avenir c'est la gériatrie. Ce sont les gériatres qui sont disponibles comme l'étaient les généralistes autrefois, c'est pas ceux qui s'excitent.... moi si j'ai une personne comme vous qui me dit demain matin je voudrais m'installer en gériatrie à mi-temps, je lui ouvre les portes tout de suite.

Téléphone

E : Est-ce que ça vous arrive quand votre patient est hospitalisé en gériatrie d'avoir un appel du service pour avoir des infos ?

M15 : Oui tout à fait, pour des compléments d'informations, souvent quand ils y vont en urgence. Regardez-moi j'ai pas de place avant jeudi prochain, je peux prendre personne, et au milieu y'a la Toussaint donc forcément j'ai des vieux qui vont finir aux urgences.

E : C'est vrai qu'ils ne connaissent pas souvent leurs traitements.

M15 : Oui donc automatiquement j'aurai un coup de fil. Mais c'est un sacré problème, il faut absolument que nos énarques trouvent une solution pour la médecine de ville, les déserts médicaux c'est de la médecine de ville, faut voir aussi qu'en décembre 2017 vous aurez 30% des généralistes en moins, ça fait peur. Et moi ma question c'est quand je serai vieux, pour le moment je ne peux pas partir parce que j'ai aucune possibilité de partir, si au moins demain matin ou l'année prochaine j'étais soulagé je ne parle même pas de partir hein, bien sûr si quelqu'un me remplaçait automatiquement je partirais, mais j'ai 68 balais je réfléchis plus comme avant. Le physique marche pas très bien mais le ciboulot non plus, ma consultation est beaucoup plus longue qu'avant. Je me souviens avant de m'installer quand je faisais des remplacements, 35-40 malades, c'est terminé ça. Aujourd'hui j'en fais 20 quoi, je peux pas aller plus loin. Et ça aujourd'hui je crois que c'est très très important, ... réfléchit, quand je partirai disons à 70 ans, je serai donc un vieux. Qui s'occupera de moi ? Ma fille ne trouve pas de pédiatre pour ses enfants, elle vient de W1, heureusement qu'il y a papa généraliste.

E : Oui mais tout le monde n'a pas un médecin dans sa famille.

M15 : Mais oui, c'est complètement délirant. Une urgence, allez hop X1, 6 heures d'attente, avec un nourrisson c'est merveilleux ! Il faut arrêter les conneries, maintenant on est en train de leur dire allez aux urgences de M1, mais on est en plein délire. Les jeunes ne veulent pas venir parce qu'ils en ont plein le cul des consultations à 23 euros, là j'ai encore des papiers à faire, bon ben, je m'en occupe de son ALD, ça va me prendre 5 min, «ah ben le pharmacien m'a dit que j'avais plus mon ALD», bon ben je vais lui faire son papier.

E : C'est sûr que la charge administrative a beaucoup augmenté.

M15 : Donc c'est pour ça que je crois qu'il faut favoriser les installations, pas forcément à la campagne, faut arrêter de vouloir faire un numerus clausus pour pouvoir s'installer en ville ! La nouvelle convention ils veulent dire que ne pourront s'installer en ville que ceux qui remplaceront quelqu'un qui part.

E : En même temps il manque tellement de partout qu'on s'installera où on voudra.

M15 : Mais c'est n'importe quoi.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E : Est-ce qu'il vous arrive que l'hôpital vous appelle pour avoir votre avis pour un changement de traitement ou une introduction de traitement ?

M15 : Non, ils préviennent d'un changement de traitement dont on a plus ou moins notre avis dessus, mais…

E : Pour l'introduction d'un traitement anticoagulant ils vous demandent pas votre avis par exemple ?

M15 : Non, je leur dis attendez ce malade qui est déjà sous anticoagulant ça fait 3 fois qu'il est évacué par les pompiers, j'ai eu un taux d'INR à 25 une fois, je savais même pas qu'on pouvait monter aussi haut alors ! Alors le gars à l'hosto il a dit ben qu'est-ce qu'il se passe, alors il a dit stop. Donc c'est pour ça quand il se passe un truc comme ça on leur dit s'il vous plaît pas sous anticoagulant y'en a d'autres qui demandent pas de surveillance. Surtout que la grande mode pour les anticoagulants c'est de mettre une Coumadine plus une Aspirine, donc quand le gars il fait une connerie ou qu'il bouffe du choux vous allez voir l'INR !

E : Auriez-vous des pistes d'amélioration pour la communication ville/hôpital ?

M15 : C'est pas du tout déontologique ce que je vais dire ! Je pense qu'il faut que nos gériatres, nos médecins orientés gériatrique ils aient des consultations à l'hôpital une ou deux fois par semaine et qu'ils disent «ok je vous ai vu à l'hôpital, maintenant puisque vous habitez C2, je continue à vous voir à C2, puisque vous habitez dans G1 je continue à vous voir dans G1 », alors évidemment si vous dites ça à l'hosto vous allez vous faire fusiller par l'Ordre, il faut comme autrefois... vous savez avant le pédiatre qui vous voyait à la naissance à l'hôpital il vous voyait ensuite en ville et ça s'était vachement bien. Ils étaient parfaitement au courant, alors pourquoi pas ? Mais c'est urgent ce genre de truc, d'abord ça créerait des emplois, ça permettrait à tous les jeunes de s'installer, ça soulagerait tous les autres. Moi ça y est je ne prends plus d'enfants de moins de 6 mois. Moi gériatre je ne prends pas de patients de moins de 80 ans, c'est réglé c'est marqué sur ma porte, point. Ou priorité dans ma consultation. Moi c'est marqué, les pharmaciens le savent je ne veux pas d'enfants de moins de 6 ans, sauf exception bien. Pourquoi ? Pour une raison toute bête, j'ai plus de sensibilité de la main, hein une scie circulaire qui passait comme ça, donc je peux pas les tenir, j'en ai fait tomber un une fois donc maintenant ça suffit les conneries. Personne ne trouve ça normal. Alors bien sûr j'ai 9 petits enfants dont 8 de moins de 6 ans, donc automatiquement au moins une fois par semaine je suis dérangé pour voir un de mes petits-enfants, ou pour en recoudre un, je déteste ça d'ailleurs.

E : Oui sur quelqu'un de la famille...

E : Faites-vous des visites à domicile ?

M15 : Non, sauf chez une patiente chez qui je continue à faire une visite à domicile, elle est diabétique, hypertendue et surtout elle pèse 170 kg avec ce que ça représente comme inconvénients, elle peut pas rentrer dans un bus, les taxis quand ils la voient, foutent le camp. Donc je refuse qu'elle vienne au cabinet, de toute façon elle se déplace de plus en plus difficilement, si elle tombe ce serait une catastrophe personne ne pourrait la relever, donc elle je vais chez elle. Mais j'ai plus le temps de faire les visites à domicile, et je pense si on veut bien soigner nos anciens il faut qu'ils soient autonomes, donc il faut qu'ils viennent, c'est sûr il y a 20 ans tous les généralistes pouvaient aller chez eux, mais aujourd'hui non, donc il faut qu'ils viennent et donc qu'ils restent autonomes. Et s'ils ne peuvent pas aller chez le médecin ils ne sont pas autonomes, ils peuvent pas aller faire leurs courses, ils peuvent pas aller chez le coiffeur, chez leurs enfants, bref, donc il faut les maintenir autonomes. Donc je pense que le maître-mot pour tous pour plus tard c'est l'autonomie, ils n'ont pas compris là aussi nos gouvernants de l'intérêt de ça, et réserver les maisons pour les gens qui ne le sont plus.

E : De plus en plus de toute façon les gens entrent en maison de retraite quand ils sont allés jusqu'au bout.

M15 : Oui mais en EHPAD, c'est 3500 euros par mois donc aujourd'hui y'a pas beaucoup de retraites qui permettent ça !

E : Avez-vous au cours de votre formation à la fac ou après des formations en gériatrie ?

M15 : Non jamais! J'ai appris sur le tas quoi. Moi je vais allez voir l'ordre des médecins pour ça, je voudrais, je suis à mi-temps en ce moment, j'ai un problème j'ai trop de délai donc il faudrait engager un autre médecin 3 jours par semaine, et quand j'étais jeune je me suis occupé de mettre en place le système de santé de l'aéroport de Y2, bon maintenant c'est autonome mais une fois par semaine et le reste du temps ici, et je pense que j'avais beaucoup de copains qui avaient un truc de personne âgée et...

Téléphone

M15 : Ca moi... c'est très dommage ils n'ont pas envie de s'installer parce qu'ils ont peur d'être seuls, c'est sûr travailler à plusieurs c'est mieux (ironique), mais vous vous rendez compte vous avez plus bossé que nous, faut être clair pendant vos études vous avez plus bossé que nous. Personnellement j'ai essayé de présenter le concours de médecine avec un copain, j'ai eu 3 c'était mieux que lui il a eu 2...

E : Quel est votre pourcentage de patient âgé ?

M15 : 40% je dirais.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

### 7.3.16 Entretien 16

E : Donc j'enregistre si ça ne te gêne pas puis par la suite tout sera anonymisé.

M16: Ok.

E : Quand tes patients âgés tout-venant viennent au cabinet, comment fais-tu pour réévaluer l'ordonnance ?

M16 : Euh…. quelqu'un que je connais plutôt dans le suivi ?

E : Oui, ou même un nouveau patient que tu connais pas trop.

M16: J'essaye de me mettre un peu en situation (rire).

E : Déjà à quelle fréquence est-ce que tu réévalues tes ordonnances ?

M16 : Ben les personnes âgées c'est très rare que je les voie moins souvent que tous les 3 mois, les personnes âgées qui sont en pleine forme, parfois ça traîne hein ! [Au sens de ça arrive], tous les 4 mois mais même ça je trouve que ça fait un peu long, quand ça commence à se dégrader, en 4 mois il peut vraiment se passer plein de choses, ça peut vraiment aller très vite, donc il y a plein de gens qui râlent de venir tous les 3 mois mais moi je préfère. Parfois 4 mois quand ils ont vraiment très peu de médicaments. Dès qu'il y a un traitement antidépresseur ou anxiolytique là je fais 3 mois quoi qu'il arrive, et quand je mets en route un traitement je les revois systématiquement quel que soit ce que je fais, je les revois à 1 mois quoi qu'il arrive.

E : Tu trouves le temps pour faire tout ça ? Ce n'est pas un facteur limitant pour toi ?

M16 : Si si si (rires), ben je prends le temps, je revois assez souvent les gens moi de toute façon. Je me pose pas la question, je prends le temps. Je sais que les patients parfois me disent qu'ils n'arrivent pas à prendre de rendez-vous avec moi, je fais comme si je n'entendais pas ! (rires) J'ai pas énormément de patients parce que je travaille à mi-temps , donc je suis pas encore…, j'ai pas une patientèle énorme encore donc j'ai pris ce pli-là et j'ai pas du tout envie de changer ça sous prétexte que j'ai pas de place.

E : Est-ce qu'il y'a des choses qui tu trouves te limitent quand tu dois réévaluer une ordonnance ?

M16 : Ah oui ! Euh… Quoi qu'on en dise, quelle que soit la volonté qu'on puisse avoir, et c'est ça d'ailleurs qui fait que ça coince à l'hôpital, c'est compliqué de changer un traitement à une personne âgée, souvent parce que… Y'a deux choses : les patients veulent pas et c'est compliqué et y'a plein de fois où j'ai tenté d'arrêter des choses et on est obligé de revenir sur ce qu'on a arrêté parce que le patient il est pas content et ils sont déséquilibrés et attachés à leur traitement. Et la 2ème raison c'est que je trouve que souvent on voit quelque chose, on se dit ben ça va pas, pourquoi vous avez ça, ça fait longtemps que ça traine, ça a été mis par quelqu'un d'autre, c'est pas comme ça qu'il faut faire, on va mettre autre chose et puis en fait ça marche pas. Et en fait y' a des gens qui ont déjà essayé avant nous et on n'est pas au courant et ils se sont déjà cassé le nez sur la molécule etc, et finalement tu reviens un peu en arrière et tu te dis bon en fait c'est parce que ça marchait pas. Et je trouve ces deux problématiques qui sont très propres aux personnes âgées on voudrait faire comme on a appris, comme on voudrait faire, mais en pratique il faut être assez pragmatique et assez humble. Après c'est pas pour ça qu'il faut pas essayer, c'est bien qu'il y'ai un regard extérieur, on réessaye et puis moi des fois je vois bien le patient il revient et je me dis « ah ben tiens ils ont réessayé ça », je me dis ça va pas marcher et puis en fait cette fois si ça a marché. Je trouve sur les traitements cardiologiques ou a visé cardiovasculaire, on se dit ha ben tiens ils ont remis les IEC, sa créat va monter parce qu'on a déjà essayé 1 fois, 2 fois et que sa créat a augmenté mais on sait pas pourquoi cette fois ça marche.

E : Quels outils d'aide à la prescription utilises-tu ?

M16: Euh… alors ben moi je suis évidemment sur l'ordinateur, le logiciel moi j'ai la Banque Claude-Bernard, on a des alertes et des interactions que moi je ne lisais jamais et depuis une petite année suite à un gros couac, j'essaye de cliquer systématiquement pour voir ce qu'il me dit. Donc ça je m'en sers. Euh… de quoi je me sers ??? Ben après oui j'ai plein d'aides à la prescription mais pas spécifique à la personne âgée, pour les antibiotiques j'ai antibioclic. Pour la personne âgée (réfléchit), je crois pas que j'utilise un outil spécifique.

E : En théorie y'a des outils mais qui sont peu connus des généralistes, les critères de START and STOPP, les critères de Beers… c'est un peu plus à l'hôpital.

M16 Ah ben non tu vois ceux-là je les connais pas. Mais ça m'intéresserait de les connaître, des spécifiques.

E : Donc c'est essentiellement ton logiciel qui t'aide à limiter la iatrogénie.

M16 : Oui, et puis j'essaye de réfléchir quand même ! J'essaye d'appliquer la règle de moins y'en a mieux on se porte.

E : C'est vrai que maintenant ils ont tellement de pathologie que c'est dur.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M16 : Oui, oui, après quand même, on a … la Sécu nous dit notre nombre de médicaments moyen par ordonnance et moi ça va je suis pas trop mal, j'essaye quand même de faire le plus de ménage possible régulièrement, normalement je sais pas si je le fais bien, mais je m'étais mis une alerte pour faire chez les personnes âgées une consultation annuelle dédiée à ça, de faire chaque année le point sur les médicaments, j'ai une espèce de petit mémo de rappel dans mon logiciel. Là je viens de reprendre [était en congé maternité] j'ai pas fait attention si c'était bien à jour mais j'essaye de le faire.

E : Oui c'est bien ça.

M16 : Oui c'est bien d'avoir une consultation dédiée à ça, là je prends un peu plus de temps et je fais le point pour chaque médicament.

E : Si par hasard un de tes patients va à l'hôpital que tu l'y as envoyé ou bien qu'il passe par les urgences et qui par la suite passe en gériatrie quand ils ressortent comment en es-tu informée ?

M16 : Et bien on ne reçoit jamais de coup de fil de l'hôpital, c'est probablement un peu dommage, pas pour tous les patients, je pense qu'il faudrait cibler certains patients pour lesquels on est prévenu, parce que s'il y a un entourage normalement tout se passe bien, on est prévenu parce qu'en général on suit toute la famille donc on est vite prévenu que la personne est rentrée ou va rentrer, normalement ce qui maintenant est systématique et ça marche assez bien, c'est que les ordonnances de sortie sont faites pour 15 jours, ça je trouve que c'est bien, parce que ça oblige le patient à prendre rendez-vous, et puis y'a les aides à domicile qui font le lien. Voilà en fait c'est ça soit la famille, soit la prise de rendez-vous pour le renouvellement du traitement. Je crois que ça se compte sur les doigts de la main le nombre de fois dans l'année ou le service nous prévient et pour certains patients c'est dommage, voilà ! Après à R1, dans notre coin, on a les courriers très vite. C'est rarissime qu'on retourne voir le patient avant d'avoir reçu le courrier.

E : C'est quand même plutôt confortable.

M16 : Oui y'a pas à dire c'est confortable.

E : Du coup quand ils reviennent à la maison, as-tu remarqué que les ordonnances étaient modifiées ? Ajout, retrait ?

M16 : Ben… on sent en tout cas qu'il y a une vraie volonté quand il y a une hospitalisation en gériatrie de reposer l'indication de chaque traitement… donc si c'est modifié c'est souvent à raison, en tout cas on sent que c'est réfléchi.

E : La modification est-elle justifiée dans le compte-rendu ou te permet-il de comprendre ?

M16 : Oui, souvent, en fait les comptes-rendus de gériatrie sont bien détaillés donc on trouve l'info, parfois un même un peu trop détaillé j'ai l'impression qu'on tombe dans un excès inverse, mais non souvent on trouve l'info. Une fois de plus je pense que vraiment à R1 les équipes sont bien et quand il y'a une modification elle est justifiée dans le courrier en tout cas. Après on revient sur ce qu'on disait tout à l'heure, parfois c'est très théorique les modifications qui sont faites et pas toujours adaptées à la réalité du patient.

E : Est-ce que tu as remarqué s'il y avait une classe plus souvent modifiée ?

M16 : Oui clairement les anxiolytiques ou les antidépresseurs sont très souvent instaurés ou modifiés et là où il y a je trouve un vrai bémol c'est qu'en fait on ne nous appelle jamais quand un patient est hospitalisé donc les médecins de l'hôpital n'ont jamais l'historique de pourquoi on a instauré un traitement, depuis combien de temps et pourquoi celui-là et pas un autre. Et je trouve que tout le monde perd du temps là-dessus, c'est vraiment le gros truc qui va pas, parfois c'est parce qu'en en face il y a un généraliste qui maîtrise pas trop la iatrogénie ou la spécificité de la prescription de la personne âgée et dans ce cas-là on s'en rend compte en discutant par téléphone et là le gériatre peut d'emblée enfin facilement se dire ben, voilà on va essayer autre chose parce que c'est plus adapté à l'âge ou à la fonction rénale, mais y'a plein de fois ou si on est sur telle molécule c'est parce qu'il y'a une histoire derrière et en passant un coup de fil on s'éviterait…

E : On s'éviterait des changements et rechangements.

M16 : Oui, ce serait plus confortable pour tout le monde, pour le patient qui éviterait de se retrouver avec un truc qu'on sait très bien qu'il l'avait pas toléré, pour nous parce que ça nous éviterait de rechanger, reswitcher, remachiner, ça éviterait l'éternel problème de la patiente qui sort avec un traitement et à la maison il reste les boîtes de l'ancien traitement et c'est le patient qui fait ses piluliers ou la famille, quand c'est l'infirmière y'a moins ce problème, donc les patients se retrouvent à prendre l'ancien anxiolytique, le nouveau, ben ça arrive quand même souvent, parce que le patient et la famille ne savent pas pourquoi sont pris les trucs. Et puis ils disent « bah ils ont oublié de lui mettre son cachet pour dormir qu'il prend depuis 25 ans » donc paf ils lui mettent alors qu'à l'hôpital on lui a mis un autre truc. Il y a à mon avis clairement un manque de communication là-dessus.

E : Est-ce que ça t'arrive d'être appelée par l'hôpital quand le patient y est pour avoir des infos ?

M16 : Hyper rarement. A mon avis ça c'est dommage et ça pourrait être un très bon boulot pour l'interne, c'est hyper intéressant, ça prend du temps j'en ai bien conscience hein mais je pense que c'est un boulot qui pourrait être fait par l'interne assez facilement et si y'a rien à dire, en 5 minutes le coup de fil est réglé et pour certains patients ça a du sens quoi... Et c'est


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

pas le sujet là mais pour tous les examens, toutes les évaluations gériatriques qui sont parfois hyper redondantes et pas toujours très pertinentes si les examens ont déjà été faits ça n'a aucun sens de les refaire. C'est vrai que souvent s'ils arrivent par les urgences on n'a rien quoi.

E : Tu trouves que les anxiolytiques sont pas mal changés ?

M16 : Oui surtout arrêtés, ouais pour la bonne cause, ça marche pas toujours, souvent on les remet même très souvent mais au moins il y'a eu une petite pause, c'est déjà ça (rire). Ça c'est une grosse famille qui est modifiée et qui pose un vrai problème d'ailleurs. Et puis y'a les traitements à visée cardiologique mais ça je trouve que c'est bien parce qu'on est… C'est difficile de modifier un traitement en ambulatoire parce que c'est difficile de réévaluer donc l'hôpital c'est parfait pour ça. Ça c'est souvent des traitements qui sont modifiés et c'est très bien. Les traitements antalgiques on peut en parler aussi longtemps que les anxiolytiques (rire), ouais je trouve que là-dessus l'hôpital il est un peu donneur de leçon là-dessus, c'est à dire qu'il dise qu'il faut donner ça et pas autre chose sauf que c'est pas bien toléré donc on remet ce qu'on avait mis avant.

E : Quand ton patient revient te voir après son séjour, la plupart du temps trouves-tu que les modifications sont adaptées à ton patient ?

M16 : Oui, en tout cas je trouve que si c'est pas pertinent c'est justifié, donc je suis rarement en colère, après ça marche pas toujours mais ça c'est la vie !

E : Comment trouves-tu ta place dans cette nouvelle ordonnance ?

M16 : Euh…

E : Est-ce que tu éprouves des difficultés à represcrire ce que le gériatre a mis ?

M16 : …Non…

E : Par exemple si le gériatre a mis un traitement que tu as déjà essayé et qui ne fonctionne pas, est-ce que tu attends qu'il ne fonctionne pas pour le changer ?

M16 : Oui, j'ai pas trop d'ego mal placé là-dessus donc je… j'ai plutôt beaucoup beaucoup d'estime pour la spécialité de gériatre donc laisser ce qui a été fait et à réévaluer après. En tout cas je m'amuse pas « ha tiens il vous a mis ça, je vous remets ce qu'il y avait avant ».

E : Et quand du coup à distance tu dois rechanger, quels sont tes critères, les motifs ?

M16 : Malheureusement parfois on est un peu coincé par la demande des patients…

E : Qui préférait ce qu'il avait avant ?

M16 : Oui, ça c'est compliqué hein, j'ai un exemple en tête là, c'est une patiente qui prend du CERIS pour une indications d'acouphènes, ça ne se fait plus depuis… enfin ça n'a aucun sens, j'ai déjà essayé de lui arrêter mais elle avait beaucoup insisté pour qu'on reprenne donc je lui avait repris. Elle a été hospitalisée donc ça a été évidemment arrêté sans être forcément très bien expliqué à la patiente, elle elle a l'impression que ça a été juste oublié, donc elle est revenue, elle voulait que je lui remette, donc je lui ai dit que ça pourrait être l'occasion d'essayer sans, blablabla blablaba et puis 1 mois après elle était de retour en me disant je suis de nouveau pas bien, je suis mieux avec, ben, je lui ai remis !

E : Ben si on leur prescrit pas au bon d'un moment ils iront voir quelqu'un d'autre qui leur prescrira.

M16 : Oui sans aller jusque-là elle, elle n'a pas d'effet indésirable de ce médicament…

E : Tu as l'impression que l'hôpital n'explique pas bien au patient ?

M16 : Oui il y a sûrement un manque d'explication, ça va vite en fait à l'hôpital. Peut-être que l'info est donnée au milieu de plein de choses par quelqu'un qui n'est pas très bien identifié, les patients ne savent pas toujours qui dit quoi, donc… L'interne n'est pas toujours très bien identifié dans la tête des personnes âgées. Donc la parole n'a pas toujours beaucoup de poids je pense et il y a sûrement un peu de boulot, il faudrait peut-être un temps de synthèse mais si c'est avant le départ ils sont stressés donc ils retiennent rien, c'est compliqué de toute façon, et puis il faut redire les choses donc…

E : Et du coup la plupart du temps le patient il a une nouvelle ordonnance, à part quelques-uns qui sont attachés à leurs traitements et qui veulent revenir à ceux d'avant, ils sont comment, d'accord ?…

M16 : Oui, je pense que comme souvent en médecine on a beaucoup d'aprioris sur ce qu'on pense du patient et de ses attentes et qu'en fait si on laisse la place pour faire autrement en fait ça marche. Donc je trouve que souvent on se dit « ah ça va pas marcher, il va vouloir retourner à son truc d'avant » et si on essaye parfois on a des bonnes surprises, en tout cas ça vaut le coup d'essayer.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E : Est-ce que tu as l'impression que les patients sont plus attachés au traitement mis par le spécialiste qu'à tes traitements à toi ou tu ne vois pas la différence ?

M16 : Y'a quand même un peu… C'est quand même la valeur du médecin spécialiste, après je suis pas sûre que le gériatre soit pris pour un spécialiste, pour le traitement mis par le rhumatologue ou le cardiologue si…

E : T'as pas l'impression que le traitement mis par le gériatre..

M16 : Oui je suis pas sûre qu'il ait beaucoup de poids, bien identifié, le spécialiste du vieux ! Il n'a pas le même aura que le cardiologue, mais souvent parce qu'en plus de l'attachement au spécialiste y'a l'attachement dans la durée et la cardiologue qui a mis le traitement y'a 15 ans c'est compliqué de l'arrêter parce que ça fait 15 ans qu'on le prend justement, alors que le gériatre qu'on a croisé pendant l'hospitalisation il a moins marqué. Mais ça dépend un peu parce que le gériatre qui a prescrit l'anti-cholinestérasique dans l'Alzheimer c'est HYPER compliqué à arrêter, donc y'a le côté un peu consultation, « je suis allez voir tel spécialiste en consultation » et en plus si c'est à G1… alors là on n'arrivera jamais à l'arrêter ! C'est fini. Mais sinon typiquement pour ça c'est hyper dur d'arrêter les traitements anti-Alzheimer mis par le grand gériatre en consultation alors que des fois on a très envie de l'arrêter et que… Mais y'a tous les profils parce qu'il y a aussi les patients qui sont hyper attachés à nous et les médecins qu'ils ont vu une fois en consultation… il le connaît pas alors que nous on le connaît très bien , ça dépend des profils de patients.

E : Est-ce que parfois tu as des patients qui viennent te demander le traitement qu'ils avaient avant mais c'est parce que c'est pas le même nom commercial ou la même DCI ?

M16 : Ça c'est compliqué. Moi ma technique mais je sais pas si c'est la bonne, je prescris un nouveau médicament je mets la DCI, si c'est un ancien médicament qu'un patient connaît, je mets en non substituable le nom qu'il connaît parce que je trouve que ça c'est un bazar pas possible. Je trouve que pour les personnes âgées c'est déjà compliqué de s'approprier leurs pathologies, leurs traitements parce qu'ils sont un peu perdus, parce qu'il y a plein d'intervenants et que si en plus ils sont incapables d'identifier quel médicament est pour quel pathologie c'est vraiment une source d'erreur et c'est pas très respectueux de leur capacité à s'approprier leur maladie de plus en plus je trouve, donc ça je trouve pareil à l'hôpital je pense que la DCI est bien plus appliquée en tout cas sur les ordonnances de sortie.

E : En fait on a moins le choix parce que la pharmacie nous dit « ha ben ça j'ai pas, change par ça ».

M16 : Bien sûr faut prescrire en DCI mais faut un peu s'adapter à la réalité.

E : Faudrait faire plus attention à la sortie.

M16 : Si le patient ça fait 10 ans qu'il prend du Lasilix il faut qu'il sache lequel c'est parce que pareil y'a des fois des grosses catastrophes et en 15 jours il se passe des choses, mais voilà faut s'adapter si y'a un patient qui est perdu qui gère rien ou c'est les infirmières qui gèrent tout là y'a aucun souci. Le patient où on sait, une fois de plus il faut bien s'intéresser à ce qu'il se passe à la maison quand on est à l'hôpital, si c'est lui qui prépare ses médicaments il faut que ce soit écrit à la sortie comme c'était écrit avant sinon c'est quasi sûr qu'il va prendre du Lailix et du Furosémide, vraiment une fois de plus je pense que c'est parfois un peu le biais de la gériatrie c'est devenu une spécialité où on fait les batteries d'examens à tout le monde, on fait un peu pareil avec tout le monde alors que je pense que c'est une spécialité ou il faudrait s'adapter à chaque patient, je trouve que pour ça il faudrait appeler les médecins mais y'en a où c'est indispensable, et plus la personne est seule chez elle et plus il faut s'en méfier et ….

