

UN ENTRETIEN DE SORTIE STRUCTURE AMELIORE LA CONNAISSANCE DU
TRAITEMENT MEDICAMENTEUX PRESCRIT A LA SORTIE
D'UN SEJOUR HOSPITALIER

M. Louis Simonet

M.P. Kossovsky

P. Micheli

F.P. Sarasin

P. Chopard

M. Rossi

V. Gabriel

T. Perneger

J.M. Gaspoz

Cliniques de Médecine 1 et 2, Groupe de Recherche et d'Analyse en Systèmes et Soins
Hospitaliers (GRASSH), Département de Médecine interne ; et Unité Qualité des Soins,
Direction médicale, Hôpitaux Universitaires de Genève

Introduction

Pour un patient hospitalisé, le retour à domicile est potentiellement un temps d'incertitude et de vulnérabilité quant à l'observance de son traitement médicamenteux. Outre l'instauration d'un nouveau traitement, il n'est pas rare que les patients reçoivent des prescriptions de médicaments qui ne sont pas compatibles avec la reprise des médicaments qu'ils avaient à la maison avant leur hospitalisation, voire les dupliquent. Une bonne observance thérapeutique repose donc sur l'information que les patients reçoivent à leur sortie. En effet, il a été bien démontré qu'une mauvaise observance thérapeutique est souvent le résultat d'une communication inefficace entre le médecin et son patient, et d'une information insuffisante reçue par le patient sur son traitement; ceci se traduit par une connaissance partielle ou erronée des médicaments que le patient prend, ou encore par une mauvaise compréhension des intentions ou instructions thérapeutiques du médecin.

Dans une précédente étude, conduite par le Dr P. Micheli et le GRASSH, nous avons pu démontrer que, lorsque l'on interroge des patients une semaine après leur sortie de l'hôpital sur les médicaments qui leur ont été prescrits pour le long terme, ils déclarent ignorer l'indication d'un médicament une fois sur cinq; cette fréquence est de une fois sur quatre s'il s'agit d'un nouveau médicament prescrit pendant l'hospitalisation. Ils déclarent également n'avoir reçu une information que pour 15% des médicaments prescrits. Cependant, lorsque cette information a été donnée, la connaissance que les patients ont de leur traitement se trouve augmentée de manière significative (rapport des odds 7,25; intervalle de confiance: 3,2-16,5).

Le but de notre étude a été de déterminer si la conduite systématique et structurée d'un entretien de sortie par le médecin hospitalier pouvait améliorer la connaissance que les patients ont de leur traitement, une fois rentrés à domicile.

Méthode

Il s'agit d'une étude prospective, non randomisée, contrôlée, avec des périodes pré- et per-intervention de trois mois chacune conduite dans les deux cliniques de médecine de notre institution. L'intervention a eu lieu dans une des cliniques (clinique expérimentale), l'autre servant de contrôle. Pendant la période de l'étude, tout patient sortant des cliniques avec une prescription d'au moins un médicament a été inclus, pour autant qu'il retourne à domicile et qu'il parle le français. Une semaine après la sortie de l'hôpital, un interrogatoire (questionnaire) téléphonique a eu lieu: celui-ci portait essentiellement sur les informations

reçues en matière de traitement, ainsi que sur la connaissance que les patients avaient des médicaments prescrits.

Dans la clinique expérimentale, l'intervention a consisté à structurer et standardiser la conduite de l'entretien que le médecin interne mène avec son patient avant la sortie. Durant cet entretien, le médecin encourageait le patient à poser des questions sur son séjour hospitalier, sur les conditions de son retour à domicile et sur le traitement prescrit à la sortie. Une carte de traitement préparée avant l'entretien était alors présentée, discutée, puis remise au patient. Cette carte (annexe 1) contenait les rubriques suivantes: le nom des médicaments, les doses et fréquences de leur administration, les précautions à observer dans leur prise, la raison du traitement et le bénéfice que le patient pouvait en attendre et, finalement, les effets secondaires possibles (pas plus de deux) .

Afin de faciliter le travail des médecins, cette carte était générée à l'aide d'un programme informatique, accessible dans le système de l'hôpital, et muni de menus déroulants pour chacune de ses rubriques; les items contenus dans ces menus avaient été élaborés dans un langage proche du patient (pas de jargon médical), afin d'en faciliter la compréhension. A partir du questionnaire téléphonique et concernant les médicaments prescrits, les principales données récoltées ont été : l'information que le patient disait avoir reçue; la connaissance qu'il avait de son traitement en terme de nom des médicaments, de dosage et de fréquence d'administration; la connaissance de l'indication du traitement et des effets attendus; la connaissance des précautions à observer et des effets secondaires possibles. L'utilité et l'utilisation de la carte de traitement (par les patients l'ayant reçue) ont également été évaluées.

L'analyse statistique principale a consisté à déterminer quel était l'impact de l'intervention sur les quatre niveaux de connaissance que le patient avait de son traitement une fois de retour à domicile. Pour conduire cette analyse, une attitude "intention to treat" a été adoptée. Ainsi, nous avons considéré que tous les patients participants à l'étude admis dans la clinique expérimentale ont été exposés à l'intervention, quand bien même