E : Tu as parfois l'impression qu'à l'hôpital le quotidien des patients n'est pas suffisamment cerné ?

M16 : Oui, en fait la gériatrie c'est quand même une nouvelle spécialité, c'est une spécialité qui travaille beaucoup avec des grilles d'évaluations, où on applique beaucoup les recommandations et c'est sûrement très bien et je pense que c'est une spécialité qui est très formatée par une nouvelle génération de médecins où on nous a appris à travailler comme ça, mais après c'est très bien parce que ça veut dire qu'on peut mieux évaluer ce qu'on fait, mais c'est parfois un peu pris à défaut parce qu'on se noie un peu, y a trop d'informations, on fait les choses de manière trop répétitive et systématique donc on s'adapte peut-être pas assez à la réalité du terrain et de la vie du patient alors que c'est probablement la spécialité où il faudrait être le plus attentif à la spécificité parce qu'elle vient de là la fragilité et que chaque personne âgée est différente.

E : Comment perçois-tu la différence entre le patient chez lui et le patient à l'hôpital ?

M16 : Typiquement c'est l'exemple du diabète, ils mangent pas pareil donc le diabète est équilibré à l'hôpital donc on change le traitement du diabète, on le diminue et puis retour à la maison ça réaugmente et on remet le même traitement qu'avant, donc ça y'a rien à dire !!

E : Mais c'est vrai que du coup par rapport à l'ordonnance de sortie elle est vite plus bonne.

M16 : Ouais mais de toute façon c'est pour ça que l'ordonnance de sortie elle est faite pour 15 jours donc ça c'est pas grave. C'est évident qu'un patient à l'hôpital ça n'a rien à voir avec un patient chez lui en terme d'anxiété et donc de douleur, ça c'est les 2 gros trucs et puis d'autonomie/mobilité.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E : C'est sûr qu'à l'hôpital c'est plus simple, y'a toujours quelqu'un pour faire, pour aider. Pour toi quelle est la valeur ajoutée du gériatre si tu en trouves une dans la prise en charge du patient âgé ?

M16 : Euh y'a clairement le coté PEC globale, …, ça c'est indéniable.

E : Plus que dans les autres spécialités ?

M16 : Oui vraiment, ça c'est une plus-value, y'a le coté regard extérieur parce que moi j'estime être plutôt bien formée en gériatrie j'en ai fait pas mal pendant mon internat et un peu après en plus donc y'a pas des trucs ou je me sens démunie, j'ai l'impression que ce que je vois, ce qui est fait ça me parle, mais par contre de temps en temps ça fait vraiment du bien qu'il y ait un regard extérieur qui donne son avis sur l'état d'un patient, ses traitements, etc. le coté PEC globale, qu'est-ce qu'il y a d'autre… Bah parfois le fait d'extraire le patient de son quotidien, ça c'est plus le coté évaluation gériatrique, je suis pas hyper convaincue par les évaluations gériatriques en consultation je trouve que ce qui m'aide dans ma pratique c'est quand j'ai l'impression que je n'y arrive plus et que je demande une hospitalisation. Les consultations je les fais des fois, bon je trouve pas…, j'ai pas l'impression que ça ait changé grand-chose parce que j'ai pas l'impression que ce soit un domaine où moi je sois perdue donc c'est rare que ça apporte des réponses, c'est pas des trucs où je me dis ah ben ça je sais pas faire, c'est rarement le cas, qui nécessite... qui serait réglable juste le temps d'une consultation, alors qu'en hospitalisation pour changer un traitement, pour la douleur ou l'équilibre d'un traitement d'une insuffisance cardiaque ou d'un diabète tu peux pas le faire seul au cabinet. *Blanc, elle réfléchit* Si non mais quand même sur la iatrogénie on sera jamais assez vigilant là-dessus, et le gériatre je trouve c'est vraiment son boulot, il est vraiment pertinent pour ça, et je trouve que des fois l'hospitalisation permet de poser les choses peut-être plus facilement qu'en consultation.

E : Est-ce que tu trouves que l'hospitalisation amène quelque chose sur le côté social aussi ?

M16 : Oui, j'allais y venir. C'est le gros dossier, la grosse partie compliquée de la personne âgée, c'est aménager les aides autour de lui et que c'est hyper chronophage. Si y'a une famille qui suit ça se passe bien, si y'a pas de famille c'est hyper compliqué, franchement on n'a pas le temps, ou alors je sais pas comment il faut faire. Je trouve qu'au bout d'un moment c'est plus mon boulot donc là je trouve que l'hôpital est indispensable, c'est que ça permet de mettre une assistante sociale dans la boucle et c'est indispensable.

E : Est-ce que tu as l'impression que ça aide tes patients à avancer vers la maison de retraite on va dire ?

M16 : Euh, oui clairement et ça permet de mettre des aides en place. Mais après c'est pas juste parce que c'est l'hôpital et que toi tu le fais pas, typiquement la téléalarme quand ça fait 1 an que tous les 3 mois on dit « il faudrait mettre la téléalarme», que tu remets la plaquette et que 3 mois après y'a toujours rien en place, bon ben voilà, et puis pour une chute ou une plaie elle ressort de l'hôpital avec la téléalarme et puis on n'en reparle plus.

E : Peut-être qu'on leur laisse moins le choix aussi.

M16 : Oui peut être et puis y' a aussi le fait de la prise de conscience, « ah oui quand même j'ai fini à l'hôpital, c'est peut-être que je vais moins bien ». La prise en charge sociale elle est indispensable.

E : Bon ma question d'après c'était qu'est-ce que ça te fait quand le gériatre modifie ton ordonnance mais tu y as déjà répondu tout à l'heure.

M16 : Je suis ravie ! *Rire*

E: Ça t'arrive jamais que l'hôpital t'appelle pour te demander ton avis avant de changer un traitement ?

M16 : *rire* Non jamais! pourtant je pense que ça vaudrait le coup. Non ça n'arrive jamais et c'est probablement hyper dommage.

E : Aurais-tu des pistes d'amélioration pour la communication ville-hôpital ?

M16 : *réfléchit* Oui sur le fait qu'il y ait un coup de fil médical pendant l'hospitalisation, peut-être par pour tous, quoique, parce que si y'a rien à dire c'est vite réglé. Ça aurait du sens, parce qu'un truc que j'ai pas dit mais que je ressens pas tout le temps, c'est qu'il y a un petit côté, et c'est vicieux, quand quelqu'un fait des changements, il s'occupe du patient à ta place surtout quand c'est un patient un peu compliqué ou un patient chiant, y'a un petit côté « ah ben c'est plus moi qui m'en occupe», enfin on a beau ne pas vouloir moi de temps en temps ça m'arrange, je me dis « ah ben c'est pas moi c'est l'hôpital» et si y'avait un petit coup de fil ou un petit échange en disant ben voilà on a fait ça ou on veut faire ça, de nouveau on se sent impliqué donc on se sent responsable, donc quand on y retourne la fois d'après on est plus vigilant. Moi je vois des fois, parce que quand même c'est un peu fatigant la gériatrie, c'est redondant, on essaye des choses et on avance on recule. Je me vois faire, de dire « ah ben tiens ils ont changé» et de ne pas me sentir responsable alors que si parce que derrière y'a que moi qui vais prescrire et probablement que si j'avais eu un coup de fil je me sentirais plus impliquée et je me dirais bon alors comment ça ... Ouais et puis après c'est peut-être propre à moi, j'ai encore un peu parfois le raisonnement de me dire que s'ils l'ont fait à l'hôpital c'est qu'il fallait le faire donc après j'ose moins rechanger parce que je me dis qu'ils ont dû demander un avis cardio ou suivre les reco, donc après je rechange pas le traitement alors que c'est évident que ça fonctionne pas.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

Parfois je mets un peu de temps à me dire « ben si, rechange, ça va pas », alors que si il y avait eu un petit échange oral je serais plus vigilante, je m'approprierais plus le changement.

E : Et toi quand à distance tu dois remodifier, c'est quoi ? En général tu augmentes les doses, tu baisses, tu supprimes ?

M16 : C'est variable, y a toutes les situations.

E : Est-ce que tu as l'impression de plus respecter ou écouter les ordonnances des autres spécialités que la gériatrie ?

M16 : Les autres spécialités d'organes ?

E : Oui.

M16 : Euh *(réfléchit)* non pas plus.

E : Alors il me faudrait ton âge.

M16 : 34 ans.

E : Tu es a R1 depuis combien de temps?

M16 : 7 ans.

E : As-tu une idée de ton pourcentage de patient de plus de 70 ans?

M16: Euh je dirais 20%.

E : Donc tu m'as dit que t'avais une formation en gériatrie ?

M16 : Oui, au début je pensais que j'allais faire gériatrie donc oui! *(rire).* J'ai fait un stage en gériatrie puis après j'ai fait pendant mon SASPAS beaucoup de gériatrie parce que mon maître de stage s'occupait d'une maison de retraite dans un milieu très rural, donc j'en ai vraiment fait beaucoup, et j'ai remplacé en maison de retraite aussi après.

E : Est-ce que tu as l'impression que tu apprends des nouvelles choses avec ce que le gériatre te dit avoir fait pour ton patient ?

M16 : Euh, (*réfléchit longuement*) je pense que ça fait pas assez longtemps que je travaille, mais tu vois là typiquement les aides la prescription je connais pas donc je me dis que ça y est il faut que je me repenche sur le sujet. Est ce qu'il y a des nouvelles choses, ..., non pour le moment j'ai pas l'impression qu'il y ait eu de révolution.

E: Est-ce que tu fais des visites à domicile ?

M16 : Oui, beaucoup. Ben pour cause d'accessibilité de mon cabinet, en fait j'ai récupéré une patientèle donc y'avait déjà pas mal de personnes âgées, j'ai un escalier en colimaçon pour accéder au cabinet... *rire*

E : Oui donc déjà ça limite un peu.

M16 : J'ai 2 à 3 visites, je fais entre 6 et 10 visites par semaines, donc c'est pas mal.

E : Oui surtout si t'es pas à temps plein. Ok, voilà j'ai fini, je te remercie.

### 7.3.17 Entretien 17

E : Comment réévalues-tu les ordonnances de tes patients de plus de 70 ans ? Est-ce que tu as une méthode ?

M17: Non j'ai pas de méthode, je pars du principe qu'il faut que j'essaye d'en enlever le plus possible mais c'est pas toujours évident. J'ai pas de méthode précise sur par exemple comment faire le tri ou à quelle fréquence faire le tri ou un nombre maximum théorique de médicaments sur l'ordonnance. J'ai aucune méthode, je fais un peu ce que je peux et quasiment à chaque fois que je renouvelle une ordonnance j'essaye de regarder ce que je remets parce que maintenant avec le logiciel c'est bêtement copier/coller donc … on n'a pas besoin de réfléchir. Donc j'essaye à chaque fois de revérifier, de vérifier pourquoi ils ont le traitement, voir si les indications sont toujours là, j'essaye de le faire un peu systématiquement pour chaque ordonnance sauf quand y'a des patients qui ont des ordonnances très simples avec 2 médicaments. J'essaye quand même de réfléchir à chaque fois mais pas à tous les coups mais sans méthode particulière.

E : Qu'est-ce qui parfois te limite dans la réévaluation ?

M17 : La routine clairement. Les gens qu'on voit depuis des années, et encore moi ça fait pas 30 ans que je suis installé, mais ça fait quand même 3 ans et y'en a que je suivais déjà un peu en tant que remplaçant. Donc c'est clairement la routine, leur état clinique ne change pas du tout, leurs pathologies ne changent pas du tout, leurs biologies ne changent pas du tout donc la routine fait que je les réexamine à chaque fois mais si rien n'a changé je renouvelle sans trop me poser de questions. Première chose et deuxième chose ça serait le temps, je peux pas dire que j'ai pas le temps parce que je suis souvent à la


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

bourre, et le jour où je suis pas en retard je prends encore plus le temps pace que j'en profite je me dis « tiens pour une fois », mais quand je suis hyper à la bourre c'est difficile de gérer une consult en 20 min donc y passer 45 min c'est pas toujours possible.

E : Est-ce que tu as des aides à la réévaluation ?

M17: Oui j'ai des alertes sur mon logiciel avec les interactions et les contre-indications que je regarde pas trop parce que je pars du principe que les trois-quarts je les ai quand même en tête et elles ne s'affichent pas spontanément il faut que je clique et puis il y a toujours des interactions, donc en fait quand c'est pour me dire que quand on cumule 2 antihypertenseurs y'a des risques d'hypotension...donc en fait je vais pas regarder. C'est bien en fait peut-être que ça va me faire un déclic, non mais voilà j'y vais pas assez. Par contre je vais très souvent, très très souvent sur le Vidal, quand il y a un médicament que je maîtrise pas bien ou quand j'instaure un médicament chez quelqu'un qui en a plusieurs, là pour le coup je me tape le Vidal à tous les coups, les contre-indications, les interactions. A tous les coups parce que je mémorise pas bien les choses et je préfère aller voir bêtement 200 fois les choses plutôt que de considérer que je sais alors que je m'en rappelle plus.

E : Tes patients âgés à quelle fréquence est-ce que tu les vois ?

M17: Ca dépend, ça dépend de ce qu'ils ont. Ceux qui sont stables, la situation est stable, à peu près équilibrés et pas trop trop âgés, on va dire moins de 90 ans, on va dire tous les 3 mois, pas plus. A partir du moment où y a plusieurs médicaments, plusieurs pathologies et qu'ils ont plus de 75 ans je considère que 3 mois c'est le maximum, plus c'est pas une bonne idée. Et après ceux qui vont pas bien mais c'est rare mais y'en a que je vois tous les mois.

E : Tous les mois c'est rapproché.

M17: Après je dis ça j'en ai une qui est sous Skenan donc je la vois tous les mois. Mais sinon les personnes âgées que je vois le plus c'est tous les 2 mois hors histoire de prescription sécurisée, et sinon je fais une ordonnance pour 2 mois et je dis à l'accompagnant qui est toujours là qu'on se revoit dans un mois et demi 2 mois en fonction de l'état. 1 mois c'est un peu souvent, donc tous les 2-3 mois pas plus, 6 mois ça fait trop.

E : Et quand tes patients vont à l'hôpital que ce soit par les urgences ou que ce soit toi qui les y envoies comment es-tu au courant de l'hospitalisation ?

M17: A l'hôpital de Y1, on reçoit un petit contre-rendu, on a Apicrypt, c'est une messagerie sécurisée entre professionnels, et donc par cette messagerie-là je reçois le compte-rendu des urgences ou du post-urgence avec «Mme Machin est venue pour telle raison, elle a passé 2 jours et là on la mute dans tel service ou en gériatrie », donc déjà je suis souvent au courant par ça. C'est tout en fait. Parfois les familles préviennent mais c'est rare, j'aime bien être prévenue mais je comprends qu'on soit pas les premiers qu'ils appellent.

E : Ça t'arrive que l'hôpital t'appelle pour avoir des informations sur ton patient ?

M17 : L'externe en général est missionné pour demander. Non ça arrive de temps en temps qu'on me demande des précisions sur le traitement, rarement sur autre chose. Non parce que les gens n'ont pas leurs ordo sur eux, ils arrivent aux urgences ils ont rien. C'est quasi le seul motif, c'est rare mais c'est le seul motif. C'est très rare qu'on me demande l'indication d 'un traitement ou qu'on me demande si y a telle pathologie ou qu'on me demande depuis quand il y'a ça ou ça.

E : Est-ce que ça t'arrive que quand le patient est hospitalisé on t'appelle pour un avis sur une thérapeutique ?

M17: Non jamais.

E : Ce serait intéressant ?

M17: Ben oui, bien sûr. Alors y'a certains trucs où je me sentirais pas forcément la légitimité dans avoir un avis plus utile que le leur qui sont quand même hospitaliers, un peu plus collégial, c'est dur de prendre une décision donc dans certains cas je pense pas qu'ils aient besoin de moi, mais dans certaines thématiques je pense très clairement que ce serait bien qu'on soit impliqués.

E : Oui on connaît le patient un peu plus dans sa vie de tous les jours.

M17: Oui, et on connaît plus l'observance, on sait qu'il le prendra pas.

E : Et quand tes patients sortent de l'hôpital comment es-tu averti ?

M17: Toujours pareil, souvent on a le compte-rendu avant de les revoir ou sinon je les revois parce que l'hôpital fait toujours des ordonnances non renouvelables donc je les vois au plus à un mois et ils me racontent.

E : C'est quand même pas mal que l'ordonnance de sortie ne soit que pour un mois.

M17 : Ah bah oui, et c'est là qu'on voit si y'a eu une mauvaise tolérance au traitement ou une mauvaise observance, soit parfois ils mettent en doute la prescription hospitalière surtout les jeunes et ils me demandent de valider.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E : Parce qu'ils n'ont pas confiance dans la prescription hospitalière ?

M17: Je te dis je sais pas si j'ai des exemples en gériatrie ou ils le font vraiment. Mais oui ils partent du principe que on est les mieux placés pour savoir ce qui est compatible avec leur globalité et ce qui est le mieux pour eux, mais en gériatrie moins je pense. Chez les jeunes c'est évident.

E : C'est étonnant je pensais que c'était plutôt l'inverse, que maintenant tout le monde voulait voir « le » spécialiste.

M17: Non non, que ce soit mon associé ou moi on fait beaucoup de pédiatrie, des fois ils vont à l'hôpital mais ils ne donnent pas le traitement et ils viennent nous voir le lendemain en demandant « on m'a dit que c'est une otite est-ce que c'est vrai ? ».

E : Quand tes patients sortent de gériatrie au niveau de l'ordonnance est-ce que tu as remarqué s'il y avait une classe de médicaments plus modifiée que les autres ? Des diminutions, des ajouts, des retraits...

M17: Y a un peu de tout, parfois y a des retraits et là c'est vraiment confortable parce que ça veut dire qu'ils ont pu soit prendre la responsabilité soit faire le tri sur les médicaments, ça c'est super. Des changements de famille, alors là je sais pas en gériatrie mais souvent à l'hôpital en général je pense il y a les IPP ils ont que quelques IPP parce que le labo leur donne gratos ou presque donc ils ressortent avec l'IPP qui n'est pas celui que j'avais prescrit. Voilà donc ça m'énerve un peu sur le principe mais en pratique ça change pas grand-chose. Après y a des ajouts de médicaments en fonction au final du motif d'hospit. C'est rare qu'ils découvrent un truc que j'avais pas vu parce qu'en général je suis vigilant mais plus des trucs liés à l'hospit.

E : Tu dirais qu'en gériatrie ils arrêtent quoi comme traitement que toi t'as pas réussi à arrêter ?

M17: Euh là comme ça je sais pas (réflechit) euh non je vois pas.

E : Quand l'ordonnance a été modifiée, comment en es-tu informé ?

M17 : Soit par courrier avec le compte-rendu de sortie d'hospit ou…

E : Les raisons des changements sont expliquées dans le courrier ?

M17: Non pas toujours, d'ailleurs j'ai un exemple récent ou j'avais dû mettre un IEC à une patiente et on l'a arrêté sans que je sache pourquoi. Et on a compris à posteriori ou on a dû l'appeler je crois. Oui j'ai dû appeler pour savoir pourquoi et c'est comme ça que j'ai compris qu'ils l'avaient arrêté parce qu'elle toussait et qu'ils ont fait le lien avec l'IEC. Ce dont je n'étais pas sûr mais bon peu importe. Donc souvent ils n'expliquent pas, c'est plutôt rare. Ils argumentent rarement leurs choix.

E : Est-ce que ça t'arrive de revoir le patient avant d'avoir le compte-rendu ?

M17: Sauf si on n'est pas avec le truc informatisé, d'autres hôpitaux ou que j'ai reçu le courrier par papier et que j'ai trainé un peu pour ouvrir le courrier, mais c'est assez peu souvent, c'est pas fréquent.

E : Le système informatique fonctionne bien ?

M17: Oui assez bien.

E : Quand ton patient revient et que son ordonnance a été modifiée, est-ce que tu trouves que les modifications ont été pertinentes ?

M17: En gériatrie oui. La plupart du temps je pense oui

E : Tu les trouves adaptées à tes patients ?

M17: Sauf dans certains cas très précis comme les anti-cholinéstérasique où je suis pas trop d'accord, mais ça c'est plus une philosophie de prescription ou de lecture peut-être.

E : Tu trouves qu'ils ont tendance à en mettre ?

M17: Oui, mes lectures me poussent à croire qu'il y en un bon paquet qui n'ont pas amené des preuves tangibles et à l'hôpital je sais pas pour quelle raison mais ils ont tendance à être très prescripteurs, comme toujours à l'hôpital, ça c'est pas qu'en gériatrie. Je sais pas pour quelle raison, ils se sentent obligés parce que sinon… comment dire…

E : On a l'impression qu'ils ne font rien ?

M17: Oui, voilà, ou parce qu'ils n'ont pas les mêmes lectures ou parce que le représentant du labo est très très efficace, ça je sais pas. En tout cas oui y'a des fois où je suis pas d'accord, et ça m'est arrivé de dire au patient que c'était discutable et de donner moi mon point de vue.

E : C'est pas parce que c'est l'hôpital qui prescrit que c'est forcément mieux.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M17: Oui ça c'est clair.

E : Et du coup c'est quoi tes lectures ?

M17: Prescrire, forcément. En même temps à part eux qui va remettre en cause les traitements ? C'est Prescrire et c'est des formations continues mais j'en fais quasiment qu'en pédia donc ça me sert pas pour la gériatrie.

E : Est-ce que ça t'arrive que la nouvelle ordonnance du patient te mette en difficulté ? Que ce soit un manque de connaissance vis-à-vis du médicament ou bien que ça te mette en difficulté dans ta relation avec le patient ?

M17 : Non, parce que le manque de connaissance ben il suffit que j'aille lire dans le Vidal et je trouve à peu près tout ce dont j'ai besoin. Quand j'ai vraiment besoin je vais lire le Vidal et fouiner dans Prescrire ce qu'ils disent sur le médicament. Alors du coup je sais plus, c'était pas un patient très âgé mais j'ai été très mal à l'aise récemment. Un nouveau patient qui venait chez moi et qui avait sur son ordonnance un biphosphonate que je connaissais pas, donc je suis allé fouiner sur Prescrire qui avait l'air de dire que c'était franchement pas celui-là qu'il fallait mettre si tant est qu'il y avait besoin d'en mettre un, et c'était son rhumatologue qui lui avait prescrit et moi j'étais son nouveau médecin vu 2 fois donc c'est compliqué parce tu connais pas le patient et c'est compliqué de rentrer dans une éventuelle opposition, d'un autre côté ca m'embête beaucoup de renouveler un médicament dont je ne suis pas convaincu. Mais bon du coup je mets de l'eau dans mon vin, je renouvelle, de toute façon le patient voit bien que j'imprime mon truc Prescrire et puis de toute façon je pars du principe qu'on en reparlera la prochaine fois et que je creuserai plus. Après j'ai pas toujours le temps. Après sinon non je suis rarement mal à l'aise, et puis je dis ce que je pense et puis je ne suis pas extrémiste non plus. Je vais pas aller me bagarrer avec les patients parce que je suis pas d'accord avec l'ordonnance, je vais pas aller être non déontologique en critiquant ouvertement ce qu'ont fait les médecins de l'hôpital, donc non le plus souvent ça se passe bien.

E : Ça t'arrive de parfois rappeler l'hôpital pour avoir des compléments d'informations ?

M17: C'est rare si j'ai besoin, mais si j'ai besoin d'informations je le fais.

E : Quand toi a posteriori t'as ton patient qui sort de gériatrie, il revient te voir avec son ordonnance, est ce que t'es amené à distance à rechanger des choses ?

M17 : Oui. J'ai pas d'exemple précis, mais oui, si besoin je le ferai.

E : Qu'est ce qui va influencer tes rechangements ?

M17: Soit un effet indésirable du nouveau médicament, soit que j'ai des gros doutes sur l'indication, soit que l'indication a évolué. Ça peut être les mêmes raisons que n'importe quel changement de n'importe quelle ordonnance de n'importe quel patient. Y'aura pas de chose spécifique au post-hospit.

E : Tu n'es pas parfois gêné de changer un médicament mis en place par le gériatre à l'hôpital en te disant s'ils ont fait ça ils doivent avoir leurs raisons ?

M17: Ca dépend des thématiques si je suis à l'aise ou pas. Si c'est un traitement antihypertenseurs je suis hyper à l'aise donc ça non je considère que non ils doivent pas être meilleurs que moi. J'aurai du mal à changer le traitement du cardiologue mais le gériatre bon voilà… Donc non je serai pas mal à l'aise après y'a des thématiques comme la rhumato où je suis un peu moins compétent, un peu moins à l'aise et là j'aurai un peu plus de mal et encore je sais pas.

E : Est-ce que ça t'arrive de rechanger parce que le patient te demande ou sa famille ?

M17 : Ca dépend quoi, si c'est une babiole, si c'est changer un IPP pour un autre, ça va leur faire trop plaisir parce qu'ils sont persuadés que celui-là va mieux oui, après je suis pas là pour faire plaisir au patient si ça va pas dans son intérêt. Si c'est pas dans leur intérêt non jamais

E : Oui mais c'est pas toujours facile, parfois ils peuvent être insistants quand ils reveulent leur cachet d'hypnotique ou de benzo, ils peuvent être...

M17: Ah ça c'est autre chose, c'est un exemple précis. S'ils avaient un hypnotique depuis toujours, l'hôpital l'a enlevé parce qu'ils le font et que le patient ne dort plus du tout ben je vais sûrement leurs remettre un hypnotique sauf si y'a eu des chutes confirmées ou quelque chose de confirmé. Mais les hypnotiques malheureusement… c'est hyper compliqué, quand ils l'ont depuis 20 ans, j'ai le beau discours de leur rappeler pourquoi c'est dangereux mais je perds pas trop de temps là-dessus parce qu'en général on n'y arrive pas… je suis un peu pessimiste mais bon. C'est la réalité.

E : A l'hôpital ils sont plutôt bien encadrés, moins angoissés donc ça se passe mieux et puis ils rentrent à la maison et c'est plus compliqué.

M17: Oui et à l'hôpital ils peuvent aussi ne pas forcement entendre la plainte du patient ou ne pas avoir l'écoute qu'a le médecin généraliste. Si la personne n'a pas dormi on lui dit « ben ça ira mieux demain », moi je suis pas comme ça avec mes patients.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E : Les patients te disent qu'ils ont l'impression qu'à l'hôpital on les écoute pas ?

M17: Ben c'est pareil en gériatrie je sais pas parce qu'en gériatrie, sauf certains, ils sont contents d'être bichonnés, chouchoutés pendant 15 jours. En gériatrie je sais pas, mais globalement ils disent pas qu'ils sont moins écoutés qu'ici, mais je crois qu'ils sont bien écoutés ici et je crois qu'ils sont pas toujours bien écoutés à l'hôpital…

E : Ça t'arrive qu'ils te demandent de remettre comme tu disais l'IPP pour lequel ils pensent qu'il est plus efficace, ou alors de remettre les noms des médicaments qu'ils avaient avant sur l'ordonnance même si en sortie c'est la même classe ?

M17 : Mettre le nom du princeps au lieu de la DCI ?

E : Oui, et puis à l'hôpital parfois les molécules sont changées parce qu'elles sont pas dispo à la pharmacie, est-ce que des fois ils réclament en sens inverse qu'on leur remette leur traitement d'avant ?

M17: Ah mais moi ça m'arrive de remettre le traitement d'avant d'office soit parce que je pars du principe qu'ils en ont encore à la maison et que ça va faire moins de boîtes, moins de mélanges, oui je pars du principe qu'il vaut mieux qu'ils aient le moins de noms différents à la maison, déjà que c'est compliqué, qu'en changeant de marque de générique ça change d'emballage et c'est déjà compliqué pour eux, donc moi typiquement les IPP je repasse à ceux d'avant. En fait j'ai mon ordonnance qui est préenregistrée donc je modifie ce qui a du sens pour moi, le reste je modifie pas parce que j'estime que c'est pareil et si ça pose soucis on changera après, mais a priori j'essaye de rester sur mon ordonnance.

E : Est-ce que pour toi les gériatres ont une valeur ajoutée, pour la réévaluation de l'ordonnance ?

M17: Par rapport à moi ? Ben oui.

E : Par rapport aux généralistes.

M17 : Ah ben oui, sauf si c'est un médecin généraliste qui est à fond sur de la gériatrie, ils se forment beaucoup là-dedans, j'en suis pas sûr je pense pas, mais par rapport à moi oui, parce que j'oriente pas beaucoup ma formation là-dessus et j'ai pas beaucoup de gériatrie donc… Je me débrouille bien parce que je prends mon temps et que je suis consciencieux mais je suis pas hyper compétent à la base.

E : Et pour toi est-ce qu'ils ont aussi un autre rôle en plus du médecin généraliste autre que sur les médicaments ?

M17: Oui sur certains diagnostics spécifiques en gériatrie, moi j'envoie à l'hôpital en gériatrie en consultation mémoire quand il y a des doutes sur des débuts de démence, oui c'est surtout pour ça. Si, je pourrais être amené à le faire aussi quand ça devient vraiment complexe, qu'il y a déjà une polypathologie complexe plus l'âge qui se surajoute avec tous les éléments plus compliqués liés à l'âge, ça peut m'arriver de demander pour faire un peu une synthèse. Ou ça m'est arrivé y'a pas longtemps de faire hospitaliser un monsieur pour une altération de l'état général où y'avait un peu tout qui se mélangeait et donc je l'ai envoyé en gériatrie pour bilan, et là je considère qu'il y a une plus-value. Mais est-ce que c'est parce que c'est des gériatres ou parce que c'est le bilan hospitalier, j'aurais pu l'envoyer en rhumato je pense que j'aurais eu à peu près les mêmes réponses avec moins l'orientation gériatrique de savoir rester aussi modéré sur la iatrogénie, ouais donc en fait je pense qu'ils ont quand même une plus-value.

E : Toi dans ta pratique de tous les jours, pourquoi est-ce que tu essayes de diminuer le nombre de médicaments, c'est dans quel but ?

M17: De simplifier l'ordonnance et de limiter le risque d'erreurs et de limiter les interactions, enfin c'est prouvé que plus y en a plus y'a de risques. C'est tout, enfin je le fais pas pour faire des économies de la santé, pas en premier en tout cas, je fais d'autres choses pour les économies de santé que de diminuer les ordonnances gériatriques !

E : Est-ce que pour toi le temps du séjour en gériatrie a aussi un intérêt pour le coté social du patient ?

M17 : Social dans le sens ? Refaire le point sur les besoins ?

E : Oui, les demandes faites, les démarches ?

M17: Oui c'est même hyper important, j'ai des fois des familles qui viennent me dire par exemple que la mamie est hospitalisée, je leur dis « pensez bien à tout checker au niveau assistante sociale et niveau aide », parce que moi je me mélange un peu les pinceaux dans les différentes aides, à qui faut demander quoi et puis ça m'intéresse pas du tout. Je fais ce que je peux mais ça m'intéresse pas, donc s'ils peuvent faire ça à l'hôpital c'est bien pour la dame et c'est bien pour moi. Enfin pour la dame ou le monsieur.

E : Est-ce que quand ton patient revient et que tu vois qu'il y a des modifications qui ont été faites, est-ce que ça t'apporte quelque chose pour ta pratique de tous les jours ? Pour tes autres patients ?

M17: *réfléchit* Je sais pas, ça dépend un peu, oui forcement parce que ça fait toujours une expérience de plus, parce que je savais pas comment faire et eux m'ont donné la solution, donc forcément ça me fait des pistes diagnostics ou des stratégies


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

un peu plus dans la tête éventuellement. Après c'est tellement fréquent que les patients soient hospitalisés pour de la pathologie infectieuse qui se surajoute, et ça ils vont pas m'apprendre à soigner une pneumopathie, ou tout ce qui va autour de toutes les complications autour de la prise en charge.

E : En gériatrie même quand ils rentrent pour un motif infectieux, bien souvent après y'a un tri qui se fait sur l'ordonnance, ça peut être l'occasion de faire un point sur l'ordonnance.

M17: Oui c'est sûr quand on voit l'ordonnance allégée ça nous soutient dans l'idée que l'objectif c'est quand même, et qu'on peut le faire et que parfois y'a pas forcément besoin d'un gériatre et qu'on peut le faire nous, donc oui dans ce sens-là ça m'apporte je pense.

E : On disait tout à l'heure que parfois tu vas avoir plus tendance à respecter l'ordonnance du cardiologue que du gériatre.

M17 : Pour un traitement antihypertenseur oui… après ça dépend pourquoi.

E : Pourquoi tu vas avoir moins de difficultés à modifier le traitement du gériatre que celui d'un autre spécialiste ?

M17: Parce que le spécialiste il est spécialiste dans son truc donc il est censé être notre expert de référence et qu'il est censé être plus compétent que nous, en théorie. Le gériatre, pour de la gériatrie pure j'aurais tendance à considérer qu'il est plus compétent que moi, pour de la cardiologie je sais pas, parfois oui, parfois non, je suis pas certain.

E : Est-ce que c'est interlocuteur dépendant ? Est-ce qu'il y'a certains gériatres tu vas dire « ha ben c'est lui donc je laisse » comme il a mis parce que j'ai plus confiance, alors que lui je le connais moins ?

M17: En l'occurrence je les connais pas, parce qu'il y a eu un turn-over assez important à l'hôpital de Y1 et puis le fait que j'ai une patientèle limitée en gériatrie fait que je les connais pas, sinon oui. En théorie oui, pour toutes les autres spécialités clairement, y'a des médecins où je remettrais pas en cause, et d'autres oui. Et puis j'ai pris l'exemple de l'hypertension et de l'insuffisance cardiaque parce que c'est un truc ou je suis particulièrement à l'aise, et c'est un exemple très précis sinon j'ai rarement la prétention de remettre en cause.

E : C'est fonction des domaines privilégiés.

M17: Oui, voilà

E : Quand tes ordonnances sont modifiées par le gériatre, qu'est-ce que ça te fait ? Qu'est-ce que tu ressens ?

M17 : Ca dépend de la raison, quand je vois que clairement j'avais pas été vigilant, je sais pas moi je vais prendre un exemple bête, quand j'avais pas fait gaffe à l'Allopurinol en fonction de la créat j'aurais dû passer à la dose du dessous, je vais être vraiment content que ça ait été fait, un tout petit peu énervé contre moi et vexé de me dire « t'as pas été bon là », donc c'est plutôt positif, un peu vexé, enfin non pas vexé, plutôt énervé contre moi. Et après des situations où je suis pas d'accord avec la prescription, ce qui est rare mais qui peut arriver je vais avoir un peu un sentiment d'agacement, d'énervement contre l'hôpital en disant « ils ont jugé à la va-vite ». Parfois aussi ce qui est énervant c'est que t'envoies un patient ou il est hospitalisé pour un truc précis et t'as l'impression qu'ils répondent à coté, ils mettent un nouveau traitement et t'as clairement l'impression que ça été vraiment un manque d'écoute très très clairement.

E : Et t'as l'impression finalement que le patient ressort avec le même problème ?

M17: Oui, quasiment. Et ça c'est compliqué.

E : Et tu penses que c'est parce qu'ils n'ont pas su écouter, que le patient n'a pas su dire quel était le problème, enfin pourquoi ils sont passés à côté du problème ?

M17: Peut-être un petit défaut d'écoute et peut- être qu'ils avaient une idée en tête après avoir entendu le patient comme ça peut souvent nous arriver en médecine on sort avec notre diagnostic bille en tête et on va aller dans notre truc sans vraiment critiquer notre idée initiale et je pense que ça ça arrive, ça arrive de temps en temps, même à l'hôpital, moins en gériatrie que dans d'autres services soit parce que le séjour est plus long et on n'a plus le temps d'avoir un peu plus de recul, peut-être plus de médecins qui s'en occupent, une équipe plus grande qui va graviter autour, qui va prendre des décisions peut-être un peu plus commune, soit ça soit un peu plus d'écoute, ça je ne sais pas. Ou plus de temps. Je trouve que ça arrive moins en gériatrie que dans d'autres services.

E : Tu as l'impression qu'en gériatrie les prises en charge sont faites de manière plus collégiale que dans d'autres spécialités ?

M17: C'est plus une idée que je me fais parce qu'en fait j'en sais rien du tout !

E : Ok.

M17: Je sais pas, je sais même plus si j'ai fait de gériatrie dans mon internat (réfléchit). Non j'ai pas fait de gériatrie pendant mon internat donc je sais pas comment ça se passe. J'ai espoir secret que… Non je pense que c'est lié à la durée du séjour. Je me dis que quand le patient reste 15 jours, il va y avoir pas mal de relève, pas mal de médecins qui vont s'en occuper, je


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

me dis qu'en 15 jours ça ne peut pas toujours être le même médecin, donc je me dis que les décisions seront prises de manière un peu plus globale qu'un séjour de 3 jours ou ça peut être le même médecin avec un tour à la va-vite.

E : Oui en 3 jours on voit un problème et puis voilà. Est-ce que tu verrais des pistes d'amélioration dans la communication entre la ville et l'hôpital, ou tel que c'est aujourd'hui ça te va ?

M17: Ça va pas trop mal surtout avec l'hôpital de Y1 en tout cas. Parfois ça pourrait être utile de mieux peut-être argumenter certaines modifications et ce serait sans doute plus efficace parce que ça me pousserait sûrement à comprendre pourquoi c'est fait et à insister auprès du patient, parce que c'est sûr qu'on a une influence sur le patient qui est importante, super importante.

E : Ça arrive que ton patient vienne en disant « non mais ils m'ont mis ça, mais de toute façon je ne le prends pas » ?

M17: Oui, ah bah oui.

E : Et en fait ils viennent chercher ton avis ? Ils viennent voir leur généraliste pour avoir l'avis de leur médecin de tous les jours ?

M17: Soit ça, soit ils me signalent parce qu'ils savent qu'ils peuvent tout me dire et ils me le signalent pour que je le sache et la plupart du temps j'explique à quoi ça sert et que c'est pas pour rien qu'on leur a donné, voilà.

E : Est-ce que tu as l'impression que du fait qu'ils connaissent peut-être moins le médecin de l'hôpital ils vont être moins ouverts ?

M17: Oui, peut-être ou c'est parfois un manque d'explications, on leur donne les médicaments sans qu'ils sachent pourquoi et du coup…

E : C'est vrai que dans le fonctionnement de l'hôpital, c'est l'infirmière qui donne le traitement alors que si à la maison ils sont autonomes pour le traitement…

M17: C'est clair, je pense que si on leur expliquait à quoi ça sert ils le prendraient en fait

E : Donc pour toi c'est surtout un manque de communication, d'explications ?

M17: Oui je pense. Parce qu'après y'a des patients qui ne seront jamais contents ou qui vont s'opposer pour autre chose, mais même eux on arrive à leur faire prendre.

E : Il me faudrait ton âge !

M17: 35.

E : Ville de Y1. Ton pourcentage de patient de plus de 70 ans tu dirais combien ?

M17 : Euh, je peux regarder sur le logiciel, mais comme ça a la louche … de plus de 70 ans ?

E : Oui c'est comme ça sur les relevés SNIR. Parce qu'on peut en avoir peu mais vu qu'on les voit souvent on a l'impression d'en avoir beaucoup !

M17 : Oui c'est ça parce que j'en ai pas beaucoup mais c'est ceux que je vois tout le temps ! En pourcentage de plus de 70, je dirais 10 %.

E : C'est déjà pas mal. Du coup tu disais que tu n'avais pas eu de formation en gériatrie ?

M17: Si j'en ai déjà fait mais ça fait quelques années que je n'en n'ai pas refait.

E : Mais pendant ton externat-internat t'es pas passé en gériatrie ?

M17: En externat si, en internat non.

E : Est-ce que tu fais des visites à domicile ?

M17 : Très peu, pour les rares qui ne peuvent pas venir. J'essaye au maximum de les faire venir.

E : Est-ce que pour toi c'est une difficulté les visites à domicile ?

M17 : Oui c'est difficile, à la fois j'aime bien je trouve que c'est sympa d'aller voir chez les gens comment ça se passe et à la fois c'est difficile parce que ça prend un temps fou, au lieu de gérer le problème en 20 min, ça prend une demi-heure, trois quart d'heure, c'est difficile à caser donc heureusement que j'en ai pas trop.

E : Donc c'est plus un problème d'organisation pour toi, c'est pas un problème d'accès à l'information ?


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M17: Non parce que j'ai un petit cahier ou je note tout, toutes mes observations, mes ordonnances donc je trouve pas qu'il me manque des choses, peut-être les courriers mais bon…

E : Donc pour toi c'est plus une question d'organisation ?

M17: Oui, ça c'est pas le pire.

### 7.3.18 Entretien 18

E : Le sujet c'est la perception des généralistes des modifications d'ordonnances faites par les gériatres.

M18 : Ok.

E : C'est d'abord au sujet de tes patients gériatriques tout-venant, puis des questions sur les patients qui passent par un service de gériatrie puis après l'hospitalisation.

E : D'une manière générale tes patients âgés de plus de 75 ans, comment fais-tu pour réévaluer leur ordonnance, est-ce que tu as une technique, à quelle fréquence… ?

M18 : En général je les vois tous les 3 mois, ensuite ils n'ont pas des prises de sang tous les 3 mois, tout dépend de leurs pathologies, s'ils ont un diabète effectivement là c'est plus fréquent, et puis j'adapte leur traitement en fonction de l'examen clinique, leur tension artérielle, le diabète et de leurs plaintes. (rire)

E : utilises-tu des outils d'aide à la prescription ?

M18 : (réfléchit). Oui bien sûr parce que c'est assez général, pas à chaque consulte, mais quand j'ai besoin j'hésite pas à aller voir ou à demander conseil.

E : A qui demandes-tu conseil ?

M18 : Au spécialiste qui les suit ou qui les suit pas encore ! (rire) Ou à mes collègues.

E : Est-ce qu'il y a des choses qui pourraient te limiter dans la réévaluation ?

M18 : *réfléchit*

E : Mais c'est pas obligatoire ! Si par hasard ton patient est hospitalisé en gériatrie que ce soit après un passage aux urgences ou parce que tu l'as adressé, comment es-tu au courant de cette hospitalisation ?

M18 : Soit c'est moi qui les ai adressés, soit y'a eu un évènement aigu, une chute, en général la famille appelle et soit on les voit rapidement soit si ça nécessite une hospitalisation et on peut pas y aller, là voilà, on va décider d'appeler une ambulance et d'aller aux urgences.

E : Et si jamais ça se passe un week-end, ou que tu n'es pas là et qu'ils vont d'eux-mêmes aux urgences, derrière t'es pas forcement au courant de leur hospitalisation ?

M18 : C'est vrai, pas à chaque fois. Effectivement la famille des fois ne transmet pas forcément oui.

E : Est-ce que ça t'arrive que l'hôpital t'appelle pour avoir des informations sur le patient ?

M18 : Oui ça arrive qu'ils appellent.

E : C'est fréquent ?

M18 : Pas souvent non.

E : Tu y trouves un intérêt ?

M18 : Oui bien sûr, quand ce sont pas des patients qui ont des suivis par d'autres…, qui n'ont jamais hospitalisés ou pas souvent, quand il y a une problématique de maintien à domicile, ou de prise en charge, de maintien à domicile difficile, un contexte familial…

E : Ça te permet de donner quelques infos.

M18 : Oui voilà, de rajouter des choses, surtout s'ils sont arrivés par les urgences, enfin par eux-mêmes sans qu'on ait pu faire de courrier.

E : Ca ne te dérange pas quand on t'appelle ?

M18 : Non ! Au contraire.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E : C'est du temps gagné pour après !

M18 : Oui c'est ça.

E : Quand le patient sort de l'hôpital comment es-tu averti ?

M18 : Ben souvent ils appellent et demandent une visite à domicile, parfois rapidement après le retour à domicile car il y a déjà des choses qui clochent (rire) ! Là récemment j'ai un patient qui revenait du court séjour gériatrique et 2 jours après il m'appelle parce qu'il avait mal au bras, soi-disant il avait déjà mal là-bas mais ils avaient rien fait soi-disant. Et puis sinon ils aiment bien quand même qu'on revienne voir, les nouvelles ordonnances effectivement, les modifications et puis refaire le point.

E : C'est plutôt le patient qui informe et qui dit je veux voir revoir.

M18 : Que le service, oui. En général les recommandations de l'hôpital c'est, ils font des ordonnances d'un mois et vous revoyez votre médecin.

E : Et la plupart du temps tu vois le patient avant d'avoir le courrier.

M18 : Oui ça peut arriver que je reçoive le courrier beaucoup plus tard. J'ai eu un patient la celui dont je te parlais il a eu une ordonnance pour des injections de Ceftriaxone et je ne sais pas pourquoi et puis j'ai eu le courrier quelques jours après et ils l'ont mis sous antibiotiques pour une CRP élevée sans point d'appel. Voilà ! Donc bon…

E : Mais c'est pas si rare que ça que tu voies le patient avant le compte-rendu.

M18 : Malheureusement.

E : Quand tu arrives et que tu vois la nouvelle ordonnance, tu arrives à te débrouiller pour comprendre ce qui s'est passé ?

M18 : Oui alors soit elle n'a pas été modifiée, bon voilà, soit c'était je savais pourquoi je l'avais adressé donc voilà, et puis là comme certains patients qui vont le week-end et ben on sait pas trop des fois.

E : Une fois que tu reçois le courrier, les changements de traitements sont expliqués ?

M18 : Oui en général c'est bien expliqué, traitement d'entrée, traitement de sortie.

E : Pendant l'hospitalisation du patient ça t'arrive qu'on t'appelle pour te demander ton avis sur un nouveau traitement ou sur un changement ?

M18 : Non, en tout cas j'ai pas eu dans mes patients.

E : Et est-ce que ça t'intéresserait parfois qu'on te sollicite pour avoir un avis sur ton patient ?

M18 : Alors par contre j'ai des fois des patients qui m'appellent, ils étaient hospitalisés en chirurgie ou la famille des patients pour me dire « ah ben ils l'ont mis sous truc mais il tolère pas bien, vous pouvez pas les appeler, ils l'ont mis sous antalgiques, il me semble qu'une fois vous lui aviez prescrit un antalgique qu'il n'avait pas bien supporté et là il me semble qu'ils lui ont prescrit et ça va pas ».

E : Ok, mais sinon ça ne vient jamais de l'hôpital ?

M18 : Non.

E : Ou pour une mise sous anticoagulant.

M18 : Non pas avec moi (rire). Par rapport aux risques de chutes etc.

E : Oui par exemple parce que parfois l'indication est un peu limite.

M18 : Non.

E : ça t'intéresserait parfois qu'on te demande ton avis ?

M18 : Non je pense qu'ils peuvent l'évaluer eux aussi, si le patient reste un temps suffisant, s'il a un bilan.

E : T'estimes qu'ils arrivent à suffisamment connaître le patient durant le temps du séjour ?

M18 : Oui pour certains médicaments oui.

E : Et quand du coup le patient rentre à la maison, que tu le revois avec ou sans courrier et que l'ordonnance elle a été modifiée par rapport à ton ordonnance initiale, en général qu'est ce qui a été modifié ? Est-ce que tu as remarqué qu'il y avait une classe particulière, des ajouts, des retraits ?


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M18 : Parfois ils épurent un peu, des choses qu'ils enlèvent.

E : Qu'est ce qu'ils enlèvent le plus ?

M18 : Alors j'en ai pas beaucoup mais j'ai certains patients qui peuvent être sous Ginkobiloba, donc voilà. (Réfléchit). Après c'est des modifications de doses parfois dans les diurétiques etc, c'est pas… J'ai un patient qui était sous Mianserine par exemple et qui a été arrêté pendant le temps de l'hospitalisation.

E : D'accord.

M18 : C'est plutôt des médicaments a visé neurotrope ou psychotrope voilà.

E : C'est plutôt freiné ou augmenté ?

M18 : C'est plutôt freiné ou alors changé voilà.

E : Et du coup quand tu retournes voir le patient, qu'il a sa nouvelle ordonnance, est-ce que tu trouves que les modifications qui ont étés faites sont pertinentes pour ton patient ?

M18 : (réfléchit) Oui et non ça dépend.

E : Ca dépend de quoi ?

M18 : Des patients.

E : Y a des fois ou tu te dis qu'ils n'auraient pas dû modifier ?

M18 : Oui, après je vais pas forcément leur remettre tout de suite, j'attends de voir comment ça se passe.

E : Pourquoi parfois c'est pas que tu n'es pas d'accord mais c'est quelque chose que tu n'aurais pas fait ?

M18 : Ben parce que oui effectivement ils ne connaissent peut-être pas le patient et les raisons pour lesquelles le traitement avait été instauré initialement et ben ce que ça a pu, ce qu'on avait pu constater dans le bénéfice, voilà.

E : Donc c'est des médicaments, ils ne savaient pas pourquoi ils avaient étés introduits ?

M18 : Oui, voilà comme les antidépresseurs, même si on essaye de ne pas trop en mettre, et parfois ils sont arrêtés un peu brutalement même à l'hôpital, et c'est vrai qu'initialement bon ça avait fait quelque chose quand même, il y avait eu un petit syndrome de glissement à un moment donné et c'est sûr qu'après il le garde sur son ordonnance un petit moment mais voilà.

Des fois y a des veinotoniques qui sont enlevés, bon voilà… et puis après y'a des patients qui sont très attachés parfois à certains médicaments de « confort » et voilà que nous on a parfois du mal à enlever et que du coup l'hôpital ça ils arrivent peut-être à parfois mieux faire passer le message.

E : Et derrière les patients ne te redemandent pas forcement leur traitement ?

M18 : Si ça arrive que certains reviennent à la charge !

E : Et du coup si tu trouves que c'est pas forcément adapté à ton patient, tu disais que tu attendais quand même un peu de voir ce qu'il se passe ?

M18 : Oui voilà j'attends un peu, en général ils ont un mois d'ordo, après moi je cours pas après pour aller les voir tout de suite, donc je leur dis on se voit dans une quinzaine de jour donc on voit.

E : Par contre qu'est-ce qui à distance peux te faire rechanger l'ordonnance ?

M18 : Parfois y'a des hypo ou antihypertenseurs qui sont diminués parce que pendant la pathologie la tension a baissé et après ça remonte donc on réintroduit, voilà. Des petites choses comme ça.

E : Qu'est-ce qui influence ta nouvelle prescription ?

M18 : Ben donc l'état clinique, et puis comme on disait la demande du patient même si on essaye de pas trop…

E : Quelle catégorie de médicaments est-ce qu'ils vont avoir le plus tendance à redemander ? Les médicaments de confort, les psychotropes ?

M18 : Oui les hypnotiques ou les benzo parfois.

E : Et ils disent quoi les patients ?

M18 : Après c'est fonction du patient…


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E : Est-ce que ça arrive que ce soit la famille ou l'infirmière qui dise « il était mieux avec le traitement d'avant ».

M18 : Ca a pu arriver mais c'est pas le plus fréquent. Là j'ai un patient qui est un peu agité, parfois il crie la nuit donc il avait des gouttes de Neuleptil, là il est revenu de l'hôpital avec des gouttes de Tercian, ben c'est pas tout à fait pareil mais l'effet n'est pas pareil sur lui. On avait l'impression enfin moi et les soignantes que le 1er traitement arrivait un peu mieux à le calmer.

E : Est-ce que tu as l'impression que tu as plus de difficultés à rechanger l'ordonnance d'un cardiologue enfin d'un spécialiste d'organe que d'un gériatre ? Ou pour toi peu importe ?

M18 : Euh…. De modifier une ordonnance qui a été faite par un cardio ou un gériatre ? Ben le gériatre de tout façon je pense qu'il prescrit souvent avec le cardio si c'est pour un traitement à visée cardio quoi donc non je considérerais pas…

E : Et est-ce que tu trouves que le gériatre il a une valeur ajoutée par rapport à ce que le médecin traitant peut faire ?

M18 : Oui, je pense que oui parce que c'est vrai que moi je suis pas mal de patient âgés mais au niveau de la prise en charge, c'est un temps qui permet de parfois réorganiser parfois les aides et les choses du domicile, que parfois nous on n'a pas toujours, bon on essaye hein mais c'est compliqué.

E : On n'a pas l'assistante sociale qui s'occupe des dossiers.

M18 : Oui effectivement et puis par rapport aux trucs spécifiques des personnes âgées, par rapport à la prévention, y'a plein de chose, voilà ils font un ensemble, un bilan nutritionnel, qu'on essaye de faire aussi hein, on dose l'albumine etc, là c'est encore plus systématique voilà, ils ont une diététicienne aussi, et puis dans la iatrogénicité aussi, les traitements je pense qu'ils arrivent… et les effets secondaires.

E : Est-ce que quand ça t'arrive que tes patients reviennent avec une ordonnance modifiée est-ce que ça t'apporte dans ta pratique de tous les jours ? Est-ce que tu as l'impression que c'est un moyen de formation on va dire ?

M18 : Oui, parfois, dans certaines prescriptions, c'est beaucoup dans les psychotropes, dans leurs habitudes à eux aussi, des habitudes de prescription pour la personne âgée.

E : Donc ça veut dire que la fois d'après quand t'as un autre patient ou tu sais.

M18 : Oui voilà quand tu sais pas par quoi commencer, ben ça peut aider.

E : Quand tes ordonnances elles ont étés modifiées, qu'est-ce que ça te fait ?

M18 : Oh ben je suis pas vexée, je me dis que peut être voilà…

E : Et quand ça a été modifié et que tu penses que c'est pas justifié ?

M18 : (rire) Oh ben je remettrai progressivement mon traitement…

E : Est-ce que tu fais des visites à domicile ?

M18 : Oui.

E : Tu en fais beaucoup ?

M18 : J'ai quelques personnes âgées, donc j'en fais 2 ou 3 par semaine.

E : Est-ce que c'est quelque chose de difficile pour toi ?

M18 : Oui quand même, tu vois la personne dans son environnement, dans son élément, mais bon on dispose pas d'une bonne table d'examen, de l'électro si on a besoin d'en faire un le jour de la visite, voilà, c'est toujours… Parfois tu as la famille, donc tu vas dans la chambre mais voilà. Pour faire un bon examen clinique c'est pas évident, t'as pas tout son dossier médical parfois de visu donc… ses examens, ses biologies, ses antécédents…

E : Logistiquement parlant c'est plus compliqué.

M18 : Oui voilà.

E : Est-ce que tu verrais des pistes d'amélioration dans la communication entre l'hôpital et le généraliste ?

M18 : (Réfléchit) De toute façon c'est impossible qu'ils appellent chaque médecin de toute façon pour chaque patient. Les comptes-rendus sont assez bien faits quand même, même si parfois ça arrive qu'on les reçoive un peu tard.

E : Pour toi les comptes-rendus ils ont les bons formats, la bonne longueur ? Ils sont suffisamment détaillés ?

M18 : Oui ben moi je trouve en tout cas, je parle de M1 parce que c'est plus là-bas qu'ils sont hospitalisés. On arrive bien à les joindre, parce que ça m'est arrivé de les appeler et d'avoir aussi des conseils, y'a l'équipe mobile aussi alors on l'utilise pas


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

suffisamment c'est vrai que j'y pense pas assez souvent et puis y'a l'équipe de géronte-psychiatrie aussi qui peut aider. Quand même, je pense que bon ils ont quand même une bonne équipe, y'a pas mal de chose en place, disponible et les hôpitaux locaux, l'hôpital de D2 ou de E2, on n'est pas seul et on arrive à bien communiquer il suffit d'appeler, de prendre le temps.

E : Est-ce que tu as des patients en maison de retraite ?

M18 : Non, pas de maison de retraite.

E : Donc finalement si c'était possible parfois d'être un peu plus appelée pour être tenue au courant de l'évolution du patient ?

M18 : Oui, après quand ils sont hospitalisés je les laisse gérer aussi ! Après s'ils ont besoin, je suis là pour des infos etc.

E : C'est l'intérêt de l'hospitalisation de faire le point.

M18 : Oui un œil nouveau et les examens plus facilement.

E : Oui c'est sûr.

M18 : Oui les déplacements c'est pas évident.

E : Ça c'est un frein tu trouves pour les patients ?

M18 : Oui c'est vrai, parfois ils rechignent un peu peut-être.

E : Alors qu'une fois qu'ils sont là-bas on leur fait tout. Le patient quand il a sa nouvelle ordonnance en sortie d'hôpital, il te dit ce qu'il en pense ?

M18 : Euh… parfois.

E : Parce qu'ils s'en fichent ou parce qu'on leur a pas expliqué ?

M18 : Parce qu'on leur a pas expliqué. Ils disent « ah bon oui d'accord », parce que parfois pas tous hein, c'est des médicaments préparés dans des piluliers par des infirmières donc ils se rendent même pas compte, un truc en plus, un truc en moins ? Digoxine, hémigoxine ils font pas la différence, voilà… Pas toujours au courant des modifications.

E : Et quand y'en a quelques-uns qui prennent eux-mêmes leurs médicaments ?

M18 : Oui ben là on leurs explique un peu plus, « oui ils m'ont arrêté ça... ».

E : Le patient est-ce qu'il va critiquer ?

M18 : Non.

E : Parfois ils sont attachés à leur traitement, c'est le cardiologue qui l'a mis il y a 30 ans, « ils me l'ont arrêté » ?

M18 : Oui, non ça va, ça les perturbe pas trop.

E : Ils acceptent les changements ?

M18 : Oui, oui.

E : Est-ce qu'il arrive qu'il y ait des soucis en fonction du nom de la molécule, que ce soit la même classe mais pas la même molécule et du coup le patient il prend plus ?

M18 : Oui, avec les génériques aussi.

E : Dans ce cas-là qu'est-ce que tu fais ? Tu remets le nom qu'il connaît, tu expliques ?

M18 : J'explique, et après c'est la pharmacie. Ou après je mets sur l'ordonnance au crayon de papier le nom de l'ancien, je réécris pas forcement le nom du princeps. Une fois qu'on leur explique ça leur suffit.

E : Alors il me faudrait ton âge ?

M18 : 43 ans.

E : Depuis quand es-tu installé ?

M18 : J'étais pas ici avant, j'ai été ** ans avant ailleurs et la ça fait 4 ans je crois, 3-4 ans…

E : As-tu une idée de ton pourcentage de patients de plus de 70 ans ?

M18 : Je saurais pas dire… peut-être 30 %, j'en ai beaucoup quand même.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E : Après tu es en rural. As-tu eu une formation en gériatrie ?

M18 : Non, j'ai jamais fait de stage en gériatrie. Après je réfléchis parce que c'est loin maintenant, j'ai été en médecine interne, en cardio…. De toute façon y'a des patients âgés de partout. J'ai remplacé un peu en maison de retraite, enfin à l'hôpital local de D2 en EHPAD et SSR.

E : Est-ce que tu fais des FMC ou autre orientées en gériatrie ?

M18 : Non j'en ai pas fait.

### 7.3.19 Entretien 19

E : [le médecin m'énonce l'énoncé de notre sujet de thèse juste avant que j'enregistre] C'est ça ! Comme ça de premier jet, il y a quelque chose qui vous venait, ou ?... Sur ce sujet-là ?

M19 : (réfléchit) De façon spécifique non. Après je pense que plus il y a de paires d'yeux qui regardent une ordonnance, moins on va vers l'incident je pense. Donc voilà.

E : Donc ça serait plutôt une aide pour vous qu'autre chose.

M19 : Oui voilà, une critique constructive.

E : Comment ça se passe en gros quand vos patients ils rentrent de court séjour gériatrique ?

M19 : Ben ils viennent me voir. Bien souvent j'ai reçu le compte rendu d'hospitalisation. Du coup je vois ce qu'ils ont eu, ce qui a été fait. De temps en temps il y a des choses à organiser : un doppler, ou une écho, ou... Voilà. Et puis souvent l'ordonnance, il y a un copier/coller dans le compte-rendu. Voilà.

E : C'est plutôt clair ?

M19 : Ah bah oui !

E : Les raisons des changements quand il y en a sont claires pour vous ?

M19 : Ben ça dépend, globalement oui. Globalement oui c'est assez bien fait. Et puis maintenant les comptes-rendus je trouve sont ciblés appareil par appareil. Du coup c'est « sur le plan locomoteur, sur le plan mnésique, sur le plan urinaire, sur le plan biologique » du coup c'est bien cadré je trouve.

E : C'est bien aidant. Ça vous aide dans votre…

M19 : Ouais.

E : Et est-ce que ça vous arrive parfois, enfin dans quel délai vous avez le compte-rendu ? En fait vous voyez le patient avant d'avoir le compte-rendu du coup ?

M19 : Non souvent j'ai le compte-rendu avant.

E : Et il est pas long à arriver du coup ?

M19 : Euh non.

E : Combien de temps à peu près ?

M19 : (réfléchit) Ben là aussi ça dépend des sites hein, d'accord ? Il y a… Les comptes-rendus en général des centres de rééducation c'est assez rapide. Et les courts séjours… A R1 c'est assez long. Par exemple. Voilà.

E : D'accord. Et toujours par courrier ?

M19 : J'ai toujours reçu par courrier oui.

E : Pas par mail ou par autre ?...

M19 : Ben par mail pour l'instant non ça marche pas.

E : Il y a déjà eu des essais et ça a pas marché ?

M19 : Après ils m'ont jamais demandé mon mail pour que ça aille plus vite, pour que ce soit gratuit, jamais. Avec Q1 on a les comptes-rendus de consultation et d'hospitalisation par mail. Et ça c'est illico presto, c'est immédiat, c'est super. Ça marche bien. Et voilà. Après certains spécialistes m'envoient par mail. Mais pareil c'est sur un courrier postal une fois ils m'avaient demandé mon mail je leur ai donné et ça y est maintenant c'est fait ! Voilà.


(CC BY-NC-ND 2.0)

E : Ça se fait facilement. Et comment elles sont leurs ordonnances justement à la sortie en général ? Pour vous ?

M19 : (réfléchit) Normales. (rires).

E : Est-ce qu'elles sont modifiées, ou pas ? Si elles le sont est-ce qu'il y a plus de choses, moins de choses ?

M19: Il y'a pas forcément… Il y a souvent de la vitamine D en plus. (rires) Bien souvent ils modifient des traitements parce qu'ils l'ont pas dans leur pharmacie à eux. Genre Coversyl ils le changent avec un Triatec. D'accord ? Ils restent en général dans la même classe, mais ils nous disent pas pourquoi ils ont mis par exemple Renitec au lieu de Triatec. Ça ils le disent pas. Donc on sait pas pourquoi ils l'ont changé. Par exemple. Mais de temps en temps ils disent « Ben voilà on arrête… on passe de Metformine 850 à metformine 1000 », donc on se doute spontanément… d'accord ? Qu'il avait besoin de plus. Si le compte-rendu est bien fait ils le disent « Voilà le diabète est déséquilibré donc on augmente la Metformine » mais rarement, j'ai jamais vu un compte-rendu disant qu'on substituait la classe parce que c'était pas disponible dans leur pharmacie. Et bien souvent c'est les patients qui disent « oui mais ils avaient pas ça, mais ils m'ont dit que ça c'était pareil ».

E : Ah c'est le patient qui vous le dit du coup en fait ?

M19 : Oui.

E : D'accord. Et eux ça leur pose souci justement ?

M19 : Le patient ? Non.

E : Ils ne sont pas demandeurs d'avoir le même comprimé qu'avant, ou le même traitement qu'ils avaient avant ?

M19 : Non. Ou s'ils le disent… (réfléchit) soit le médecin du centre leur a dit que voilà il changeait parce que c'était mieux, ou parce qu'il n'y avait que ça. Soit effectivement moi je leur dis « Ben voilà c'est la même chose donc on le garde. ». Voilà.

E : Donc vous avez plutôt tendance à suivre ce qui a été modifié du coup en général ?

M19 : En général oui. Oui oui. Après quand c'est juste voilà un IEC pour un autre, et que la personne était habituée à l'autre et que ça fonctionnait bien, et que dans le compte-rendu il n'y a pas spécifiquement marqué « Ben voilà on ne donne plus celui-là parce qu'il est pas bien toléré, mais on donne l'autre » voilà je reviens à l'ancien. Mais voilà si la nouvelle ordo est bien suivie, que ça se passe bien, y'a pas de raison que je la change, d'accord ? Mais les changements sont pas tous argumentés. C'est le seul défaut. Enfin… Voilà.

E : Ça ça peut être gênant…

M19 : Ça peut être gênant parce que on sait pas au fond ce qui a motivé le changement. Si c'est qu'un défaut d'approvisionnement de pharmacie ben voilà que ça soit l'un ou l'autre ça revient au même. Mais si c'est une question d'observance ou de tolérance, d'accord ? Voilà…

E : Oui c'est vrai qu'ils pourraient remettre ce qui avait été mis…

M19 : … exactement initialement. Exactement. Voilà. Mais si y'avait des raisons de revenir au nouveau, ben faut qu'ils le disent. C'est ça qui est le plus important. Du coup en lisant bien le compte rendu, quand ils en parlent pas ben on est un peu coincés du coup.

E : On sait pas s'ils l'ont pas toléré, ou s'ils… d'accord. Et il y a d'autres modifications ? Sur des classes de médicaments en particulier ? Ou il n'y a rien qui vous vient ?

M19 : Non il n'y a rien qui me vient en particulier.

E : Et pour vous les changements ils sont plutôt pertinents ? Parfois vous êtes pas d'accord, ou ?...

M19 : Ah ben si si si, oui. (réfléchit) C'est… La vision du gériatre sur les interactions, sur effectivement les effets secondaires, est complémentaire. Donc là aussi si tout est bien stipulé, critiqué, argumenté, y'a pas de raison qu'on change à nouveau ce qui a été fait. D'accord ? Voilà.

E : Et est-ce que ça arrive que des fois, oui vous m'avez dit des fois c'est pas justifié enfin vous comprenez pas pourquoi ça a été changé. Et pour vous le gériatre c'est un vrai apport pour vous du coup ?

M19 : (blanc) Ben oui oui, tout comme un spécialiste, il nous dit de plus mettre celui-là on met autre chose ben… comme toute chose si c'est argumenté ben c'est comme ça qu'on comprend l'intérêt. D'accord ?

E : Oui je vous pose ces questions parce que parfois c'est revenu que le gériatre c'est pas forcément considéré comme un spécialiste, c'est un généraliste comme un autre quoi. C'est déjà revenu dans les entretiens c'est pour ça que je pose la question.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M19 : Ben après c'est une vision complémentaire. Il a l'habitude des personnes âgées, ils les côtoient après l'accident ou l'incident, donc si… voilà le fait d'arrêter les statines pour éviter l'insuffisance rénale liée à la station allongée prolongée parce qu'il a fait une chute, oui très bien. D'accord ? A ce moment-là on se dit « Ah oui elle a 88 ans ben on va arrêter la statine. » D'accord ? Donc très bien !

E : Ça vous aide aussi parfois à arrêter des traitements, quand en cabinet on sait jamais quand est-ce qu'on l'arrête ou des choses comme ça ?

M19 : (réfléchit) Oui on peut saisir l'occasion de faire ça oui. Mais… voilà en théorie c'est à nous de nous poser la question à chaque fois. 80, 85, 90, qu'est-ce qu'on garde qu'est-ce qu'on continue ? Qu'est-ce qu'on arrête ?

E : Oui justement j'allais vous demander, enfin ça faisait partie de mes questions après, mais comment vous vous réévaluez l'ordonnance de vos patients âgés dans votre pratique quotidienne ?

M19 : Ben c'est compliqué. Compliqué parce qu'il y a l'âge réel, et l'âge, ce qu'on peut entendre « physiologique ». Parce qu'il y en a à 85 ans qui font encore du vélo, et qui sont en très bonne santé. Donc oui ben on va leur garder la statine et on va faire en sorte de conserver leurs facteurs de risque. Puis y'en a d'autres à 70 ils sont déjà plan-plan sur le canapé ils font plus rien, donc en fait ce côté « adaptation », ça c'est vraiment subjectif. Donc je pense que c'est d'un côté l'expérience de l'autre côté les… oui la médecine « à postériori » aussi. « Ah oui c'est vrai c'est peut-être le moment de l'arrêter ». D'accord ?

E : Une fois que l'évènement est arrivé quoi, c'est plus facile qu'avant ?

M19 : Ou l'évènement sur quelqu'un d'autre. Ça sert d'expérience.

E : Sur un autre patient ?

M19 : Oui sur un autre patient oui.

E : Qui font réfléchir à d'autres ?...

M19: Exactement. D'accord ? « Ah oui la Metformine… » Oui. D'accord ? Donc… C'est un peu le défaut je trouve de… Je vais revenir à mes études ; y'avait tout un enseignement qui s'appelait « le suivi du patient de plus de 30 ans ». Donc globalement c'était, moi j'attendais : après 30 ans de suivi comment est-ce qu'on sait si on est toujours du bon côté de la ligne, ou si on a dévié un petit peu ?

E : 30 ans de suivi ?

M19: Exactement ! Est-ce qu'on s'est retrouvé à 150 sur l'autoroute parce qu'on n'a pas fait trop attention que 130, 131, 132, qu'on avait dévié petit à petit. Et en fait non pas du tout, c'était après 30 ans de suivi globalement le patient a 60 ans, ben faut penser ben à ses facteurs de risques cardio-vasculaires, faut penser au dépistage du diabète… Donc voilà ça avait rien à voir avec ça. D'accord ? C'est le seul défaut des…

E : En fait on pense à ce qu'il faut faire, mais on ne pense pas peut-être forcément à ce qu'il faut enlever, ou…

M19: Exactement. La déviance progressive, comment… enfin moi je ne vois pas d'arrêt sur image pour savoir si on est toujours sur nos 130 sur l'autoroute ou si on a dévié sans s'en rendre compte. D'accord ? Voilà.

E : Théoriquement il faudrait le faire tous les… il faudrait le faire régulièrement pour vous ?

M19 : Mmh mmh. Avoir le temps de se poser, en se disant voilà il a 78 ans où j'en suis qu'est-ce qui est normal qu'est-ce qui est pas normal, « ben oui il perd un peu la tête, bon c'est normal » Ben c'est peut-être pas si normal que ça. D'accord ?

E : Et qu'est-ce qui vous empêche de le faire du coup vous ?

M19: (rires) Le temps. Oui le temps, la fameuse consultation de prévention, on peut pas.

E : Ça revient tout le temps ça…

M19 : En une consult, la consult classique c'est le renouvellement d'ordonnance, moi je prends 20 minutes mes patients. D'accord ? Donc j'ai le temps déjà. De leur laisser le temps de se déshabiller, de se rhabiller, de faire le point sur comment ça se passe à la maison, est-ce qu'ils sont en forme, qui fait les courses, mais ça veut dire que je peux pas parler des vaccins, ça veut dire que je peux pas parler du fil de téléphone qui traverse le couloir, ça veut dire que je peux pas parler de la baignoire plutôt que de la douche, du coup la fois d'après faut que je pense à la douche. Est-ce qu'ils ont une baignoire ou une douche ? D'accord ? Est-ce qu'ils ont de la visite de la famille de temps en temps ? Qui fait les courses pour eux ? Est-ce qu'ils mangent que des surgelés… et en fait : ben on peut pas. D'accord ? Alors tout le monde dit : oui mais il faut être systématique. Ben ouais mais systématique en 20 minutes c'est que je bâcle mon examen, c'est que j'écoute pas les réponses à mes questions. « Y'a du monde qui est venu ce weekend pour vous voir ? » et puis je passe à la question suivante : « et les vaccins ? Ah 85 ans faut y penser, ah oui mais de toute façon il fait plus son jardin, il fait plus donc il risque rien. » Ben non c'est pas possible. D'accord ?


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E : Et le gériatre il vous aide pour ça, à avoir une vision vraiment globale, les aides ?...

M19 : Ben là aussi a posteriori. A posteriori c'est, soit il y a eu une visite au domicile pour prévenir le retour au domicile, par une ergo ou… d'accord ? Et donc oui, faut mettre en place les barres sur la baignoire, ils ont les moyens donc ils changent pour une douche à l'italienne, y'a des marches, eh bien on prévoit une rambarde parce que y'a pas de rambarde… Donc oui c'est très bien. Ce qui est plutôt pas mal c'est… ben voilà on prévoit de la kiné pour les demi-tours et renforcer la posture, donc oui là-dessus c'est très bien. Le côté « équipe pluridisciplinaire » qui a chacun son œil sur sa petite compétence c'est très bien. Parce que nous on n'a pas le temps. Y'a ma femme qui me dit « mais va voir tes patients de plus de 75 ans, d'office tu fais une visite à son domicile pour voir ». Ben oui mais dans ce cas-là je suis plein de chez plein, et je passe mon temps en visite et je me pose pas pour déjeuner, je suis crevé, je suis de mauvaise humeur le soir… C'est pas viable.

E : Vous en faites des visites au domicile du coup ?

M19: Ah ben oui oui. Donc caler tout ça, c'est une perte de temps, enfin ça prend du temps, et ce qui nous perd là-dedans, c'est que c'est pas rémunérateur. Et nous on est payé à l'acte. Donc plus on voit des actes plus on gagne notre vie. Mieux on la gagne ; on la gagne pas si bien que ça si on fait correctement notre travail. Et si on veut BAC + 12, bien gagner notre vie, estimer mieux la gagner que les autres parce qu'on a fait plus d'études que les autres et qu'on a plus de charges et plus de… ben dans ce cas-là faut bâcler notre boulot. Et là, déontologiquement c'est bizarre. (rires)

E : Il faudra que je vous dise un truc après. C'est exactement ce que j'ai l'impression de…

M19 : Donc si on veut bien faire notre boulot, faut prendre notre temps. Surtout avec les personnes âgées. Parce que voilà ils sont plus lents, faut les aides à venir, on leur tient la main pour monter sur la balance, ils portent des bas en nylon donc faut faire attention qu'ils glissent pas. Donc ça prend du temps. Eh ben c'est autant de questions qu'on pourra pas poser. Voilà et donc on va passer à côté des choses.

E : Et pour le traitement c'est pareil ?

M19 : Le traitement ça fait partie de la discussion. D'accord ? Voilà. Et ils viennent que pour ça en général. Donc ça va c'est assez ciblé. Voilà.

E : Vous arrivez à le réévaluer du coup à chaque consultation ?

M19: Oui, oui ça ça va oui. Et heureusement ! Parce que « je viens pour mon renouvellement » ben si on le réévalue pas euh c'est qu'on passe à côté de la cible de la consult. Voilà, mais en plus de ça faudrait rajouter des cibles. D'accord ? Et une fois de temps en temps parler du domicile, une fois de temps en temps parler de la famille, une fois de temps en temps parler du budget, qui le gère, est-ce qu'ils se sont fait arnaquer par la vente à domicile par des vendeurs à la sauvette ? Ben ouais… d'accord ?

E : Et est-ce que sur le traitement vous avez des outils d'aide à la prescription de la personne âgée en particulier ou pas ?

M19: Eu oui ça nous aide pas mal. Mais après c'est des alertes qui s'affichent…

E : C'est quoi ?

M19: C'est la banque Claude Bernard.

E : Oui, et c'est spécifique à la personne âgée ?

M19: Oui plus de 75 ans ? Ils font une alerte sur la Metformine par exemple. Sur les interactions, mais ça c'est global. D'accord ? Et après *** pour les diurétiques, bon. Voilà par rapport à la chute, et les hypotensions. Du coup on zappe en fait. (rires).

E : Et est-ce que vous êtes attaché à votre ordonnance ? Ou pas ?

M19 : Non.

E : Par rapport au fait qu'elle soit modifiée…

M19: Ah est-ce que… c'est la mienne et c'est la mienne et faut pas la changer ? Non. Non non.

E : Et est-ce que vous vous sentez impliqué dans les modifications d'ordonnance qui sont faites en court séjour ?

M19: Ah. (réfléchit) Euh… Est-ce que le médecin devrait m'appeler avant de modifier un truc ?

E : Par exemple, est-ce qu'il le fait, est-ce qu'il vous demande ce qui a été toléré, ou pas, ou essayé… enfin vous voyez ?

M19: Ou exceptionnellement, ou je ne m'en souviens pas. Je pense que c'est exceptionnel. Voilà. Et même s'il le fait, il faut qu'il l'argumente dans son compte-rendu. D'accord ? Voilà.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E : Et vous aimeriez être plus impliqué, ou ça vous convient comme c'est ?

M19: Ben quand on l'apprend a posteriori, c'est souvent dommage parce que ben nous on connait le patient depuis bien longtemps. Donc on sait si on avait déjà essayé. D'accord ?

E : C'est déjà arrivé ça ?

M19 : (réfléchit) Oui.

E : Vous avez une anecdote ou ?...

M19: Non. Non. Euh… (réfléchit) Souvenir de… non un exemple j'en n'ai pas, non. Non.

E : Je crois que vous m'avez déjà un peu répondu, mais comment est-ce que vous appliquez les modifications d'ordonnance par le gériatre ?

M19: (réfléchit) Ben j'explique au patient. Et puis voilà.

E : Et vous les poursuivez, vous me disiez que si c'est bien expliqué pourquoi il y a eu des changements vous les continuez, c'est ça ?

M19: Oui parce qu'il y a forcément une raison qui l'a motivé dans l'instauration de quelque chose. D'accord ? Parfois effectivement il y a des suppressions, et on ne sait pas pourquoi ils l'ont supprimé. Est-ce qu'il y a eu des hypotensions, est-ce qu'il y a eu… Je ne sais pas. D'accord ? Donc… voilà.

E : Oui c'est problématique… Et du coup des fois vous rappelez pour savoir un peu ce qui s'est passé ? Vous avez besoin de rappeler ?

M19: Une fois ou deux j'ai dû rappeler et là justement y'avait eu des hypotensions, donc ils avaient réduit le traitement hypotenseur. Et après… L'autre c'était pour un traitement du diabète, et en fait ils avaient pas le bon médicament du coup ils l'avaient substitué par autre chose. D'accord ? Voilà. Mais là il a fallu que j'aille à la pêche aux informations et du coup ça prend du temps. Mais à chaque fois on a le bon numéro, c'est déjà pas mal ! Voilà.

E : Soit ! Ok. Et avec la famille y'a pas de difficulté pour le patient, vous me disiez il est pas demandeur de son ancien traitement, il comprend plutôt bien… Mais par contre quand il revient il vous pose des questions ? Vous me disiez, il pose pas forcément les questions à l'hôpital quoi ?

M19: Exactement. Ils sont hyper attachés à leur traitement de d'habitude. « Ah mais pourquoi vous me l'arrêtez ? » « Ah bon celui-là on peut l'arrêter ? » Voilà.

E : Et ça ils le demandent pas à l'hôpital, ils le demandent quand ils reviennent en fait ? C'est ça ?

M19: Oui je pense qu'ils sont un peu soumis, ils ont je pense peut-être une impression de soumission là-bas. Et après je pense que voilà dans l'urgence, ils doivent pas forcément… ils doivent plutôt obéir que discuter. C'est l'heure de vos médicaments prenez-les, un point c'est tout. Après ça dépend des gens hein, d'accord ? « Oui mais là ils m'ont donné Imovane ça marche pas je préfère mon Stilnox » Bon ben voilà… (rires)

E : Oui les anxiolytiques, c'est… ça y'a pas mal de changements sur ceux-là ?

M19: Oui. Oui. Mais bien souvent c'est des questions de pharmacie. De disponibilité… voilà. C'est tout.

E : Donc y'a pas spécialement de classes qui ont été arrêtées, ou… c'est des modifications dues à des pathologies, des choses aigues ?...

M19: Oui, intercurrentes…

E : … et plutôt de façon pertinente quoi.

M19: Oui et puis le côté chronique est souvent adapté. C'est là où le côté… l'œil un peu « spécialiste » nous permet effectivement d'éviter de faire des bourdes. « Ah oui 88 ans j'avais toujours pas arrêté la statine, voilà oui c'est le bon moment. ». Voilà.

E : Vous trouvez que le patient à l'hôpital n'est pas le même que le patient que vous avez en consultation ?

M19: Non parce que du coup ils nous posent des questions « En fait je sais pas pourquoi ils me l'ont arrêté », « Pourquoi je l'ai plus ? Ben je sais pas. » Voilà. Ils ont une… oui, ils sont plus dans une optique d'obéissance, de petit soldat. Puis maintenant qu'ils sont à la maison, ben voilà c'est « Tiens c'est bizarre j'ai plus celui-là ». Voilà.

E : Ok. Est-ce que vous estimez avoir eu une formation de gériatrie pendant les études ?


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M19: (réfléchit) Globalement non. Mais peut-être. (rires).

E : C'est-à-dire ?

M19: Ben c'est-à-dire que… c'était il y a longtemps. Oui on a été formé à la neurologie d'un côté, donc à la dégénérescence globale. D'accord ? Après je pense que la gérontologie « pratique » ça on l'a pas eu. D'accord ? Quand commencer la kiné ? Est-ce qu'il y a un intérêt à faire de l'orthophonie ? Tout ça on l'apprend sur le tas hein.

E : Et au niveau médicamenteux ? C'est plutôt sur le tas aussi ?

M19: Ben après normalement… enfin on l'a appris hein. Les effets secondaires, les intolérances, les interactions, les complications… Voilà. L'insuffisance rénale physiologique… oui il faut faire avec. Et là globalement je pense que… j'espère qu'on se pose la question à chaque fois oui. Et là je pense qu'on a oui bien été formés, parce que c'est des choses, c'est des questions que je me pose assez spontanément donc je pense qu'au fond de moi on a dû m'inculquer ça.

E : Oui pendant vos études.

M19: Mais le côté pratique hein de la médecine générale on l'a qu'en stage. Quoi prescrire, pourquoi… C'est pas dans les livres hein.

E : Non. Non ça c'est sûr. Comment on peut améliorer pour vous la communication entre l'hôpital et vous ?

M19: (réfléchit) L'hôpital ou les courts et moyens séjour, les centres de rééducation ?

E : Court séjour et vous.

M19: Ah. Parce que l'hôpital public c'est par mail ça marche très bien.

E : Oui vous êtes plutôt satisfait en fait ?

M19: Oui ! Globalement faut… Après faut pas qu'ils hésitent à nous appeler. Moi je me vexerais pas. On est tous là pour que le patient s'en sorte, donc qu'il soit traité ou guéri par une de mes consœurs ou moi, le but c'est qu'il soit en bonne santé. D'accord ? Et que tout ça…

E : Oui y'a pas de « fierté mal placée ».

M19: Ben non. Et que tout ça soit argumenté. C'est ça le plus important. Que tout ça soit expliqué.

E : En gros quand c'est bien expliqué vous suivez parce que vous trouvez ça cohérent en fait…

M19: Ben oui !

E : … et si c'est pas bien expliqué c'est plus…

M19: Ben on sait pas ce qui a motivé le suivi, ou l'arrêt, ou le changement. Donc le plus important voilà c'est ça. Et puis s'il y a un défaut… enfin s'il y a un défaut de connaissance ils nous appellent. Le secrétariat nous passe la communication « Ben voilà j'ai Dr Machin au téléphone ». Après 8 fois par jour ça serait embêtant. Mais ça m'étonnerait en ce moment que j'ai au moins 8 patients en moyen séjour quelque part. D'accord ? Voilà. De temps en temps voilà j'ai une de mes amies gériatre à M1, elle m'a appelé peut-être deux fois en 3 ans, ça va ! « J'ai un problème avec Mme Machin, j'ai un problème avec ta patiente, à la maison ça se passe comment ? La famille j'ai du mal à gérer, je ne comprends pas trop » voilà pour dépatouiller un problème. Et en fait y'avait pas de problème elle était juste de mauvaise humeur parce qu'elle voulait pas être hospitalisée, c'est tout. Donc elle avait rien d'acariâtre et méchante. Voilà. Donc oui ça permet je pense d'éviter plein de quiproquos, d'incompréhension, après si c'est de la fierté mal placée ben c'est dommage. C'est tout. Mais voilà si un médecin qu'il soit rééducateur, gériatre ou même généraliste en clinique m'appelle en disant « ben voilà le Coversyl semble mal toléré on essaie Aprovel » Eh bien très bien ! Après si elle m'appelle pas pour me le dire et qu'elle l'écrit ben ok ! Voilà. Après oui mais Aprovel elle savait pas qu'elle l'avait déjà essayé et que c'était trop fort, eh ben je changerai pour un autre sartan. Voilà.

E : L'intérêt c'est que ça soit… l'important c'est que ça soit expliqué quoi.

M19 : Ben oui, exactement. Pour la relation inter médecin, d'accord ? C'est ça le plus important. Pour qu'au final ben le patient se sente pas déchiré entre deux ordonnances. Ben oui mais qui a raison finalement ? D'accord ?

E : Il met pas plus de poids sur l'ordonnance de l'hôpital que du généraliste ou inversement ?

M19: Je crois pas. Non. Il aime bien son traitement de d'habitude, parce que d'habitude c'est ça, mais ici ils comprennent très bien qu'on doit changer, donc il suffit d'expliquer et ils comprennent ! « Bon votre Temesta ça fait 8 ans que vous le prenez c'est pas la peine on arrête ! » « Oui mais Dr A avant il le donnait. » « Ben oui mais maintenant on change. » Voilà.

E : Pas toujours facile ça par contre !


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M19: Non.

E : C'est pour ça parfois quand c'est l'hôpital qui l'arrête c'est…

M19: Oui parce qu'il y a ce côté soumission, obéissance, petit soldat.

E : Mais il va le redemander derrière quoi.

M19: Ah bah oui.

E : Parce qu'on a vu dans les études que souvent les patients quand ils sortent de gériatrie ils ont une ordonnance, et souvent quand ils reviennent en gériatrie pour une raison X ou Y après ça a été modifié à nouveau par le généraliste, et donc on se demandait pourquoi.

M19 : Ah. Soit on est tombé dans le panneau du patient, parce qu'il dit « Oui mais son Seresta ça marche pas, il me faut mon Xanax » « Bon ben d'accord ». C'est là où si le gériatre par exemple disait « On met Seresta par exemple parce que durée de vie plus courte »…

E : Oui ! S'il l'expliquait c'est ça ?

M19: Oui ! Dans ce cas-là on dirait « Ah oui effectivement, ben non madame le Xanax ça va pas ça va vous endormir jusqu'à 8h du matin donc on garde que le Seresta » eh ben elle va rester au Seresta. D'accord ? Après y'a forcément plein de notions que ou on a oublié ou on n'a pas apprises ou on a zappées. Donc l'œil complémentaire est plutôt bien, il suffit de nous le rappeler. Et puis moi je vais pas me vexer si on me marque que le Seresta vaut mieux que le Temesta. Déjà parce que je le sais, ou je l'ai su et on me le rappelle donc c'est bien. Après quand j'aurais 30 ans de carrière peut-être que je me dirai « Mais oui je le sais mais le Seresta ça marche pas donc je lui remets le Xanax » voilà. Peut-être que je me vexerai, mais pour l'instant non. (rires) Oui le patient effectivement il aime son ordonnance de d'habitude. Donc vu qu'il est…

E : Mais si c'est bien expliqué…

M19: Ben oui !

E : Peut-être que le gériatre est peut-être pas assez… c'est l'hôpital quoi, il a peut-être pas beaucoup de temps avec le patient il passe peu de temps de temps avec le patient, il explique pas forcément les changements d'ordonnance…

M19: C'est l'avantage aussi de l'interne ou de l'externe. C'est que le temps passé au chevet du lit est un peu plus long. Souvent. Et si c'est argumenté voilà nous on tombera pas dans le panneau. Mais je pense que le patient il est vraiment dans une optique de soumission à l'hôpital. Et « je prends ce qu'on me donne », c'est tout. Comme les repas. Il a pas le choix sur le menu, ben on lui donne… voilà il prend ce qu'il a. C'est pareil. Ah bah non à l'hôpital on n'a pas Stilnox on donne Imovane. Bon ben d'accord.

E : Il pense qu'on va lui remettre son…

M19: Bien sûr.

E : En fait peut-être qu'il pense que c'est momentané mais qu'on lui refera l'ordonnance de sortie…

M19:… avec le Stilnox d'avant.

E : … habituellement oui voilà.

M19: Oui peut-être oui.

E : Est-ce que parfois vous avez eu d'abord le patient sans avoir le compte-rendu, vous le voyez mais sans savoir ce qui s'est passé donc vous êtes un peu coincé ça vous est déjà arrivé ça ou pas ?

M19: Oui, tout comme des comptes-rendus opératoires. Mais ça c'est plus… oui c'est un défaut de communication. Le compte-rendu opératoire parfois ni le patient ni moi on l'a. Et du coup ben globalement ben j'apprends a posteriori qu'il a été opéré, je savais même pas qu'il avait été opéré donc j'ai même pas pu l'appeler pour prendre des nouvelles, donc je l'apprends parce que je vois des dosages de plaquettes qui arrivent. Pour surveillance de l'HBPM. Je vois « Mme Machin, plaquettes à 327 » Ah bah voilà elle a dû être opérée finalement. Ah ça, ça m'énerve.

E : Ça peut se comprendre. Et ça c'est plus la chirurgie ou, le court séjour vous l'avez en général, vous avez pas été dans des situations comme ça compliquées ?...

M19: Non je crois pas, non non. Puis après je pense que les courts et moyens séjours ça fait partie un peu de leurs objectifs, c'est que le patient sorte avec son compte-rendu, ou dès le lendemain ou le sur lendemain, enfin… faut que dans la semaine ça arrive chez le généraliste.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E : Oui ça arrive dans la semaine ?

M19: Oui largement oui. J'ai jamais regardé la date de fin de séjour et puis le jour où je le reçois. Mais globalement je sais qu'il a été hospitalisé G2 3 semaines par exemple.

E : Vous bossez avec quels hôpitaux vous m'avez dit, R1 c'est ça et Q1 en gros ?

M19: Les hôpitaux publics ? Avec M1. Oui, M1 et Q1 surtout. D'accord ? Voilà.

E : Je ne vous ai pas posé les questions dans l'ordre, mais je crois que je vous ai tout demandé. Il y a d'autres choses que vous voudriez me dire sur ce sujet ?

M19: Ah oui il y en a plein ! (rires)

E : Ben dites-moi !

M19: Le défaut de notre métier c'est qu'on peut pas prendre le temps.

E : Oui ça c'est beaucoup ressorti.

M19: Ah ben oui mais ça, quelles que soient les thèses c'est tout le temps ça. Oui. Et donc si, alors je sais pas ce que va nous réserver la loi de la santé, mais en fait faudrait des consults spéciales, la fameuse consultation de prévention que tout le monde réclame. La consultation spéciale vaccin. « Docteur, ben tiens j'ai reçu un papier faut que je vienne vous voir que pour mes vaccins. Où j'en suis, quand est-ce que je fais le prochain, etc. » « Docteur, j'ai ma consultation suivi de poids », j'en sais rien, d'accord ? « Ah bah tiens j'ai 75 ans il parait qu'il faut que vous veniez à ma maison voir comment je suis. » D'accord ? Ben oui. Mais ça s'ils nous donnent pas 40 euros par consult ça ira pas. Voilà moi je me déplace pour 0, enfin… pour 10 euros à la maison. La visite elle est à 33 au lieu de 23, donc pour 10 euros faut que je me contente de 10, pour mettre 12 minutes pour y aller, passer un quart d'heure et 12 minutes pour revenir. D'accord ?

E : Oui c'est sûr vous êtes perdant.

M19: Donc voilà passer 40 minutes pour 10 euros ah ben non non ça je fais pas. D'accord ? Donc en fait c'est pour ça qu'on n'est pas tenté de le faire. Spontanément. Ou alors on est grand, large et généreux et on le fait pour la santé de nos patients. Mais… ben on le fait plus. On le fait plus. Je sais même pas si quelqu'un le fait. Je sais même pas si quelqu'un… voilà. Même s'il avait pas d'argent pour vivre je sais même pas s'il le ferait. Globalement. Parce que voilà ça prend du temps, et le temps n'est pas rémunérateur. Donc bosser pour les frais de la princesse non.

E : Après c'est du dévouement quoi.

M19: Exactement.

E : Ah ben j'ai beaucoup de médecins qui avaient à peu près 50 ans, 60 ans, et qui travaillaient énormément, que j'ai vus à 21h30… Après c'est, oui c'est du dévouement quoi.

M19: C'est ça. Ben là on en discutait il y a pas longtemps, soit ils ont une femme dévouée qui les attend avec des petits plats le soir voilà ils mettent leurs pantoufles « oh mon chéri t'es arrivé à 22h t'es bien fatigué, dîne et puis je t'ai fait tes papiers etc » mais ça c'était jusque, voilà les femmes pareil qui ont 60 ans. J'ai rien contre les « nouvelles » femmes mais elles méritent autant que nous à bosser, donc voilà l'acharnement au boulot n'est plus compris.

### 7.3.20 Entretien 20

E : Mon sujet c'est « Votre vision de médecin généraliste des modifications d'ordonnance par les gériatres », déjà est-ce que ça vous évoque quelque chose en général ce thème ?

M20 : Nous souvent, ce qu'on a quand même beaucoup, c'est la diminution ou l'arrêt des benzodiazépines, des hypnotiques, ça c'est quand même quelque chose qui, quand les gens reviennent de l'hôpital, ils ont souvent, pas un arrêt des fois complet hein quand même mais une baisse ou une modification. Des fois on passe d'une demi-vie plus courte par exemple en benzo, on passe du Lexomil, du Lysanxia, hop on passe à du Xanax ou… Voilà c'est un peu… Ou Seresta.

E : D'accord.

M20 : En général ça, après *(soupirs)*… les modifications tendance c'est quand même beaucoup ça moi je trouve. Après c'est un petit peu par exemple une tension qui serait trop traitée, où ils allègent les traitements parce qu'il y a des hypotensions orthostatiques mais je trouve que c'est quand même beaucoup la benzo quand même. Les troubles cognitifs, c'est ce qui revient beaucoup quand même hein. Voilà. Comme ça ça me vient à l'idée maintenant hein…

E : De façon globale, je dirais ça se passe comment quand vos patients ils rentrent de court séjour gériatrique ? Comment vous êtes au courant ? Par qui ? Dans quel délai ? Tout ça ?


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M20 : Maintenant ça se passe mieux parce qu'on a les systèmes, enfin avec Q1 ZEPRA, donc on a très rapidement les comptes-rendus. Bon c'est vrai qu'il y a des fois où avec d'autres hôpitaux c'est un peu plus long. Moi en général j'attends le compte rendu de l'hôpital, parce qu'ils ont souvent une ordonnance pour un mois et je leur dis « Ben écoutez j'attends le compte-rendu de l'hôpital et on se voit ». Parce que souvent c'est quand même bien de les revoir.

E : Oui parce qu'ils vous appellent du coup ?

M20 : Ils m'appellent. En général ils m'appellent et puis souvent quand même c'est un peu une inquiétude « Oh mais vous savez on m'a changé les médicaments… »… y'en a certains ça les perturbe alors je dis « Ben écoutez ben on verra avec le… », déjà parce que j'aime bien savoir ce qui s'est passé là-bas, pourquoi ça a été changé etc, donc souvent, ça vraiment je demande bien à avoir bien le compte-rendu.

E : Oui vous temporisez oui.

M20 : J'essaie de temporiser parce que…

E : Ils vous appellent parce qu'ils veulent vous revoir parce que l'ordonnance va pas ou ils ont pas compris ou…

M20: Oui… ou oui ou ça a été changé, ils n'ont pas toujours compris pourquoi ça a été changé ou ils veulent avoir plus d'explications, ce qui peut arriver.

E : Et donc vous avez dans quel délai le compte-rendu à peu près ?

M20 : Alors le compte rendu alors si, maintenant avec les nouveaux… voilà avec ZEPRA on les a rapidement hein, je veux dire euh pfff… ben là la dame là qui était sortie de SSR là. Je l'ai vue, le jour-même on l'a vue, en ZEPRA hein… je l'ai eu et puis…

E : Ha le jour-même où elle est sortie ?

M20 : Hé bien elle est sortie… ben écoutez c'est simple je l'ai eu hier. On l'a vue lundi, on l'a vue lundi hein ? Non je l'ai vue jeudi ! Hé ben le jeudi après-midi… jeudi matin, hier je me suis connectée je l'ai eu.

E : C'est extrêmement rapide !

M20 : Et elle est sortie lundi je crois, le 31 donc c'est-à-dire 3 jour après.

E : Ah oui donc globalement quand vous revoyez les patients…

M20 : Oh ben le mois suivant, enfin si… en général bon ils ont une ordonnance d'un mois en général, je les revois dans les 15 jours/3 semaines, je l'ai. Sauf si, alors si j'ai vraiment un souci à ce moment-là j'appelle, j'appelle le service, pour savoir, pourquoi je l'ai pas reçu ou…

E : Vous les appelez parce que vous n'avez pas le compte-rendu ou parce que vous ne le comprenez…

M20 : Ha non je les appelle parce que j'ai pas le compte-rendu. Mais enfin c'est quand même rare hein. Non quand même ça se passe… moi je trouve que ça se passe quand même bien dans l'ensemble.

E : Donc ça vous convient comme système ?

M20 : Oh ben moi ça me… oui oui moi ça va là.

E : Vous ne les recevez plus par courrier du coup ?

M20: Alors… normalement j'ai demandé l'arrêt des courriers papier, mais je les reçois toujours. Je remarque avec Q1 j'ai toujours… Mais tout ne fonctionne pas encore avec ZEPRA. Donc là par exemple le SSR c'était bon, I2 c'était bon, J2 je dois pas les avoir encore en ZEPRA. Bon ça je pense qu'avec la nouvelle structure on les aura peut-être. Oui parce qu'ils vont partir ils vont changer. Sinon K2 je les ai…

E : Oui ça en fait beaucoup quand même.

M20 : J'ai quand même K2, j'ai tous Q1 oui. Et j'ai même, comme je commence à avoir des libéraux maintenant. Par exemple j'ai une cardiologue à côté, elle passe par ZEPRA. Alors l'avantage de ZEPRA c'est que c'est sécurisé quand même. Parce que celui que j'ai eu, le chirurgien hier c'est par ma messagerie normale.

E : D'accord, oui du coup effectivement…

M20 : D'ailleurs faudrait un jour que je les appelle peut-être pour leur dire que ce serait bien qu'ils passent par ZEPRA quoi. Parce c'est quand même fermé, c'est-à-dire que c'est…

E : Oui oui c'est complètement sécurisé.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M20 : Voilà… c'est pas mal.

E : Et du coup comment sont les ordonnances des patients qui sortent de courts séjours ? Vous avez déjà commencé à me répondre (*sourire).*

M20 : Comment sont les ordonnances ? Ben souvent… Ou on leur enlève complètement l'hypnotique ou on le diminue bien de moitié en général

E: Oui d'accord… c'est intéressant.

M20 : Puis souvent ben on enlève, ils gardent des fois un petit peu de benzodiazépine mais un petit dosage et souvent de la demi vie courte. Donc c'est un peu Seresta, Seresta revient bien, souvent, c'est souvent Seresta, des fois Xanax mais c'est pas mal le Seresta en général. Parce que je crois qu'il y a moins de passage hépatique… je sais plus… c'est vrai que c'est un…

E : C'est possible !

M20 : Enfin bon, au niveau pharmacologie y'a je crois je crois…

E : Y'a un peu les traitements hypotenseurs vous me disiez aussi ?

M20 : Des fois les hypotenseurs… oui qui… pfff… bon qui diminuent des fois s'ils estiment… alors on peut avoir les 2 cas de figure mais enfin souvent c'est plutôt dans le sens de la diminution quand même hein. Mais alors pas bien les traitements hein. Bon qu'est-ce que… je sais plus qu'est-ce que j'avais mis là je réfléchis… Alors après il se pose aussi des fois des questions d'anticoagulant par exemple. Quand y'a un patient qui a fait ou un AVC ou… voilà… il a fait des complications avec des anticoagulants, est-ce qu'on le remet ? C'est vrai que des fois c'est discuté en gériatrie et des fois ils le remettent pas. Ils ont plus que du Kardégic, parce que on a trop un risque hémorragique… moi j'en ai eu des fois qui ont eu des hémorragies digestives et du coup on n'a pas remis de…

E : Avec les nouveaux anticoagulants ou avec même les anciens ? Ou les deux ?

M20 : *(soupirs)* Ben il me semble que c'était plus peut-être… mais même les deux hein. Oui les deux. Je me souviens plus maintenant des cas précis là mais des fois c'est discuté et du coup voilà… on considère que c'est trop embêtant donc on l'enlève alors que des fois, bon des fois ça se passait bien en cabinet hein mais ils réévaluent quoi en fait, ils font une réévaluation.

E : Globale ?

M20 : Voilà, du traitement anticoagulant mais ce qui est… je trouve que c'est bien hein finalement. Puis ils discutent entre eux, je pense entre cardiologues, gériatres… donc c'est bien… voilà. C'est un peu ce que je verrais dans les modifications. Alors moi j'ai eu des arrêts d'antiinflammatoires, alors ça c'est pareil… Bon l'autre jour j'ai eu une patiente je lui en notais elle avait une fonction rénale qui était bonne, bon elle a plus de 80 ans c'est sûr, mais elle avait une fonction rénale qui était bonne donc je lui en donnais… mais… la demi-dose hein. Et ils me l'ont arrêté… contre-indiqué… au-delà de 80 ans. Donc quand même ils sont très… C'est vrai qu'ils voient 1 anti-inflammatoire, un truc… voilà bon… c'est… mais c'est comme ça hein. A la limite c'est sûr comme ça ils se posent pas de questions, ils les enlèvent.

E : Ils sont très « reco » vous trouvez, c'est ça peut-être ?

M20 : Mmh. Mmh. *(acquiesce)*

E : Un peu rigides ou ?...

M20 : Mmh. *(acquiesce)* Oui. Alors des fois je les ai vus enlever des statines, ça arrive des fois. Ça peut arriver ça des fois. Ils considèrent que la personne elle a déjà beaucoup de pathologies… que bon y'a peut-être des troubles cognitifs importants, qu'on se focalise sur vraiment les choses importantes. Donc des fois on enlève, on enlève la statine. Ou alors ce qu'ils, moi une fois il me semble qu'ils m'avaient enlevé à une patiente qui avait du Lipanthyl, alors c'était un vieux truc, puis comme elle l'avait depuis des années… j'allais pas changer, elle était âgée… pfff j'ai dit je vais pas lui remettre une statine, et ils lui avaient enlevée. Bon mais enfin ça c'est vrai qu'après c'est variable hein. Parce que là je suis en train de regarder ce que j'ai…

E : Y'a d'autres classes qui vous viennent ? Vous en faites déjà pas mal mais…

M20 : D'autres classes ? C'est déjà pas mal. Parce qu'après… pffff… sur les calmants… pffff … on met quand même rarement des trucs très forts chez les gens âgés donc euh… Moi j'ai pas trop quand même le souci. C'est quand même ce qui revient quand même bien c'est ça, c'est ce qui est anticoagulant, antihypertenseur avec des histoires dites de chutes. Un peu la statine quand ils ont des traitements lourds… et puis y'a le Benzo hypnotique hein. Je trouve que c'est quand même vraiment… alors après l'antidépresseur éventuellement peut être discuté. C'est vrai oui que j'ai une dame oui qui est rentrée bon y'a quelques temps déjà de l'hôpital mais bon elle était un peu déprimée… c'est vrai que des fois elle était… bon elle est toute seule à domicile puis bon le maintien à domicile devient compliqué et moi je lui avais mis un antidépresseur. Bon là-bas ils ont jugé « oh ben ça va bien, vous êtes bien » et ils lui ont enlevé. Et en fait c'est vrai quand elle est revenue au bout


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

d'un moment elle m'a dit « oh mais vous savez j'suis quand même pas bien », etc. Alors c'est toujours pareil, dans le milieu du cadre de l'hôpital ben elle était un peu cocoonée, elle était bien. Elle ressort ben y'a un petit peu toutes les problématiques qui reviennent. Donc moi je lui ai remis. Puisque bon… y'avait pas de contre-indication mais eux l'avaient enlevé plutôt parce qu'ils considéraient que ça allait bien. Et ça c'est…

E : Oui j'allais vous demander ce que vous en pensiez, des modifications. Parfois elles sont faites au moment T de l'hospitalisation…

M20 : Hé oui. Ou des fois ils sont presque bien des fois, parce qu'ils sont un peu cocoonés, ils sont bien entourés puis après ils reviennent chez eux, ils sont tout seuls avec ben tous les problèmes qui reviennent. Hé voilà. Donc moi pour moi bon du coup là je l'ai remis.

E : Oui ils sont moins stressés à l'hôpital et du coup oui… ils enlèvent un peu tout et puis après quand ils reviennent…

M20: Voilà ils ont tendance à tout décharger puis après… Alors là c'était justifié moi je lui ai remis son traitement, là je lui ai remis son antidépresseur. Mais il est sûr que des fois ce qui peut se passer aussi, c'est quand ils reviennent c'est difficile de leur faire accepter la modification du traitement. Ben surtout pour les problèmes des benzos et pour dormir donc là il faut tenir ferme… (*appuyé*) parce que c'est compliqué.

E : C'est pas facile oui. Parce que ils disent quoi, ils disent « ils me l'ont oublié » ou ils disent… « ils ont pas voulu » ou enfin…

M20 : Ha ils disent « oui me ils me l'ont diminué, moi je suis pas bien » euh « ils m'ont dit que c'était mauvais pour la santé mais moi ça m'allait bien » « il faut me le remettre ! ».

E : Oui c'est pas facile.

M20 : Alors c'est pas tout le temps… Souvent on arrive un peu à le faire… ça va mieux, c'est un peu digéré on va dire mais des fois… faut un petit peu négocier. Moi ça m'est arrivé une fois vraiment j'ai une patiente où je me suis… j'ai tenu bon et bon… j'ai perdu la patiente hein, je l'ai plus revue. Je me dis elle a trouvé un médecin après qui lui a refait la modif [*rires*] mais moi j'ai tenu bon parce qu'elle avait fait une chute et que le contexte était… j'ai dit non on peut pas remettre mais voilà bon c'est quand même rare hein. En général on y arrive mais c'est vrai que, ils tentent le coup. Donc là il faut quand même bien tenir.

E : Et globalement ils ont besoin de votre aval quand même pour… je sais pas comment dire…

M20 : Ha ils aiment bien qu'on soit favorable à la dernière ordonnance de l'hôpital quoi. S'ils voient qu'on est assez… opposé ça se passe moins bien parce que c'est plus difficile à ce moment-là. Bon moi en général… bon alors c'est vrai que… j'en ai une là encore y'a pas longtemps je pense, pareil, elle avait un traitement pour la tension, ils ont modifié, c'est-à-dire qu'en fait elle avait un Sartan, ils lui ont remis un IEC, alors qu'en fait elle avait déjà toussé sous IEC. Moi je l'ai vue, j'ai vu la modification, je me suis dit « il risque d'y avoir un problème ». J'ai rien dit, j'ai dit « ben écoutez on va continuer le traitement comme on a mis à l'hôpital, parce qu'ils ont mis des stents coronariens. J'ai dit « on va voir » et puis en fait… Elle avait eu un problème infectieux, et en fait je lui ai bien remis son Sartan. Et là bon pourquoi ils lui ont remis l'IEC, parce qu'aussi c'est peut-être les recos, le cadre parce que c'est vrai que l'IMC y'a plus d'études… y'a plus de…

E : IIs savent pas forcément ce qui avait été essayé…

M20 : Puis ils savaient peut-être pas si elle avait toussé et puis voilà. Et puis en plus oui elle avait été hospitalisée un peu en urgence donc elle devait pas avoir tous les trucs parce que des fois ils ont bien tout. Mais des fois pas toujours. Donc là j'ai remis Sartan. D'ailleurs j'ai plus de nouvelles donc je pense que ça doit aller là mais… Bon ça ça peut arriver des fois parce que c'est vrai qu'ils sont un peu dans les recommandations bien… Moi aussi j'ai vu une fois, j'avais fait aussi une modification parce qu'ils avaient mis une statine à une dame qui avait pas loin de 90 ans hein. Y'avait des stents coronariens en cardio et ils ont mis une statine à 80. Et moi bon voilà je trouvais qu'à 90 ans… Alors quand j'ai vu, j'ai essayé de m'adapter, je suis restée à un LDL à 1 gramme, j'ai pas… j'ai pas été voilà…

E : Oui parfois ils sont tellement dans les recos qu'ils pourraient en être iatrogènes pour vous ?

M20 : Voilà. Alors là moi j'avais rebaissé. J'lui avais mis, je lui avais gardé mais j'avais rebaissé la dose parce que j'avais trouvé que c'était quand même beaucoup, par rapport… voilà.

E : Et, on va dire, dans un ensemble, vous les trouvez globalement pertinentes ces modifications d'ordonnance ou vous les trouvez parfois ?...

M20 : Oh oui si puis d'ailleurs elles nous aident aussi, faut quand même pas non plus qu'on crache dans la soupe parce que ça nous aide aussi. Parce que nous on veut essayer de diminuer les… c'est toujours une négociation avec le patient, c'est quand même compliqué hein. On le voit bien hein, pour enlever les benzos, les trucs pour dormir c'est compliqué. Donc souvent le fait de l'hospitalisation on leur baisse, on leur explique qu'ils sont dans le cadre de l'hospitalisation souvent ça passe mieux. Alors on se dit « ou là là, là c'est acquis » on va pas… [*soupir de soulagement*] c'est bien. Non moi je trouve que pour nous c'est vraiment une aide quand même hein, sur les benzos et les hypnotiques. Le reste on peut arriver plus avec le cardiologue, pour la tension éventuellement on réévalue un traitement on y arrive mais la benzo et l'hypnotique c'est


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

vraiment quelque chose… qui était difficile après hein. Comme on parlait là des antalgiques c'est très fort hein. C'est clinique hein, puis une fois qu'on est rentré là-dedans c'est…

E : Et les modifications elles sont claires ? Enfin vous comprenez les raisons des modifications ?

M20 : Oui, alors globalement oui, par rapport au compte-rendu en général.

E : Les comptes-rendus sont comment ?...

M20 : Ils sont bien faits. Moi je trouve qu'ils sont bien faits moi. Enfin quand on voit… enfin bon moi j'ai… ou B1 ou les J2 je trouve que c'est bien parce que souvent c'est par appareil, ils font, c'est pas mal fait hein. Moi je trouve sur le plan cardiovasculaire, machin, ils font bien les synthèses, la biologie. Moi je trouve que c'est quand même bien fait hein. Même là en gériatrie à Q1 hein, je trouve que c'est quand même bien… Alors des fois j'ai dû voir peut-être des ordonnances qui étaient bien expliquées, où y'avait marqué « pour le cœur » « pour la tension » y'en a qui le font en gériatrie.

E : Oui c'est vrai.

M20 : Y'a longtemps que je l'ai pas vu mais y'en a qui le faisaient. Ça c'est bien mais bon moi j'avoue que ça je le fais pas toujours hein. Mais je trouvais que c'était bien parce qu'il y avait tout ce qui était pour le cœur, ou pour l'estomac. C'était pas idiot. Non moi je trouve que les comptes-rendus sont quand même bien faits, je peux pas dire hein. Entre J2, parce que moi je les envoie à J2, je les envoie à B1 puis enfin je veux dire, puis à D1 aussi, c'est bien hein. M2 je trouve que quand même maintenant ça s'est bien… non on a vraiment évolué dans le bon sens parce que dans la gériatrie y'a eu quand même eu une époque qui a été enfin bon… moi j'ai fait pas mal de formations et y'a eu une époque où c'était quand même compliqué de faire hospitaliser un patient, d'avoir des contacts. Maintenant je veux dire on a des lignes, enfin sur Q1 on a des hotlines ça marche très bien hein, on peut avoir des…

E : Ah la hotline gériatrique ?

M20 : Ah oui c'est super ! Surtout si c'est des patients déjà hospitalisés mais même s'ils l'ont pas été

*[le téléphone sonne]* Bon là il va y avoir le… et même s'ils l'ont pas été ils sont automatiquement bien… je veux dire on donne les explications, un peu ce qui se passe, bon faut essayer d'être assez synthétique.

E: Non mais allez-y hein c'est pas grave (*le téléphone sonne toujours*).

M20 : Faut être synthétique, et puis après tout de suite ils nous disent «bon ben écoutez on va voir » bon je leur explique, des fois on donne les DS parce que c'est très urgent, vous savez ils essaient d'évaluer et ils essaient quand même dans les jours d'après, ça marche quand même pas mal. Bon, c'est vrai qu'en ce moment on est en pleine grosse période c'est peut-être pas évident. Là je vais tester parce que lundi… va falloir que je teste pour voir si j'arrive à avoir au moins des éléments un petit peu là pour une patiente mais enfin globalement c'est bien. Moi je trouve que ça a bien évolué dans le bon sens quand même. Après ils font ce qu'ils peuvent moi cet hiver j'ai été obligée d'hospitaliser une patiente, j'ai appelé en gériatrie M2, bon ben elle m'a dit « on est débordés c'est sûr, mais votre patiente elle nécessite une hospitalisation, je ne discute pas ». Et elle l'a bien prise hein d'ailleurs elle était bien malade quoi. Je veux dire ils ont pas… ils ont dit « non non vous nous l'envoyez hein ». C'est vrai qu'on essaie de les garder alors des fois c'est plus à la limite, je dirais que c'est peut-être plus le SAMU qui fait de la… le SAMU qui n'est pas toujours très bon là… parce que… enfin bon moi là j'ai une patiente là qui a eu des soucis, son fils a appelé le SAMU, enfin l'infirmière a appelé le SAMU, ils lui ont dit « oh ben écoutez, c'est le médecin traitant qui va gérer », le médecin traitant et, comme l'a dit son fils, il a dit « mais son médecin traitant il est en vacances » euh… ils se sont un petit peu fait envoyer promener quoi. Donc j'ai trouvé que c'était quand même un peu limite là. Alors on dit « les hopitaux sont débordés ».

E: Le SAMU sur les patients âgés ils sont peut-être pas très…

M20 : Ouais, je trouve que là, à la limite, c'est pas trop les services de gériatrie maintenant hein. Mais bon le problème c'est toujours pareil, quand c'est le week end on est coincés hein…

E : Oui bien sûr.

M20 : Et c'est pour ça que moi j'essaie vraiment en amont de… souvent d'appeler, de voir s'il y a pas un lit, enfin bon pour cette patiente je vais voir lundi bon, je sais que c'est en plein été…

E : Donc maintenant ils sont plus disponibles, les gériatres ?

M20 : Je trouve qu'ils essaient quand même oui, oh oui.

E : Ils sont plus accessibles ?

M20 : Ah oui, plus accessibles quand on a des problèmes puisque moi quand j'ai des problèmes de… bon maintenant y'a l'équipe mobile de gériatrie, tout ce qui est trouble du comportement quand même hein et de la mémoire donc ça ils sont


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

quand même présents. Moi je sais que chaque fois que j'ai appelé, bon des fois ils peuvent pas venir tout de suite mais ils nous donnent déjà bien des conseils et en plus en général on communique par Internet donc moi je dis ce que j'ai fait etc, bon des fois il faut redonner des nouvelles, c'est vrai qu'on est… souvent on donne une fois des nouvelles après on… c'est vrai que le dossier souvent on le ferme pourquoi parce qu'ils ont pas toujours le temps de revenir. Et sur les… y'a ça et puis sur l'équipe mobile qui s'occupe des soins palliatifs, gériatrie, soins palliatifs, et pour la douleur. Alors c'est vrai qu'on pense à la cancéro mais finalement là cette dame, c'est eux qui nous ont un peu aidés. Pour diminuer, nous dire le traitement à mettre…

E : A la maison ?

M20 : Voilà, à la maison oui, à l'EHPAD, ça évitait une hospitalisation.

E: Ah c'est bien, on n'y pense pas forcément à la maison, ok.

M20 : Donc en fait des fois ça… nous en tant que généralistes c'est quand même drôlement bien hein parce que ça évite de les hospitaliser, des fois ils veulent pas trop, puis des fois ils n'ont pas toujours des lits, ils peuvent pas toujours passer. Moi je trouve qu'on s'aide bien, enfin moi je vois là l'EHPAD ça marche très bien. Quand on veut avoir des conseils, parce qu'il y a tellement de délais des fois sur les consultations et on a des bons conseils quoi globalement… moi j'ai toujours vu… bon je suis bien tombée hein les gens… faut faire, faut aider.

E: J'allais vous demander ce que vous pensiez des gériatres en général, ça faisait partie de mes questions.

M20 : Ah ben les gériatres en général moi…

E: Dans la réévaluation de la thérapeutique, en plus…

M20 : Moi je trouve que c'est bien. Quand on est à un moment où on tourne en rond, où on n'arrive plus bien… Là cette patiente qui avait tous ces vertiges, elle est allée chez le neurologue, il lui avait marqué des trucs, enfin bon moi je trouve que c'était pas mieux. Puis ils avaient pas mieux de toute façon, je lui ai dit « on va aller à D1 faire un bilan trouble de l'équilibre », ils ont tout vu, ils ont fait un bilan qui était très complet. Et voilà. Et je pense d'ailleurs que la patiente était quand même contente parce que finalement on tourne en rond, on va chez le neurologue, on voit le cardio, on voit… moi je trouve que l'évaluation gériatrique c'est bien. Alors après il faut qu'ils soient d'accord, c'est pas toujours facile. Faut essayer de les convaincre mais moi je trouve que c'est quand même bien, parce qu'il y a un moment quand ça devient…

E : Oui ils voient le patient dans sa globalité.

M20 : Voilà.

E: Et en plus ils ont les moyens de tout faire sur place ? C'est ça que vous vous dites ?

M20 : Voilà ils font un peu les examens, parce que nous il faut l'envoyer à droite, à gauche, pfff… c'est… Moi je trouve que vraiment, enfin bon moi je vois je bosse pas mal avec J2, bon une fois j'avais… bon plusieurs fois ça m'est arrivé d'avoir un souci avec un patient, je téléphone je dis voilà ça, ça, ça, il me dit « bon ben attendez à ce moment-là je vous le prends quelques jours » parce que souvent ils ne veulent pas rester longtemps, mais bon il font au moins tout le bilan, autrement il faut aller à droite, à gauche, faire une IRM, le truc… ils programment tout. C'est quand même super. Moi je trouve que vraiment on a tout… (*soupirs*)… que d'envoyer chez le neurologue, envoyer chez le psy, bon c'est pas toujours évident, ils ont toujours une psychologue sur place, ils ont… enfin moi je trouve que c'est bien, ça nous sort de beaucoup de problèmes. Quand il y a encore pas trop de problématiques ça va. Mais quand il commence à y avoir l'équilibre, commence à y avoir la mémoire, des problèmes de dépression, enfin j'ai une dame c'était un peu ça, c'est compliqué après… Puis y'a un moment… puis voilà puis comme ça ça évite, c'est ce que je luis disais, par exemple je vous envoie au scanner, après je vous le renvoie, après je l'envoie au neurologue, comme ça tout est fait. Donc je l'avais envoyée à J2 une semaine, ils lui ont fait pas mal de choses…

E : Oui quand ils sont difficiles à mobiliser c'est bien quoi.

M20 : Donc ça fait un peu tout. Et d'ailleurs ils avaient été bien hein, ils avaient… faudrait qu'ils la revoient, mais je trouve que c'est… et puis bon, comme je le dis des fois, après y'avait des problèmes psy, je me suis dit faudrait pas aussi qu'on passe à côté d'autre chose hein parce que je veux dire c'est du psy moi j'ai quand même, moi j'ai plusieurs patientes âgées avec une tumeur cérébrale hein. Ça m'est arrivé donc faut pas non plus… après je me suis dit, j'étais externe, je me suis dit faudrait peut-être quand même que je fasse attention parce que des fois les signes ne sont pas toujours évidents, les troubles de l'équilibre, ça enfin moi j'en ai eu quand même 2 hein. Donc maintenant bon c'est… ouais on se dit finalement c'est rare c'est sûr mais enfin, parce que c'est vrai parce qu'on est plus sur l'AVC, des choses comme ça mais finalement tac comme ça ils voient tout… Bon voilà y'avait rien d'autre de grave mais… voilà.

E : Et qu'est-ce que vous ressentez quand vos ordonnances sont modifiées ?

M20 : [*soupir d'interrogation suivi d'un court silence*] Moi ça me… [*soupir*] ça me gêne pas plus que ça parce que je pense que c'est dans le bon sens. C'est que des fois, puis même nous hein je veux dire des fois on pense pas à tout, on a laissé des trucs


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

continuer… on a… non franchement parce qu'il faudrait vraiment, si on veut être parfait, faudrait vraiment faire une évaluation, ce serait bien une fois par an chez un patient âgé et se dire bon, on remet tout à plat, ça on le fait très rarement alors que là l'évaluation gériatrique enfin ça permet… c'est sûr hein…

E : Oui, comme vous me le disiez c'est une aide pour vous quoi.

M20 : Donc c'est quand même une aide, moi je ne le vois pas dans le négatif, franchement… Après c'est vrai parce que quand on réf…. des fois on se dit oh la la finalement ils ont… mais finalement c'est sûr qu'ils n'ont pas tort, bon l'histoire de l'anti-inflammatoire, oui c'est sûr que quand on réfléchit il faut pas en donner à partir d'un âge. Bon moi c'est à petites doses, je fais attention. C'est toujours pareil quand on connaît ses patients, si on sait qu'ils n'en abusent pas… mais lui bon ben le gériatre ben il a ses… c'est sûr qu'il raisonne bon c'est pour ça que moi je lui en veux pas je veux dire hein, je dis ben oui c'est vrai que quand on réfléchit vraiment on peut pas dire qu'ils ont tort, moi je pourrais pas dire ça quoi, moi je trouve pour moi c'est quand même toujours dans le bon sens du patient hein.

E : Oui donc vous n'êtes pas forcément « attachée » à votre ordonnance ?

M20 : Non.

E : Entre guillemets évidemment.

M20 : Non non non non, non parce que pfff… oui mais ça peut être un piège ça c'est sûr pour le médecin je pense mais à mon avis des fois c'est justement, faut pas justement trop s'attacher à son ordonnance, je pense qu'il ne faut pas hésiter à changer.

E : Oui d'où la question des fois on se demande oui effectivement.

M20 : C'est vrai, c'est vrai et à la limite ça c'est bien, enfin c'est pour ça que des fois c'est bien d'avoir le justement des étudiants parce que des fois ils me disent « ben tiens ça pourquoi c'est donné » tout ça et en fait on se dit ben oui finalement on redemande au patient, ils l'utilisent plus ou… bon y'en a quelques-uns ils sont très attachés à leurs trucs mais des fois…

E : C'est le regard extérieur.

M20 : On arrive à en diminuer. Parce que nous pfff c'est la routine, c'est le renouvellement… C'est comme ça. Bon il faut dire que moi j'avais aussi en plus mon prédécesseur qui lui voyait un peu les patients dans leur globalité et il mettait beaucoup de choses mais si besoin. C'était un peu son principe quoi. Parce qu'il avait des consultations qui étaient un peu longues, qui étaient chères, donc il mettait un peu tout. Donc c'est vrai j'ai des anciens patients comme ça, ils ont des grandes ordonnances, alors ça veut pas dire qu'ils utilisent tout, en fait c'était un peu… Je le fais peut-être moins maintenant. Mais des fois c'est vrai que c'est commode, des fois au besoin bon après c'est sûr qu'il faut pas le faire avec des gens qui sauraient pas le gérer quoi, c'est sûr, quand ils avancent en âge, je pense que c'est sûr qu'en avançant en âge je pense qu'il faut simplifier les ordonnances. Je pense qu'il faut vraiment réduire, réduire, réduire parce que on est de plus en plus iatrogènes, de toute façon nous ils nous disent à partir de 3 médicaments déjà, ça commence à être juste alors vous imaginez 3 on y est vite hein !

E : Ça faisait partie de mes questions, et comment vous vous réévaluez l'ordonnance de vos patients âgés ?

M20 : Ben pffff… c'est un peu, c'est un peu du coup par coup, de temps en temps on y pense, on se dit oh la la ça fait beaucoup… pfff… c'est pas, c'est vrai c'est pas à chaque consult hein des fois mais c'est à l'occasion peut-être d'un chute ou on se dit ben tiens on va revoir là peut-être on y est allés trop fort sur la tension. Des fois j'y pense, des fois je les diminue. Bon là y'en a eu plusieurs à la résidence qu'on a diminuées en diurétique parce que en ce moment il fait une chaleur pas possible, ils sont sur des doses des fois de 60mg, on est passés à 40 ou on est passés de 40 à 20 et ça va pas plus mal. Bon ça les cardios disent des fois qu'on peut pas mal les baisser mais enfin nous on a toujours un peu la trouille (*rires*).

E : Et vous les voyez tous les combien vos patients âgés ?

M20 : Moi en général c'est 3 mois. En général c'est 3 mois, pfff… sauf si y'a un souci entre-temps, moi je fais pas les ordonnances à un mois. C'est quand même compliqué les ordonnances à un mois parce que on a quand même pas mal de monde.

E : Un mois oui ça fait court oui.

M20 : Peut-être y'a une époque où on devait pouvoir mais que je pense que maintenant ça devient quand même drôlement difficile hein, non je serais bien à 3 mois. Je trouve que 3 mois c'est raisonnable. Alors après quand ils vont bien ! Je trouve que 3 mois c'est la durée un peu de la benzo.

E : Des fois ça vous pose difficultés quand vous devez réévaluer l'ordonnance, y'a des choses qui sont difficiles, des choses qui vous limitent dans la réévaluation ?

M20 : Pfff… oui quand des fois ils ont des problèmes… oui y'a des patients qui sont très attachés à des médicaments qui pour nous sont… qui servent à rien… comme par exemple le Tanakan ou des trucs comme ça (*rires*). Voilà les petites choses comme


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

ça. Ou je sais pas moi, bon des petites bricoles des fois et des fois oui c'est dur, ça peut être dur. Des fois on négocie, vous savez… y'a pas eu d'études démontrées, ça sert pas à grand-chose… Des fois on y arrive, des fois, mais c'est des fois difficile hein, ça dépend, ça dépend vraiment des patients, y'en a… alors heureusement, on en a quelques-uns qui au contraire, moins ils ont de médicaments mieux ça vaut, donc eux ils sont tout contents, on leur en enlève c'est bien. Et y'en a ils ont une impression de plus être soignés, en fait c'est ça, en gériatrie aussi c'est un peu ce problème qu'on a, des fois ils ont l'impression pour eux que si on leur donne moins de médicaments c'est qu'on peut plus les aider, on peut plus les soigner mais ça c'est… c'est un peu… un problème français.

E : Oui on les lâche un peu.

M20 : Voilà, c'est un peu le problème français aussi.

E : Oui la statine qu'on enlève d'un air de dire « bon de toute façon ça vaut plus le coup quoi ».

M20 : Ça sert plus à rien, voilà. Ce qui est vrai mais… des fois faut bien leur expliquer.

E : Oui… c'est compliqué.

M20 : En fait faut bien leur expliquer quoi. Donc des fois ils le vivent mal, en disant ben de toute façon j'suis vieux, je sers plus à rien, voyez on veut plus me soigner bon... alors faut leur expliquer qu'il y a les effets secondaires ou que de toute façon on n'aura pas un bénéfice important mais c'est compliqué de dire « vu le peu d'années qui vous restent à vivre » quoi c'est un peu compliqué… moi je dirais que ça dépend vraiment des patients, y'en a qui sont très attachés d'autres pas, s'ils sont pas trop attachés on y arrive plus facilement, s'ils sont attachés c'est dur, c'est plus à négocier quoi. Et là c'est un peu… et puis pfff…. oui voilà ça dépend de l'histoire du patient, c'est compliqué, c'est vrai là après y'a des patients qui ont toujours eu l'habitude d'avoir beaucoup de médicaments… bon mais c'est vrai qu'il y a quand même un côté psychologique.

E: Et vous vous sentez impliquée dans les modifications d'ordonnance à l'hôpital ?

M20 : Ben impliquée pas beaucoup parce que nous ils nous téléphonent pas bien, avec le gériatre c'est rare hein qu'on ait le gériatre au téléphone. Ou alors faut vraiment qu'il y ait des problèmes importants, ou de retour à domicile des choses comme ça où à ce moment-là là ils nous appellent ou alors des problèmes des fois avec les familles ou j'sais pas, et à ce moment-là ils nous appellent. Mais c'est pas souvent qu'on a des appels, on peut en avoir hein… mais on n'en a pas souvent.

E : Comme tout à l'heure vous me disiez qu'ils ont mis l'IEC alors que vous l'aviez déjà testé… voyez… ils savent pas quoi.

M20 : Oui mais c'est vrai que bon… ils ont quasiment pas pu me joindre… ils le savaient pas. Donc je leur en ai pas voulu mais moi bon… mais à la limite ça a été un test pour moi, je me suis dit on va voir parce que la patiente je luis avais pas trop dit enfin… j'ai dit « oui ils ont modifié », j'ai pas donné de détails et je me suis dit on va voir sur la toux, là ça a été typique. La toux elle est bien revenue donc… Ils nous téléphonent rarement. Bon après le problème c'est que…

E : Par contre vous dans l'autre sens vous me disiez que ça vous arrivait de les appeler.

M20 : Ah oui moi ça m'arrive oui quand des fois y'a un problème pour quelque chose ou… oui quand les gens sont hospitalisés si j'ai des fois j'ai des soucis bon… oui sur le maintien à domicile ou avec les familles c'est un peu compliqué des fois. A ce moment-là j'appelle. Parce que la patiente qu'on avait vue hier j'avais appelé le médecin justement pour savoir un peu son avis… si elle avait la même façon de voir les choses que moi. Bon elle avait le même discours donc c'était bien quoi j'ai dit bon ben on est bien sur la même longueur d'onde parce que bon, c'est vrai qu'on sait pas après l'hôpital peut-être qu'ils avaient une autre vue ou… le médecin m'a dit non non moi je considère que pour l'instant cette dame peut rester chez elle bon, avec des aides mais…Voilà quoi c'était… donc c'était bien quoi elle avait la même vue un peu. Donc des fois quand y'a des problèmes, moi c'est souvent quand y'a quand même des soucis avec des familles, bon c'est un petit peu compliqué, des fois je téléphone, je dis… Comment vous percevez les choses… comment on peut faire parce qu'il faut quand même qu'on aille tous dans le même sens hein, c'est quand même mieux parce alors que si chacun fait son truc là c'est… bon c'est un peu les seules fois, j'appelle pas souvent hein. Ou alors c'est que patients sont gravement malades, ils ont vraiment des problèmes… voilà.

E : Et vous me disiez du coup que ça vous arrive de remodifier, enfin, que devient l'ordonnance une fois que le patient est sorti ?

M20 : Pfff… moi je remodifie pas beaucoup mais des fois par exemple sur un calcium, bon j'sais pas l'autre jour je sais plus y'en avait une qui avait son calcium… bon alors ils lui avaient changé, bon elle avait l'habitude de l'autre, ben je lui ai remis l'autre hein, j'me suis dit de toute façon c'est pas des gros changements. C'est ce que je leur dis aussi, c'est que des fois à l'hôpital ils ont pas toutes les spécialités et ils sont aussi coincés, ils peuvent pas vous mettre des médicaments… hein j'veux dire moi je me souviens quand j'étais à N2 à l'époque donc ça fait longtemps. On avait un dictionnaire, enfin j'veux dire j'avais un agenda, enfin un petit livret où j'avais tous les médicaments donc en antibiotiques on pouvait pas mettre n'importe quoi euh j'avais voilà le registre quoi de l'hôpital j'avais… donc on pouvait pas tout mettre, donc ce qui veut dire que l'ordonnance ben elle sort comme ça. Donc il est sûr que des fois à l'extérieur on a des trucs plus récents ou d'autres formes de galéniques, sur les calciums, y'a un truc à sucer, des fois ils préfèrent en poudre, des fois… voilà quoi. C'est un peu des petites choses


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

comme ça des fois qu'on peut remodifier. Oh sur le fond de l'ordonnance non je change pas bien. Bon alors c'est vrai que des fois il peut y avoir un IPP, c'est pas tout à fait le même… ou je remets celui de l'hôpital ou je rechange si vraiment ils veulent l'autre mais c'est pas, je veux dire le fond quand même, l'essentiel je la laisse pareil. Je change pas tout, non parce que… (*court silence*) non puis je trouve qu'après on n'est plus cohérents non plus, quelque part parce que… Si les personnes elle sortent de l'hôpital on se met à tout changer… voyez ce que je veux dire enfin je trouve que c'est pas bien vis-à-vis de la personne parce qu'elle se dit…

E : … Ben elle est un peu perdue…

M20 : … « Je suis à l'hôpital, comment ça se fait, le médecin il rechange derrière », non non moi je pense qu'on a fait un changement, c'est que ça a été discuté à l'hôpital, ça été voilà, ça a été réfléchi, c'est pas un truc qu'on a changé pour m'embêter c'est ce que je dis aux patients, je dis c'est pas… Bon c'est qu'ils ont jugé, ils ont réfléchi, ils ont discuté entre eux et puis… ben des fois on pense pas à tout je trouve que c'est… pfff… ben moi c'est ce que je dirais hein… moi personnellement c'est comme ça que je vis les choses hein… j'suis pas… j'suis pas un médecin susceptible (*rires*). Y'en a peut-être qui sont plus susceptibles…

E: Des fois oui y'en a.

M20 : Oui c'est pour ça y'en a qui le vivent mal. C'est vrai mais moi non.

E : Donc le patient globalement il est plutôt demandeur, sur les benzos, plutôt demandeur des fois à ce qu'on les remette.

M20 : Mmh mmh.

E : Mais sinon dans l'ensemble comment il réagit à cette nouvelle ordonnance ?

M20 : Non pas mal moi je trouve dans l'ensemble.

E : Pas mal oui ?

M20 : C'est plus oui les benzos, le reste oh pfff…

E : Ça passe bien.

M20 : Ça passe quand même hein, oh j'ai pas bien de problèmes…

E : Ils sont pas trop perdus ? Enfin ils ont bien compris, ils ont…

M20 : Faut des fois leur réexpliquer quand y'a un changement oui, des fois faut leur expliquer. Bon alors des fois ils ont bien eu des explications, des fois ils se souviennent plus bien, des fois… ça dépend un peu des endroits puis avec qui ils sont passés… ça c'est pas toujours… mais bon on peut pas dire que les patients… pfff… non moi j'ai jamais bien vu quand même que ça se passe très mal, quand même, les hospitalisations c'est rare, parce que là dans les services j'ai jamais bien eu… Bon là j'ai une patiente qui a un problème de calcul puis de double J enfin de… et puis y'a un calcul qui est toujours enclavé, donc c'est vrai que son fils s'est un petit peu plaint, il m'a dit « oui mais vous comprenez, finalement on nous a un peu laissés tomber ». Je lui ai dit non mais ce qui se passe c'est que l'hôpital ben ils peuvent pas être là tout le temps euh c'est aussi bon c'est pour ça que lundi je vais les appeler en gériatrie pour leur dire ce qui se passe parce que eux ils le savent pas depuis que votre maman est sortie

E : Bien sûr.

M20 : Donc je lui ai expliqué un peu la situation et il est sûr que l'urologue ben il a pas pu, je pense qu'ils ont dû avoir une information de l'urologue mais depuis il me dit « ben on n'a pas de nouvelles des gériatres, mais comment ça se fait qu'il soient pas en rapport avec l'urologue ». C'est vrai que l'urologue… c'est une dame âgée… il a dû voir toutes les polypathologies… bon je pense qu'il s'est pas trop acharné sur le problème si vous voulez.

E : Oui c'est sûr.

M20. : Bon alors voilà donc j'ai pas trop insisté, j'ai dit ben de toute façon ce que je vais faire je vais rappeler en gériatrie, je vais rappeler la personne qui s'est occupée de votre maman puis on va essayer de refaire le point. Moi je pense que ce serait bien qu'elle soit hospitalisée mais bon on va voir si c'est possible ou pas mais au moins déjà que j'ai une info, des compléments, des informations au téléphone parce que c'est vrai que ça devient quand même compliqué quoi.

E : Oui la famille, ça c'est compliqué avec la famille sur le plan de la thérapeutique ?

M20 : Oui oui parce que bon là c'est une dame qui a été quand même pas mal sous antibiotiques, elle est sortie déjà avec un picc line enfin tout un… Elle est sortie avec ça. Elle est sortie avec ça, bon alors elle est sortie avec ça, bon moi j'avais rappelé une fois pour la réhospitaliser puis bon le SAMU… oh machin… on est débordés tout, bon avec l'infirmière on a géré nous-mêmes, donc on l'a fait, ça allait mieux, là apparemment j'étais en vacances de nouveau ils ont laissé passer, ils ont mis un antibiotique et de nouveau ça allait pas. Hier l'infirmière m'a appelée, ça va pas, en plus c'est celle qui remplace l'infirmière


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

habituelle. J'ai remis l'ordonnance que j'avais mise mais il est sûr que là je lui ai dit moi je suis un peu… un peu dans une impasse hein je veux dire là donc moi je vais appeler lundi l'hôpital voir un peu qu'est-ce qu'on peut faire parce que j'ai… voilà… j'ai plus… j'ai peur qu'un jour on ait une résistance à des antibiotiques, j'veux dire oui… qu'on puisse plus la soigner quoi. C'est pour ça j'aimerais bien qu'on puisse arriver à enlever cette lithiase.

E: Oui oui bien sûr.

M20 : … et enlever cette sonde double J parce qu'en fait j'ai l'impression que ça c'est un truc récurent et qu'on va pas s'en sortir. C'est un peu ce que je lui ai dit mais après… on verra ce qu'on nous propose hein parce que c'est une dame qui a quand même beaucoup de pathologies à côté et après voilà. Et qu'elle ait aussi, je voulais avoir un peu leur sentiment aussi à O2. Savoir un peu s'il faut aller au bout de la démarche ou pas, parce qu'il m'a dit « oui vous comprenez le chirurgien m'a dit que c'était quand même pas une petite opération, que c'est lourd dans son état ». J'ai dit oui mais d'un autre côté… j'ai peur que les médicaments n'y arrivent plus aussi.

E : Oui faut un deuxième avis oui.

M20 : Donc il vaut peut-être mieux  une petite intervention… si on enlève la lithiase et tout…

E : … que plus d'antibiotiques.

M20 : Et ben voilà ! Et qu'ils marchent plus à un moment donné et qu'on soit… voilà, moi c'est un peu ce que je lui ai dit. Je lui ai dit écoutez après on va voir avec les gériatres ce qui… et je pense qu'il faudra peut-être passer par une hospitalisation. C'est ce que je lui ai dit alors après donc il a d'ailleurs même plus accepté l'hospitalisation parce qu'il comprenait pourquoi c'était, c'était pas pour… c'était pour refaire vraiment le point. Au niveau urologie, au niveau…

E : Oui… oui y'avait un but.

M20 : Ah oui parce que là nous on est un peu démunies, moi je sais qu'avec l'infirmière… voilà…

E : Justement, comment vous pensez qu'on peut améliorer la communication entre l'hôpital et vous ? Selon vous ?

M20 : (*sourire*) C'est difficile… C'est-à-dire que nous après faut qu'on appelle… le problème c'est que, c'est toujours pareil, ils ont plein de travail, on peut pas… je pense que c'est à nous de téléphoner, de dire ce qui se passe… pfff… eux c'est quand même difficile franchement, enfin moi je vois pas bien des hôpitaux, je sais pas, envoyer un courrier dans les familles en disant « est-ce que Madame Machin va mieux » « est-ce que… » pfff… ça me paraît lourd hein, lourd à gérer, je sais pas mais, moi je pense c'est plutôt nous là, là je pense que c'est à nous de… Alors évidemment c'est du temps, ça je suis d'accord que oui y'a du temps de pris hein… ça c'est… ça prend du temps. Quand on veut prendre quelqu'un en charge correctement ça prend du temps. Ça c'est… et le gros problème il est là hein, moi je pense qu'il y a des médecins, enfin des fois ils me disent « ouh la la mais toi tu appelles, toi tu fais ça, tu fais ça, moi j'ai l'impression qu'ils font pas quoi, c'est-à-dire qu'ils font un mot et puis qu'ils vont aux urgences, ben oui mais je lui dis… enfin moi j'ai du mal à concevoir ça comme ça.

E : je comprends ;

M20 : alors évidemment il y a des situations d'urgence, le week end où moi je suis de garde et j'ai pas de possibilités voilà je fais un mot je l'envoie aux urgences, moi autrement moi j'essaie vraiment de régler le problème en amont. C'est-à-dire d'appeler l'hôpital, de voir ce qu'on peut faire nous et si vraiment l'hôpital nous dit « ben non là vous pouvez pas, on vous la prend tel jour » voilà, pour éviter c'est sûr, les urgences c'est 5 heures d'attente et encore 5 heures quand ça se passe bien etc.

E : C'est sûr.

M20 : Mais… moi améliorer c'est pfff… je vois pas bien l'hôpital en train de nous appeler et demander des nouvelles des patients, franchement pfff…. moi ça me paraît difficile hein, alors peut-être hein ça pourrait se créer, je sais pas.

E : Non non c'était…

M20 : Moi je pense la hotline ça nous a beaucoup aidé.

E : Ah oui c'est vrai.

M20 : Ça nous aide beaucoup, moi je pense que ça a été un progrès énorme.

E : Les équipes mobiles ?

M20 : Les équipes mobiles, la hotline, ça c'est quand même un truc… enfin moi je m'en sers, alors tous mes collègues ne s'en servent pas, parce qu'ils ont des fois un apriori ils me disent « qu'est-ce que tu veux que ça marche… machin.. » moi chaque fois que j'ai eu la hotline, même dans d'autres d'ailleurs services hein, des fois en urologie par exemple j'ai eu de l'urologue au téléphone hein.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E : Oui c'est pratique.

M20 : Et franchement je l'ai eu, je lui ai expliqué le problème, « pas de problème, ma secrétaire va l'appeler ». Dans les 2 jours le patient il avait son RDV. Moi alors j'ai peut-être eu de la chance mais ça s'est toujours bien passé. Je pense que les hotline c'est vraiment quelque chose qui marche bien et qui nous aide beaucoup. Parce que nous ça nous évite d'envoyer les gens en urgence. Ça règle tous les problèmes en amont et en gériatrie c'est ça quoi. Parce que nous si le plus possible on peut gérer en amont ça nous évite de… enfin j'sais pas moi je trouve ça super quoi ça évite aux patients des heures d'attente.

E : Ah ouais c'est sûr.

M20 : Des gens âgés, même pour tous les gens d'ailleurs en admettant mais… ah ouais pour les gens âgés moi je trouve que c'est…

E : Aux urgences c'est une catastrophe.

M20 : Enfin moi je trouve que c'est quelque chose c'est terrible quoi, je veux dire quand les gens sont sur des brancards, enfin moi l'autre jour j'entends une dame qui avait une fracture du fémur, je sais plus laquelle c'est de mes patients, qui a attendu… peut-être 24 heures sur un brancard, enfin une histoire… Un truc complètement dingue alors ils veulent aller aux toilettes, ils peuvent même pas les faire descendre enfin machin… enfin vous imaginez le truc quoi c'est… c'est du Zola là. On se demande si on n'est pas… enfin moi je trouve… et encore y'en a qui ont la chance d'avoir de la famille. Des amis qui leur donnent à boire ou j'sais pas quoi, mais c'est un truc mais… voilà. Donc pfff… voilà. Enfin j'sais pas hein ce que je pourrais dire d'autre.

E : Vous m'avez dit déjà beaucoup de choses !

M20 : Moi je trouve en 20 ans depuis mon installation c'est le jour et la nuit moi je dirais. Franchement en gériatrie… parce que moi j'ai toujours rêvé… enfin moi quand j'étais, je me suis installée au démarrage tout ça on avait des difficultés avec les personnes âgées, moi je rêvais justement d'avoir un correspondant pour appeler, pour les hospitaliser et ça on avait beaucoup de mal, même on se bagarrait, c'était difficile, c'était… et puis y'avait pas de service très spécialisé je veux dire les hôpitaux se sont beaucoup améliorés parce que maintenant à Q1 ils ont un service courte durée, gériatrie, qui se sont organisés, même à M2 par exemple. C'est ça, avant on n'avait pas ces unités de court séjour gériatrique, ça c'est génial parce que ça permet de les recaser après dans les services de gériatrie, de… non on a quand même fait des progrès euh j'veux dire là en gériatrie euh, ben J2 c'est super j'veux dire on a tout de suite des RDV, bon à B1 c'était pas toujours évident… Je sais plus qui mais c'était peut-être… j'sais plus qui m'en a parlé et m'a dit « je connais quelqu'un à B1 et je lui poserai la question, ces histoires d'hospitalisation » parce qu'alors maintenant ça devient compliqué.

E : Et vous, vous estimez avoir eu une formation en gériatrie ? J'ai pas demandé ça.

M20 : Moi à l'époque… pfff... y'avait un temps y'avait quand même pas beaucoup de trucs hein… Moi ce qui me… enfin moi ce qui m'a toujours plu dans… moi j'aimais bien la pharmacologie, moi ça m'a toujours intéressée donc c'est un truc moi… personne âgée… fonction rénale tout ça donc je me suis toujours intéressée à ça. Donc du coup ça aide beaucoup en gériatrie. Mais après… pfff… la formation gériatrique à l'époque on n'avait pas grand-chose. Moi j'ai pas le souvenir, enfin je sais pas, faudrait demander à Y si elle se souvient mais on n'avait pas bien… C'était pas… Alors maintenant vous avez quand même des, vous avez plus de choses un peu…

E : Peut-être un peu mais…

M20 : Un petit peu plus ? Mais c'est quand même encore pas… moi je pense que c'est surtout la pharmacologie, enfin… j'veux dire voilà… moi quand les filles m'appellent et me disent « je mets sous antibiotiques » je leur dis ben dis-moi la créat et tout la clairance parce que des fois j'ai pas toujours tout tu sais… ben voilà parce que moi tac tac tac je regarde le Vidal… moi c'est un truc voilà…

E : Ah oui je vous ai pas demandé si vous aviez, ben voilà, des outils de réévaluation pour la personne âgée pour l'ordonnance ?

M20 : Pfff… pas bien non, alors il en existe peut-être hein mais…

E : Oui à part le Vidal enfin parce que vous avez le Vidal mais…

M20 : Oui voilà, moi c'est plus les médicaments, voilà si y'a pas voilà des interactions ou bien voir par rapport aux clairances. Voilà les interactions euh pfff…

E : J'ai une dernière question que je vous ai pas demandée : est-ce que vous avez l'impression que c'est plus facile de modifier l'ordonnance d'un gériatre que d'un autre spécialiste ou c'est pareil, vis-à-vis du patient ?

M20 : Pfff… moi je trouve que c'est pareil. Moi je pense pas que ce soit différent.

E : C'est un spécialiste comme un autre ?


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M20 : Oui, oh pour moi oui je vois pas bien de différence moi. Mais il est sûr que moi si je modifie, après ça dépend ce que je fais hein mais si, bon le gériatre à l'hôpital, j'ai pas appelé le gériatre, tiens je modifie votre truc hein. En général sauf si y'a un truc vraiment important que c'est majeur sinon moi je le fais moi. Mais par exemple en ville là oui, j'appellerai le cardio. *Par exemple l'autre fois quand on a modifié pour la dame là, je crois, j'ai appelé la cardiologue.* Parce que je la connais, parce que c'est une consœur et puis je trouve que quand même bon voilà c'est elle quand même qui s'occupe de son traitement cardiaque euh je me voyais pas en train de modifier sans lui dire. Donc je l'ai appelée, je lui dis voilà ce qui se passe.

E : Et ça vous le fait pas pour le gériatre ?

M20 : Ben pour le gériatre je le ferais ben… pfff... moins parce qu'il est à l'hôpital, parce qu'il est bien occupé et que pfff… voilà… c'est vrai j'aurais plus tendance au correspondant de ville, libéral comme moi, parce que lui il voit le patient régulièrement donc on a quand même d'autres rapports si vous voulez. Et je trouve que déontologiquement voilà le gériatre à l'hôpital non, ou alors faut vraiment, faut vraiment qu'il y ait une modification ou un truc énorme hein mais… mais ça m'est arrivé ben l'autre jour mais non c'était même avec le rhumato d'ailleurs pour la polyarthrite de cette dame. Parce que moi j'avais trouvé qu'ils avaient mis des doses importantes de méthotrexate, par rapport à sa clairance. Et on avait appelé le rhumato, qui d'ailleurs a dit « moi je baisse ». Mais bon j'trouve que voilà c'est quand même c'est une correction vis-à-vis de… bon la cardiologue, c'était… je trouve que bon voilà… c'est plus facile en fait c'est ça parce que pour être joint à l'hôpital c'est un peu difficile et puis bon c'est vrai qu'on a maintenant les dossiers informatiques, bon qui peuvent être tout de suite modifiés mais j'trouve c'est plus vis-à-vis de ça c'est pas… moi c'est pour éviter de les déranger, je dirais parce que eux ils ont plein de boulot, il sont… et que le correspondant de ville ben il voit plus régulièrement le patient, c'est…

E : Mmh mmh oui oui j'avais oublié de vous poser cette question.

M20 : C'est en fait ça, moi ça serait plus par rapport à ça, moi je le fais, moi je trouve que c'est plus une correction mais enfin bon. Moi ça m'agace un peu quand on modifie un traitement sans m'appeler, alors c'est vrai que des fois on peut pas toujours appeler mais ou qu'ils me fassent un mot ou j'sais pas ou alors il peut mettre un mot au patient aussi, je dirais ouais ben le rhumato ou j'sais pas ben il change de truc, il met un petit mot ben tenez, vous le donnerez au Dr X, pourquoi j'ai modifié. Moi ça m'énerve des fois un petit peu quoi, surtout qu'alors des fois les changements faut voir ce que c'est mais enfin bon. Ils passent… c'est pratiquement des fois la même chose.

E : Mais par n'importe quel spécialiste pour le coup là, c'est ça ?

M20 : Oui par n'importe lequel oui. Bah je trouve que c'est… bah… j'sais pas, enfin moi je le ferais pas, personnellement. Je trouve qu'entre spécialistes, qu'entre médecins, ben voilà quoi... j'veux dire… je trouve que c'est normal que quand on modifie un traitement prescrit par un spécialiste d'un confrère ben on l'appelle, on lui dit « ben écoute j'sais pas, voilà ». Bon ben alors après le type il va bien le prendre, il va dire « pfff c'était pas la peine de m'appeler euh… pfff... non non y'a pas de problème. Mais bon… moi je trouve, c'est ma façon de travailler hein y'en a peut-être qui font comme ça hein.

E : Oui oui oh ben je pense bien sûr.

M20 : Bon après y'a des cas d'urgence, après y'a des cas d'urgence, on peut pas faire bon… si on est dans l'urgence mais… Je trouve qu'après ou un met un petit mot bon « j'ai modifié », bon je trouve que… Parce que c'est vrai que des fois y'a un peu un manque de coordination des fois, les gens ont pas toujours toutes les infos alors c'est vrai que de moins en moins mais moi j'ai une patiente enfin… qui a été hospitalisée en gériatrie qui a eu plusieurs problèmes, elle avait vu son angio à P2 qui n'était pas au courant de certaines choses. Bon moi il met ça dans son courrier, alors moi ce que j'ai fait, j'ai faxé, j'ai tout faxé, comme ça il était au courant, bon…

E : Y'a d'autres choses qui vous viennent ou…

M20 : Non… non pas spécialement.

E : Ca fait déjà pas mal de choses (*rires)* !

M20 : Oui (*rires*) !

### 7.3.21 Entretien 21

E : Je te redis de quoi ça parle, donc c'est la perception des généralistes des modifications d'ordonnances faites par les gériatres hospitaliers. En gros quand les patients vont à l'hôpital et qu'ils ressortent avec une ordonnance modifiée. Je pose d'abord des questions sur les personnes âgées tout-venant, puis le temps du patient à l'hôpital puis la suite.

M21 : Ok.

E : Donc en général quand tu vois un patient âgé, comment fais-tu pour réévaluer son ordonnances ?

M21 : Comment faire… patient âgé qui vient avec une ordonnance.

E : Son ordonnance habituellement.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M21 : C'est pas moi qui l'ai faite ?

E : Si ça peut être toi, ou c'est un patient que tu vois pour la 1ère fois, un patient tout-venant.

M21 : Comment je réévalue son traitement… D'abord le nombre de médicaments, après essayer de classifier les médicaments par indication, euh… voilà en gros c'est comme ça que je me fais une idée de la pertinence ou non pertinence d'une prescription.

E : Et quand c'est un de tes patients chroniques à quelle fréquence est-ce que tu réévalues ?

M21 : A quelle fréquence… et bien ça dépend de la pathologie, ça peut être 1 mois, ça peut être 3 mois.

E : Ca ne te pose pas problème ? Au niveau temps par exemple.

M21 : Pour réévaluer ça prend forcement du temps, mais chez la personne âgée il faut le faire.

E : C'est pas un argument qui te bloque pour réévaluer, le fait de ne pas avoir le temps ?

M21 : Si c'est toujours à prendre en compte en ce sens que s'il y a des pathologies intercurrentes c'est toujours plus long de refaire un renouvellement en même temps, donc on essaye de régler les pathologies intercurrentes et on essaye de reconvoquer le patient ou de revoir le patient pour faire le renouvellement de l'ordonnance.

E : Une consultation que pour ça ?

M21 : Oui, sinon on fait le renouvellement un peu vite à la fin de la consultation parce que il n'y a plus de médicaments, il faut gérer l'intendance des médicaments et c'est vrai qu'à ce moment-là on ne se pose pas forcement les questions sur la pertinence des médicaments.

E : Qu'est ce qui peut parfois te limiter dans ta réévaluation ? Les antécédents, les pathologies, le patient lui-même…

M21 : Je pense qu'il y a le poids un peu de l'habitude, le fait qu'on a tendance à renouveler de manière un peu automatique les traitements, c'est plutôt contre ça qu'il faut lutter, le caractère un peu routinier du renouvellement. Pour faire un peu de ménage, ça peut être d'ailleurs à l'occasion d'une pathologie intercurrente qu'on arrête le traitement et après une fois qu'il est arrêté on ne reprend que certains médicaments et pas forcément tous les médicaments.

E : As-tu des outils d'aide à la prescription des personnes âgées ?

M21 : Non.

E : Rien de particulier par rapport aux autres patients ?

M21 : D'outils informatiques ?

E : Peu importe.

M21 : Je sais qu'il y a des recommandations sur la iatrogénie, des recommandations pathologie par pathologie, on peut considérer ça comme des outils ?

E : Oui, donc tu vas voir les reco spécifiques si besoin ?

M21 : Oui mais pas à chaque fois.

E : Une fois que le patient est hospitalisé en gériatrie, plutôt en court séjour gériatrique, qu'il y soit allé en passant par les urgences ou adressé directement au service, si ce n'est pas toi qui les a envoyés, comment es-tu au courant de l'hospitalisation ?

M21: En général je reçois un courrier.

E : Une fois qu'ils sont sortis ?

M21 : Oui.

E : Une fois qu'ils sont sortis comment est-ce que leurs ordonnances ont étés modifiés ? Un peu, beaucoup, plutôt des ajouts ou des retraits ?

M21 : C'est au cas par cas, c'est difficile de réponde d'une manière un peu générale, globalement elles sont relativement peu modifiées je dirais.

E : Est ce qu'il y a de classes un peu plus modifiées que les autres ?


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M21 : Les classes thérapeutiques, …, dans le domaine cardiovasculaire il peut y avoir des adaptations plus significatives sur des éléments cardiotropes et les psychotropes aussi. C'est peut-être les 2 classes les plus modifiées.

E : Et les psychotropes dans quel sens ? Plutôt des ajouts, plutôt des retraits ?

M21 : Plutôt les deux, des réadaptations de traitement, des médicaments enlevés et d'autres introduits.

E : Comment es-tu informé de ces modifications ?

M21 : Par l'ordonnance de sortie.

E : Dans le compte-rendu de sortie est ce qu'il y a les explications des changements ?

M21 : Oui en général avec les centres hospitaliers avec lesquels je travaille il y a toujours la justification du changement, les objectifs thérapeutiques clairement indiqués.

E : Du coup tu travailles avec qui ?

M21 : Géographiquement avec R2, mais ça va pas durer longtemps, ils vont déménager au printemps.

E : Avant de revoir le patient est ce que tu as systématiquement le courrier ou il t'arrive de revoir le patient avant le courrier ?

M21 : Ça peut m'arriver de revoir le patient, il va sortir et on va le voir dans les 24h oui j'ai pas forcement le courrier, mais globalement j'ai le courrier très rapidement derrière.

E : C'est par papier ou par internet ?

M21 : On reçoit par SISRA puis après par papier.

E : Quand le patient revient te voir après l'hospitalisation, qu'est-ce que tu fais de cette nouvelle ordonnance ?

M21 : En général ils ont une ordonnance pour un mois avec mission de convoquer leur médecin traitant pour renouveler l'ordonnance. On prend connaissance de l'ordonnance, elle a été faite quelques jours avant, le patient a ses médicaments pour un mois, on prend connaissance des modifications, des justifications de tout ça et en général on poursuit le traitement mis en place dans le cadre de la collaboration qu'on peut avoir avec les confrères qui suivent le patient. C'est un travail d'équipe.

E : Pour toi en général elles sont pertinentes par rapport à ton patient ?

M21 : Oui en général, elles sont très pertinentes.

E : Ca ne te met jamais en difficulté?

M21 : Vis-à-vis du patient ?

E : Oui.

M21 : On va dire que non.

E : Les patients ils acceptent bien ?

M21 : Les patients en général ils acceptent bien, après ils peuvent avoir des interrogations, le patient ou aussi son entourage, mais ça ne me met pas en difficulté.

E : Tu as l'impression qu'ils ont des questions parce qu'on leur a pas expliqué ou ils ont pas compris ?

M21 : Après en gériatrie c'est aussi souvent la famille, les enfants, il peut y avoir introduction de traitement, par exemple psychotropes ou médicament pour des pathologies neurodégénératives ou autre qui fait que la famille s'interroge sur le bien-fondé de ces traitements.

E : Quand derrière il faut remodifier qu'est-ce qui influence ces changements, qu'est-ce qui fait que tu vas avoir à remodifier ?

M21 : Remodifier le traitement du gériatre ?

E : Oui.

M21 : Ca peut être une mauvaise tolérance, ça peut être une aggravation ou une amélioration de symptômes, de pathologies.

E : Est-ce que parfois c'est le patient qui te redemande ton ancien traitement ?

M21 : C'est rare.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E : Quand le patient est à l'hôpital est-ce que tu as des contacts avec le gériatre de l'hôpital ?

M21 : Moi il m'arrive d'appeler les médecins hospitaliers pour faire hospitaliser un patient, après une fois que le patient est en place, hospitalisé, en principe on n'a pas de raison… On a souvent des appels des internes quand les gens passent par les urgences ou par le service, le patient est arrivé il n'avait pas son ordonnance, ou il faut faire préciser un des éléments des antécédents à ce moment-là c'est l'interne du service qui appelle le médecin traitant pour faire préciser telle et telle chose.

E : Est-ce que parfois tu es intégré aux prises de décision concernant certains traitements ?

M21 : Je ne pense pas que ce soit arrivé.

E : Ça t'intéresserait ou tu estimes que c'est pas ton rôle ?

M21 : Que le gériatre m'appelle pour dire je vais lui mettre tel ou tel traitement qu'est-ce que vous en pensez ?

E : Oui mais pas pour tous les traitements, pour les anticoagulants par exemple.

M21 : Non après je pense que le médecin gériatre prend sa décision en son âme et conscience et il propose le traitement, il propose, il indique au médecin traitant qui suit ou qui ne suit pas. JE pense que si on devait remettre en cause les prescriptions des confrères au bout d'un moment c'est qu'on change d'équipe qu'on travaille plus si on remet systématiquement en cause les prescriptions d'un médecin hospitalier au bout d'un moment on change d'équipe et on travaille avec quelqu'un d'autre.

E : Est-ce que ça t'est déjà arrivé de remettre en question le traitement ?

M21 : Non.

E : Pour toi qu'est-ce qu'apporte le gériatre si pour toi il a une valeur ajoutée ?

M21 : Le gériatre il apporte énormément de choses. D'abord son expertise dans le cadre d'un bilan approfondi, parce que le patient il est quand même décortiqué pendant un lapse de temps important, plusieurs jours, il y a une synthèse qui est faite qui évidemment ne peut pas être faite dans le cadre de la médecine libérale, on ne peut pas passer 3h sur le dossier d'un patient dans la journée, on n'a pas le temps, on n'a pas la rémunération pour ça, on serait probablement compétent pour le faire mais c'est pas adapté pour notre exercice. Donc la y'a toute une expertise pour la mise en page des antécédents, de l'histoire naturelle, qui évidemment apporte un éclairage fondamental que la prise en charge puis après y'a l'expertise plus particulièrement médicale du gériatre, du spécialiste qui indique le traitement, un diagnostic, qui réalise des tests qui après permettent de prendre des décisions thérapeutiques.

E : Tu disais que c'était surtout les psychotropes qui étaient surtout modifiés et les médicaments cardiovasculaires, pourquoi à ton avis ?

M21 : Parce que les patients âgés ils ont quand même souvent des pathologies cardiovasculaires, ils deviennent polypathologiques donc leurs anciennes ordonnances de cardiotropes sont pas forcément toujours bien adaptées à leur nouveau statut de polypathologie de personne âgée qu'il faut savoir alléger un peu les traitements à ce niveau-là, ils n'ont pas forcément besoin de tous les médicaments qu'ils avaient 10 ans avant, que les cardiologues/gériatres ont justement une approche plus particulière de la prise en charge chez la personne âgée que des cardiologues tout-venant et que dans un autre domaine les psychotropes c'est au cœur de l'expertise du gériatre de choisir un psychotrope ou un autre en fonction des troubles du comportement et des différentes pathologies.

E : Est-ce que quand le gériatre fait une modification ça t'apporte quelque chose dans ta pratique de tous les jours pour tes autres patients ?

M21 : Oui ça apporte toujours, on est on peut dire que depuis 10 à 15 ans on est quand même bien maintenant amenés à réduire et à supprimer des traitements ça fait quand même maintenant une bonne dizaine d'années voire plus, c'est quelque chose qu'on met en place systématiquement d'élaguer les ordonnances de les alléger. Finalement réduire le nombre de médicaments sur les ordonnances des personnes âgées. L'exercice qui consiste plus à enlever des médicaments qu'à en rajouter. Ça c'est quand même quelque chose qui maintenant n'est plus récent. Il y a 20-25 ans on n'en parlait pas, la maintenant on peut pas dire qu'on ne sait pas...

E : Oui, c'est pas pour autant que c'est facile.

M21 : Voilà ! C'est vrai que le gériatre qui fait un grand coup de balai qui enlève les 3/4 des médicaments ça rend service vis-à-vis du patient parce que c'est… ça valide la nouvelle ordonnance et on s'appuie dessus pour le faire accepter par le patient.
E : As-tu l'impression que parfois le gériatre fait des choses que tu aimerais faire par rapport au traitement mais que tu n'arrives pas à faire, pour différentes raisons ?

M21 : Pas toujours très bien, on ne fait pas toujours comme on veut, on se dit que finalement c'est une bonne idée d'avoir enlevé ces médicaments. J'aurais pu le faire, je ne l'ai pas fait, très bien.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E: Est-ce que derrière les patients viennent te demander ton avis ?

M21 : Ça arrive oui, je prenais tel médicament, je ne le prends plus qu'est-ce que vous en pensez ?

E : Est-ce que parfois tu as des soucis avec les DCI/nom commerciaux ? Est ce que le patient vient chercher sa molécule d'avant ?

M21 : Ça peut arriver par rapport aux génériques, ça peut arriver qu'ils ne veulent pas les génériques ils disent « remettez moi mon médicament », mais c'est pas spécifique des personnes âgées.

E : Qu'est-ce que ça te fait quand ton ordonnance a été modifiée ?

M21 :Ppas grand-chose, moi je prends mon travail comme un travail d'équipe. Mon ordonnance est modifiée, j'en prends acte et en général ça se passe bien.

E : As-tu l'impression de plus respecter les prescriptions des spécialistes d'organes que des gériatres ou pour toi c'est au même niveau ?

M21 : C'est au même niveau.

E : As-tu l'impression que les patients identifient le gériatre comme un spécialiste comme un autre ?

M21 : Je ne sais pas c'est difficile de se mettre à la place du patient. Comme un spécialiste de la globalité quand même puisque le gériatre il fait l'ordonnance pour le cœur, pour la mémoire, il fait l'ordonnance pour tout un peu comme un médecin généraliste avec la supervision de sa fonction de gériatre.

E : Est-ce que tu aurais des pistes d'amélioration pour que la prise en charge des personnes âgées se fasse mieux ?

M21 : Je pense que l'amélioration elle passe beaucoup par la communication. C'est vrai qu'à partir du moment où on améliore la communication on va améliorer la prise en charge. Il faut que le transfert d'informations se fasse bien, il faut que les 2 canaux émetteur/récepteur se passent bien, échangent bien et ce qui me semblerait peut-être, qui pose difficulté c'est que finalement c'est plus dans le sens de l'information qui va du terrain vers le spécialiste qu'il y a probablement un défi de communication. C'est à dire que le déficit de communication est plus de « notre fait » que de la mauvaise qualité du retour des médecins hospitaliers, parce que là je pense qu'il y a eu de gros progrès de faits. Évidemment si on compare les moyens des acteurs, les acteurs de terrain ils ont peu de moyens pour justement bâtir cette information et la faire passer. Et ça c'est valable en gériatrie comme c'est valable un peu dans tous les domaines. Le médecin traitant est seul face à son patient, face à son ordinateur, à son traitement de texte. Il n'a pas non plus 20 minutes pour faire l'examen, le courrier, l'ordonnance. Donc le courrier évidement il est fait mais il est pas forcément très fouillé, pas forcément très pertinent. Donc ce serait plutôt donner des moyens au médecin traitant pour qu'il puisse soit déléguer la tâche de création des courriers auprès d'un secrétariat ou avoir plus de temps. C'est aussi un petit peu le sens des revalorisations qu'on peut avoir par rapport à la gériatrie. Si le gériatre est nourri de riches informations qui reviennent du terrain il sera plus à même de prendre des décisions pertinentes que si le patient arrive en ayant aucune information à apporter.

E : Est-ce que tu fais des visites à domicile ?

M21 : Oui.

E : Beaucoup ?

M21 : Uniquement pour des patients dépendants qui sont clairement identifiés, qui sont en situation de ne pas pouvoir se déplacer, qui nécessitent une collaboration avec la famille, avec les aidants.

E : Est-ce que ça peut te mettre en difficulté ?

M21 : Oui, par manque d'aidants, par manque d'information. Comment la personne âgée vit son quotidien. C'est sûr qu'arriver chez une personne âgée qui a perdu son ordonnance parce qu'elle l'a donnée à l'infirmière qui est passée à la pharmacie, il faut arriver à se débrouiller en n'ayant aucune information sur comment ça s'est passé depuis la dernière fois. On est mis en échec forcément par défaut d'informations.

### 7.3.22 Entretien 22

E : C'est sur la réévaluation des ordonnances des patients âgés. D'abord les patients âgés tout-venant puis ceux qui sont spécifiquement passés par la gériatrie. Pour les tout-venant comment tu réévalues leur ordonnance ?

M22 : Euh… après examen clinique c'est clair. Et on réévalue point par point chaque médicament. Si on n'a pas son ancienne ordonnance ça nous met en difficulté notamment au domicile. Et surtout si la patiente a peu de possibilités d'interaction communicative, ce qui n'est pas toujours le cas non plus, pour réévaluer la totalité de tous les médicaments qu'elle a.

E : A quelle fréquence est-ce que tu réévalues ?


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M22 : Pour les anciens c'est souvent 3 mois. Faut vraiment qu'ils aient au maximum 3 médicaments pour qu'on le fasse tous les 6 mois. Après y'a les gens qui ont une polypathologie qui permet quand même de le faire sur 6 mois avec plusieurs médicaments (6 ou 7) c'est quand même beaucoup plus rare.

E : Y'a des choses qui te gênent dans la réévaluation de l'ordonnance, qui te limitent ?

M22: Dans quel sens ?

E : Est-ce qu'il y a des moments où tu te dis « ah là je sais pas, j'ai pas assez de connaissance » ?

M22 : Je pense pas. Sur le questionnement de supprimer certains médicaments y'a quelquefois des demandes du patient disant « je préfère le garder », alors qu'il n'y a aucune indication. La 2ème chose c'est quelquefois nous qui essayons de réduire le traitement, j'en veux pour preuve ce matin, j'ai supprimé une insuline complètement à une patiente diabétique insulinodépendante qui avait des glycémies inférieures à 1 gramme, on va essayer avec des biguanides. Mais l'explication est compliquée, il faut qu'on ait un patient à peu près cortiqué pour comprendre ce genre de choses. Sinon je n'ai pas de difficultés pour convaincre la patiente soit de modifier soit de rajouter en justifiant la nécessité médicale.

E : Est-ce que tu utilises des outils d'aide à la prescription spécifique des personnes âgées ?

M22 : Non.

E : Du coup quand ils arrivent à l'hôpital que ce soit toi qui les aies adressés ou qu'ils soient passés par les urgences, ils atterrissent en gériatrie, en quoi à la sortie leurs ordonnances ont étés modifiées ?

M22 : Peu depuis peu de temps. Je pense qu'il y a eu des directives probables, parce qu'un traitement de fond qui fonctionne par exemple pour une hypertension artérielle pour laquelle le patient n'a pas été hospitalisé, le patient reste avec son traitement antérieur et ça nous va bien, parce que changer pour changer un IEC pour un autre IEC, un inhibiteur calcique pour un autre inhibiteur calcique, un antidiabétique oral pour un autre de la même classe, ça ne se fait plus ça. Ça fait je dirais 4-5 ans je dirais pas une forme de respect mais je dirais une forme de charte qui permet de dire que hormis le fait pour l'épisode aigu et une modification il faut vraiment qu'il y ait une iatrogénie pour qu'on puisse modifier un médicament.

E : En fait ils s'en tiennent au motif d'hospitalisation et le reste ils ne touchent pas si y'a pas besoin.

M22 : Exactement.

E : Du coup t'as pas l'impression qu'il y a plus de classes de médicaments que d'autres qui sont modifiées ?

M22 : Non. Ils ont peut-être des marchés publics qui sont différents des autres mais on reste très très fréquemment avec une initiation thérapeutique de ne pas modifier nous l'initiation si elle existe du coup quand ils retournent à l'hôpital ils ont exactement la même thérapeutique donc j'ai pas l'impression qu'on fasse la guéguerre des médicaments. Pas du-tout.

E : Quand ils reviennent de l'hôpital, qu'il y ait modification ou pas, comment es-tu informé de ce qui s'est passé ?

M22 : L'information se fait assez rapidement sur ZEPRA, sur SISRA. Mais on reçoit très rapidement par ce biais-là en tout cas vis-à-vis de Q1 une réponse très claire et dans les 24-48h. Les autres correspondants commencent à faire que ce soient les infirmières libérales ou même les correspondants spécialistes libéraux commencent à travailler sur ce système, qui est très bien. Au niveau laboratoire on a Apicrypt et ça me va très bien aussi. C'est la seule communication, alors on reçoit encore des courriers papier, c'est une sorte de sécurité au cas où. C'est clair que d'ici peu on ne travaillera plus que par informatique. On reçoit très rapidement en tout cas.

E : Quand il y a de nombreux traitements mis ou qui sont changés est-ce que le compte-rendu, les informations que tu trouves dedans, est-ce que ça t'explique ?

M22 : Est-ce que ça correspond à l'explication ? Pas toujours. Alors là c'est très peut-être interne dépendant. Les dictaphones sont très logorrhéiques avec des phrases et des paraphrases. La conclusion est souvent très concise mais des fois le traitement ne colle pas forcément. On va dire une fois sur 10 avec les constatations faites à l'hôpital.

E : Une fois que ça a été modifié ou introduit à l'hôpital, que le patient est sorti, qu'il vient te revoir, est ce que tu trouves que ce qui a été fait c'est pertinent par rapport à ton patient ?

M22 : Pas toujours. Mais c'est vrai que quand le motif pour lequel le patient a été hospitalisé n'est pas toujours à mon sens ne correspond pas toujours au retour des courriers. Encore une fois c'est une fois sur 10, peut-être sur le même courrier qui correspond à la thérapeutique qui n'a pas l'explication sur le courrier de sortie.

E : Tu as l'impression qu'il va à l'hôpital avec une plainte et qu'il ressort avec un traitement pour autre chose ?

M22 : Oui. On n'est pas passé à côté de quelque chose de gravissime quand même.

E : Et les fois où ça arrive tu fais quoi de ce nouveau traitement si tu trouves que c'est pas forcément…


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

M22 : Que ce soit le nouveau traitement ou la conduite à tenir ça peut être retour à l'envoyeur pour l'hospitalisation. C'est déjà arrivé. J'en veux pour preuve une sortie d'hospitalisation post-traumatique avec une non prise en charge de la condition d'habitation du monsieur qui habitait tout seul alors qu'il avait 2 fractures de bras. On comprend pourquoi je l'ai renvoyé.

E : Quand à distance à un moment ou à un autre tu as à rechanger ce que l'hôpital avait fait, qu'est-ce qui fait que tu dois rechanger ?

M22 : Soit c'est une mauvaise tolérance soit on est arrivé à une modification qui n'était pas justifiée pour laquelle on se retrouve très souvent avec un retour à la prescription antérieure mais qui n'était pas forcément le motif d'hospitalisation. Sur les modifications rarissimes d'un traitement de fond qui apparaissait plausible avant l'hospitalisation et on reprend à la sortie parce que soit y'a eu un marché publique entre parenthèses soit y'a eu une erreur ou reprise, c'est déjà arrivé, d'une vieille vieille vieille ordonnance que l'interne a lue, et qu'il a plagiée de façon systématique sans reréflechir une seule seconde que c'était pas la bonne.

E : C'est toujours les internes !!

M22 : Qui veux-tu qui fasse les ordonnances ? Les grands professeurs j'ai jamais vu ça !

E : T'as jamais à remodifier parce que le patient préférait avant ou la famille qui dit « non ca va pas » ?

M22 : C'est possible qu'il y ait une mauvaise tolérance mais on remodifie pas forcément en revenant au précédent traitement. On peut modifier c'est déjà arrivé oui. En statistique je sais pas combien et c'est pas non plus monstrueux, 1 sur 10. 10 % ça parait pas énorme.

E : Le patient jamais il est attaché à son ordonnance, il te dit « ah ils m'ont enlevé ça... ».

M22 : C'était le cas il y a une dizaine voire une vingtaine d'années avec des médicaments SMR4 qui n'avaient aucune utilité sur l'ordonnance, les patients disaient « laissez-moi ça docteur », ça n'existe plus parce que je crois que le médecin est là aussi pour essayer d'expliquer aux gens et les persuader de la non nécessité de certaines thérapeutiques qui n'ont pas d'impact sur la santé même si elles ne sont pas dangereuses faut pas exagérer.

E : Le patient quand il revient et qu'il a des nouveaux traitements, des changements est-ce qu'il te demande ton avis ?

M22 : Oui, tout le temps. Ça c'est le problème systématique. Des fois on est un peu excédé ils sortent de l'hôpital et 1 jour après il faut « absolument » qu'on les voie en consultation.

E : Pourquoi à ton avis ?

M22 : Pour faire le point et peut-être comprendre ce que parfois ils n'ont pas compris. Ou ils ont acquiescé à l'ordonnance qu'on leur a prescrit peut-être à part que la confiance ne règne pas. En tout cas on a très très fréquemment même si c'est pas une consultation orthopédique programmée à J + 6 par le chirurgien, en sortie de médecine ce genre de sollicitations.

E : Tu penses qu'on ne leurs explique pas assez à l'hôpital ?

M22 : Non, je pense qu'ils ne vous connaissent pas, donc la confiance n'est pas encore passée. Elle serait passée dans les pathologies chroniques, les gens retournent voir le même correspondant mais c'est tellement rare qu'ils reviennent me voir. La valse des correspondants en consultation post-hospitalisation est une critique très très importante de nos patients. « On ne voit jamais le même ».

E : Oui ça se comprend.

M22 : Même si ce sont des praticiens, des PH qui sont là depuis longtemps qui sont mutés, c'est très personnalité dépendante par malade, très médecin dépendant une consultation.

E : Est-ce que pour toi tu trouves que quand ils sont hospitalisés en gériatrie tu vois une valeur ajoutée par rapport…

M22 : Enormément sur l'analyse clinique approfondie, en tout cas sur nos correspondants hospitaliers. On a en fait ce qu'on ne peut pas faire en ville c'est-à-dire un examen qui apparaît très fastidieux à lire mais quand on le décortique pour avoir des nécessités de déterminer par exemple un GIR c'est bien et c'est très comparatif d'une hospitalisation à l'autre donc ça permet de suivre très régulièrement les patients et de voir quelles sont les nécessités. Le problème de cette lecture c'est que c'est un peu fastidieux. En général 14 à 15 pages et là j'avoue que …. ça fait beaucoup. Quand on sait les lire après ça va mieux puisqu'en fait ils reprennent toutes les hospitalisations antérieures donc y'a les dates et on essaye d'être au mieux à lire le dernier compte rendu et de le comparer au précédent en disant y'a une amélioration, une stabilité ou une aggravation. Ces comptes-rendus sont très utiles pour nous.

E : Tu travailles avec qui ?


(CC BY-NC-ND 2.0)

M22 Essentiellement avec X à F1, avec Y et son équipe à C1 avec R2 et l'hôpital de B1. Après c'est un peu loin donc si c'est de l'autre côté de G1 c'est parce que malheureusement il y a eu une hospitalisation d'urgence et un transfert et on retrouve le patient à l'hôpital de S2.

E : Est-ce que quand ils ont fait des choses particulière sur un patient, est-ce que toi ça te permet quand tu rencontres la situation pour un autre patient de t'aider ; est-ce que ça t'apporte quelque chose dans ta pratique de tous les jours ?

M22 : Tu veux dire de le faire moi-même parce qu'ils l'ont fait avant ?

E : Oui.

M22 : Ça peut, faut être ouvert à tout. Donc faut pas trop être obtus en disant ça sert a rien. Je sais plus dans quelle circonstance j'ai croisé un médecin, un MSU qui disait « je crois pas aux cures thermales, j'en prescrirait jamais c'est de la bêtise » ok mais ce genre d'affirmation est sans fondement dans le sens où je pense qu'on ne peut pas être obtus comme ça systématiquement en disant ça vient de l'hôpital donc c'est pas bon ou ça vient de l'hôpital et c'est systématiquement bon. Il faut avoir de l'esprit critique. Il est fort probable que certaines études nous conduisent à récupérer des traitements qui pour nous n'ont pas de valeur, en tout cas peu, et nous ont amené un élément positif et y'en a d'autres à l'inverse nous on fait arrêter certains traitements disant ça sert à rien. Donc ça apporte.

E : Quand tes ordonnances elles ont étés modifiées qu'est-ce que ça te fait ?

M22 : Je ne suis pas susceptible… *rire*

E : Est-ce que ça t'arrive que l'hôpital ait besoin de t'appeler pendant le séjour ?

M22 : Clairement. Souvent c'est les externes. A juste titre parfois car ils n'ont pas le dossier. Quand ils ne partent pas en urgence les patients partent avec le dossier des visites. Donc s'ils posent des questions c'est qu'ils n'ont pas lu le dossier et ça m'excède un peu. Parce qu'il y'a quand même tout dessus. Après s'ils me posent des questions en me demandant de faire des fax sur des choses qui n'ont aucun intérêt j'envoie en touche. Le dernier en date il voulait tous les potassiums de l'année, que je lui faxe. Je lui ai dit j'ai d'autres chats à fouetter faut pas pousser, demandez à sa femme elle a tous les résultats à la maison. Des fois c'est justifié dans le sens ou le sénior et là c'est le senior qui appelle en posant la question si l'indication qu'il pose va être un problème pour le suivi pour l'analyse, pour le résultat… et si ça vaut le coup parce qu'on n'a pas une évaluation gériatrique comme ça sous le coude parce qu'il n'a jamais été hospitalisé avant et que véritablement il a besoin de mon ressenti sur la résistance et l'état gériatrique de ce patient. Ça arrive et ça j'accepte volontiers.

E : C'est pas souvent qu'on t'appelle ?

M22 : Ah si

E : Pour du thérapeutique, pour te demander ton avis ?

M22 : Très souvent dans le sens où j'ai tissé des liens très particuliers avec les gens des services d'urgence et des services de gériatries ou on se connaît ou on s'est vu, on sait comment on travaille et quelquefois on correspond par téléphone pour une petite chose. J'en veux pour preuve la dernière dame qui a été hospitalisée qui n'était pas ma patiente et que j'ai fait hospitalisée en urgence. Elle est passée par les urgences puis elle a transité a C1, c'est moi qui ai appelé le gériatre pour lui dire moi je pense qu'il y'a telle ou telle carence. Il serait bon de chercher le compte tenu des éléments que j'ai vus chez elle. On travaille comme ça et c'est vrai qu'on oriente plus certaines explorations sans qu'elles soient trop agressives pour trouver une solution.

E : C'est rare !

M22 : Non ça ne devrait pas.

E : Oui mais de tous les médecins que l'on a interrogés tu es le seul à dire que c'est assez fréquent.

M22 : Oui, mais c'est plus qu'hebdomadaire. Si tu veux moi mon portable tu vois tous les correspondants qui me rappellent ou que j'appelle, c'est en direct pour, tiens je te donne exemple, le radiologue chez qui j'ai envoyé le patient qui avait un problème de phlébite bilatérale qui a eu un traumatisme abdominal chirurgical, avec une colectomie partielle, de la fièvre, 2 phlébites surales, j'ai besoin d'avoir une imagerie rapide, on a eu une imagerie à T2, le radiologue m'a rappelé pour me dire on fait quoi ? ». C'est logique, il a analysé le patient il l'a vu radiologiquement, moi je l'ai vu on va dire sur le plan sémiologique et à nous deux on s'est dit il faut quand même qu'on ait un avis chirurgical. Le chirurgien l'a vu il a récusé toute opération, intervention ou réouverture donc on s'est dit bon voilà on a fait le tour, mais pourquoi il a fait ses phlébites alors qu'il était sous anticoagulant, sous HBPM, et qu'il avait un énorme traumatisme abdominal 8 jours avant. Tu vois c'est une concertation et j'en veux pour preuve que derrière c'est moi qui ai appelé le service d'urgence pour dire « je vous envoie tel monsieur qui sort de chez vous et qui a ça ». Donc c'est vraiment très très interactif tout le temps et on gagne un temps fou à l'accueil, à la gestion de l'urgence si y'en a une. Généralement quand on hospitalise c'est pas pour dire on va faire un bilan pour voir si vous allez mieux que l'année dernière.


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

E : Si ça peut aider le patient âgé à ne pas patienter des jours aux urgences.

*Téléphone*

M22 : On a systématiquement, je ne peux pas travailler autrement, parce que je vois l'exemple de ce monsieur, il est de 59, c'est pas vieux vieux mais ce monsieur y'a 3 ou 4 ans m'a téléphoné un jour dans sa voiture pour me dire j'ai une douleur thoracique qui irradie dans le bras gauche, je rentre chez moi, il était au rond-point de camping gaz, tu vois ou c'est ? C'est quand tu vas sur F1 en sortant de U2. Je lui dis tu fais demi-tour, tu vas à F1 et j'appelle. J'ai eu le service d'urgence et le monsieur a eu 2 stents. Pendant les 10 min qui ont suivi je t'explique pas… si je lui dis de s'arrêter et d'appeler le SAMU, parce qu'il aurait pu provoquer un accident… C'est très compliqué. Je pense qu'en fait les correspondants réguliers que j'ai sur le plan téléphonique ne m'ont jamais refusé d'accepter un patient d'une part ou peut-être 1 ou 2 incongrus pour lesquels souvent c'est des internes qui ont la grosse tête et qui visiblement pensent qu'il n'a y a rien. Ça c'est dramatique, je te jure que ça nous excède au plus haut point de voir que visiblement la correspondance qu'on a fait qu'ils pensent qu'on a aucune notion de sémiologie, aucune notion d'urgence, aucune notion de rien et ça c'est pour nous c'est bien que vous sachiez tout et nous rien mais voilà… A faire passer le message...

E : Vois-tu des pistes d'amélioration pour la prise en charge des personnes âgées ?

M22 : Sur le plan, tu parles de la prise en charge hospitalière, de quoi ?

E : Oui la prise en charge hospitalière et le lien que tu peux avoir avec les médecins hospitaliers.

M22 : Il faudrait refaire toute l'éducation civique française là…. Déjà une maison de retraite pour moi c'est une horreur, c'est de la maltraitance donc si on part de ce point de vue-là, le trinôme petits-enfants enfants, grands-parents devrait exister en permanence soit par proximité, soit par lien affectif. Ça n'existe plus donc on crée des maisons de retraite qui ont des nuits, des veilleuses de nuit qui sont mal préparées à ce genre de choses, qui provoquent des maltraitances, dès qu'il y a un souci elles appellent le 15, qui envoie une ambulance qui fout le papi ou la mamie sur un brancard pendant des heures sans boire, sans manger et sans faire le reste d'ailleurs et ça devrait être interdit. Voilà l'amélioration. Je te signale que l'ARS à des projets là-dessus parce que j'en ai fait partie un petit peu, ce projet il a capoté ou il est en court mais on ne nous a plus demandé notre avis, en tout cas on aimerait bien mettre en place dans les maisons de retraite, sont réellement pour nous les premiers principes qu'on devrait inculquer aux veilleuses de nuit.

E : C'est genre quoi ?

M22 : On n'hospitalise pas un papi qui tousse et qui a 38. On n'hospitalise pas un papi qui est tombé par terre et qu'on n'a pas envie de remettre dans son lit parce qu'il s'est chié dessus, on n'hospitalise pas une mamie qui crie tout le temps sous prétexte qu'elle crie. On n'hospitalise pas quelqu'un qui nous enquiquine comme ça on passera une bonne nuit, voilà...Tu vois ce que je veux dire, et la y'a du boulot là. Ça c'est du progrès à faire et ça encombrera pas les hôpitaux qui n'ont pas à faire ce genre de choses. Après on devrait aussi obliger les médecins à faire des gardes la nuit, pourquoi pas. Puisque ça en vient là. Si la veilleuse de nuit peut obtenir un médecin qui vient voir le monsieur ou la dame, voilà… ça fait beaucoup de choses hein ? A bouger ! Ça éviterait surtout des hospitalisations inutiles.

E : J'ai juste quelques questions pour nos statistiques. Tu te considères en rural ou semi-rural ?

M22 : Semi-rural ; y'a des tracteurs oui mais quand même.

E : Depuis quand es-tu installé ?

M22 : Depuis 1983 donc 35 ans cette année.

E : Ton âge ?

M22 : 64 cette année.

E : Tu fais des visites à domicile ?

M22 : Oui.

E : As-tu eu une formation en gériatrie ?

M22 : J'ai fait 2 ans d'internat en hôpital gériatrique si t'appelle ça une formation.

E : As-tu une idée de ton pourcentage de patients de plus de 70 ans ?

M22 : (*regarde mais SNIR indisponible*) Moi je dirais 50 % . De toute façon la patientèle suit ton âge…


BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

Nom, prénom du candidat : Edith Bosveil

# CONCLUSIONS

L'adaptation des thérapeutiques est un des enjeux majeurs de la prise en charge médicale des personnes âgées. La iatrogénie est limitée chez les sujets âgés par une attention particulière portée aux interactions médicamenteuses et une adaptation régulière des thérapeutiques. Une réévaluation fréquente de l'ordonnance permettrait de limiter celle-ci.

L'objectif de notre étude qualitative est d'évaluer la perception des médecins généralistes des modifications d'ordonnance des patients par les gériatres hospitaliers. Nous avons réalisé une étude qualitative, auprès de 22 médecins généralistes de la région Auvergne Rhône-Alpes.

Les généralistes ont conscience du potentiel iatrogénique de leur ordonnance. Ils essayent de la limiter, mais leur mode d'exercice est parfois un frein à la réévaluation correcte du traitement de la personne âgée.

Les modifications d'ordonnance réalisées par les gériatres concernent essentiellement les psychotropes, les médicaments à visée cardiovasculaire et les traitements antidiabétiques. Elles sont jugées majoritairement pertinentes par les médecins généralistes. L'ordonnance est globalement respectée, avec des ajustements plutôt que des modifications drastiques. Les médecins généralistes apprécient qu'au cours d'une hospitalisation, le gériatre donne son avis d'expert sur l'ordonnance et sur la gestion de la poly pathologie. Les modifications réalisées par le gériatre permettent de rectifier les interactions potentielles existantes et de limiter le nombre de traitements indispensables. Parfois, elles sont moins bien perçues car elles soulèvent une interrogation concernant le rapport bénéfice risque de certains médicaments.

Les médecins généralistes avouent avoir des difficultés à poursuivre la prescription de sortie d'hospitalisation au long cours. Ils sont amenés à remodifier l'ordonnance. Ces remodifications sont faites en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient, mais également en fonction des souhaits de celui-ci. D'autre part, les médecins généralistes ont le sentiment que le comportement du patient n'est pas le même au domicile et à l'hôpital. Ceci expliquerait selon les généralistes que le gériatre ne perçoive pas le patient à l'hôpital comme eux au domicile. De plus, les généralistes ont le sentiment que le patient ose moins exprimer ses plaintes à l'hôpital. Ils ont aussi l'impression que l'hôpital n'explique pas toujours



BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

suffisamment au patient les changements de thérapeutique. Ils sentent souvent leurs patients perdus face à leur nouvelle ordonnance à leur retour.

Si les généralistes apprécient le regard extérieur et global du gériatre, ils pointent du doigt leur connaissance plus superficielle qu'eux du patient. Il pourrait être intéressant que le gériatre fasse des propositions d'adaptation thérapeutique pour les pathologies chroniques plutôt que des modifications immédiates. En effet, les conséquences de ces changements au long cours sont difficiles à appréhender sur un court temps d'hospitalisation. De retour au domicile, le médecin généraliste pourrait alors en accord avec le patient suivre ou non ces recommandations en fonction de l'évolution de son état de santé et de ses antécédents médicaux et thérapeutiques.

**Le Président de la thèse,**
*Nom et Prénom du Président*
*Signature*

Pr Laurent GERIAUT

Vu :
**Pour Le Président de l'Université**
**Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est**

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST LYON

**Professeur Gilles RODE**

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 7 mai 2018



BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

Nom, prénom du candidat : FAVRO Elodie

# CONCLUSIONS

L'adaptation des thérapeutiques est un des enjeux majeurs de la prise en charge médicale des personnes âgées. La iatrogénie est limitée chez les sujets âgés par une attention particulière portée aux interactions médicamenteuses et une adaptation régulière des thérapeutiques. Une réévaluation fréquente de l'ordonnance permettrait de limiter celle-ci.
L'objectif de notre étude qualitative est d'évaluer la perception des médecins généralistes des modifications d'ordonnance des patients par les gériatres hospitaliers. Nous avons réalisé une étude qualitative, auprès de 22 médecins généralistes de la région Auvergne Rhône-Alpes.
Les généralistes ont conscience du potentiel iatrogénique de leur ordonnance. Ils essayent de la limiter, mais leur mode d'exercice est parfois un frein à la réévaluation correcte du traitement de la personne âgée.
Les modifications d'ordonnance réalisées par les gériatres concernent essentiellement les psychotropes, les médicaments à visée cardiovasculaire et les traitements antidiabétiques. Elles sont jugées majoritairement pertinentes par les médecins généralistes. L'ordonnance est globalement respectée, avec des ajustements plutôt que des modifications drastiques. Les médecins généralistes apprécient qu'au cours d'une hospitalisation, le gériatre donne son avis d'expert sur l'ordonnance et sur la gestion de la poly pathologie. Les modifications réalisées par le gériatre permettent de rectifier les interactions potentielles existantes et de limiter le nombre de traitements indispensables. Parfois, elles sont moins bien perçues car elles soulèvent une interrogation concernant le rapport bénéfice risque de certains médicaments.
Les médecins généralistes avouent avoir des difficultés à poursuivre la prescription de sortie d'hospitalisation au long cours. Ils sont amenés à remodifier l'ordonnance. Ces remodifications sont faites en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient, mais également en fonction des souhaits de celui-ci. D'autre part, les médecins généralistes ont le sentiment que le comportement du patient n'est pas le même au domicile et à l'hôpital. Ceci expliquerait selon les généralistes que le gériatre ne perçoive pas le patient à l'hôpital comme eux au domicile. De plus, les généralistes ont le sentiment que le patient ose moins exprimer ses plaintes à l'hôpital. Ils ont aussi l'impression que l'hôpital n'explique pas toujours suffisamment au patient les changements de thérapeutique. Ils sentent souvent leurs patients perdus face à leur nouvelle ordonnance à leur retour.

BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

Si les généralistes apprécient le regard extérieur et global du gériatre, ils pointent du doigt leur connaissance plus superficielle qu'eux du patient. Il pourrait être intéressant que le gériatre fasse des propositions d'adaptation thérapeutique pour les pathologies chroniques plutôt que des modifications immédiates. En effet, les conséquences de ces changements au long cours sont difficiles à appréhender sur un court temps d'hospitalisation. De retour au domicile, le médecin généraliste pourrait alors en accord avec le patient suivre ou non ces recommandations en fonction de l'évolution de son état de santé et de ses antécédents médicaux et thérapeutiques.

**Le Président de la thèse,**
*Nom et Prénom du Président*
*Signature*

Pr Laurent LEDRICHARD

Vu :
**Pour Le Président de l'Université**
**Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est**

**Professeur Gilles RODE**

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 7 mai 2018

BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)

Université Claude Bernard Lyon 1

UFR de médecine LYON-EST

Edith Bosveil et Elodie Favro

# Perception des médecins généralistes des modifications d'ordonnances par les gériatres hospitaliers

**Résumé**

**Introduction :** La proportion de personnes âgées progresse en France. Cette population présente souvent de multiples pathologies, augmentant le risque de polymédication. Les services de gériatrie sont sensibilisés aux prescriptions inappropriées chez les personnes âgées. Les ordonnances des patients sont réévaluées et souvent modifiées lors des hospitalisations dans ces services. Cependant, les médecins généralistes les remodifient lorsque le patient retourne au domicile. L'objectif de notre étude était d'évaluer la perception des médecins généralistes des modifications d'ordonnance réalisées par les gériatres hospitaliers, afin de comprendre ces remodifications par le généraliste au décours de l'hospitalisation.

**Méthode :** Nous avons réalisé en binôme une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, à l'aide d'un canevas d'entretien. Ces entretiens ont ensuite été retranscrits, anonymisés et enfin encodés.

**Résultats :** 22 médecins généralistes de la région Auvergne-Rhône-Alpes ont été interrogés. Les généralistes déclaraient que leurs ordonnances étaient globalement respectées, avec des ajustements plutôt que des modifications. Généralement ces ajustements allégeaient le traitement et étaient jugés globalement pertinents. Les raisons des changements étaient l'apparition d'une nouvelle pathologie, une iatrogénie de la part du généraliste, un problème de disponibilité en pharmacie et un manque de connaissance du gériatre concernant l'historique médical du patient. Le comportement de ce dernier à l'hôpital était différent de celui du domicile, ce qui amenait à certaines modifications. Ils appréciaient l'apport du gériatre sur le plan clinique et thérapeutique, ainsi qu'un regard extérieur sur leurs ordonnances, avec cependant certaines réserves. Ils ont noté l'importance de la justification des modifications dans le compte rendu hospitalier, qui parfois leur manquait. Une bonne communication entre l'hôpital et la ville semblait primordiale dans l'optimisation de l'ordonnance de la personne âgée.

**Conclusions :** Les généralistes perçoivent l'expertise du gériatre comme utile dans la réévaluation de l'ordonnance du patient âgé. Une préconisation de modification thérapeutique plutôt qu'une modification immédiate durant l'hospitalisation serait souhaitable, notamment concernant les traitements de fond. Le médecin généraliste pourrait alors en accord avec le patient décider de suivre ou non ces recommandations.

**Mots clés**

Etude qualitative, perception des médecins généralistes, modification d'ordonnance, gériatre

**Jury**

| | |
|---|---|
| Président : | Monsieur le Professeur LETRILLIART Laurent |
| Membres : | Monsieur le Professeur BONNEFOY Marc |
| | Monsieur le Professeur KROLAK-SALMON Pierre |
| | Monsieur le Docteur MARECHAL François |

**Date de soutenance :**

Mardi 5 juin 2018

**Adresses**

efavro@yahoo.fr

edith.bosveil@gmail.com

BOSVEIL ; FAVRO
(CC BY-NC-ND 2.0)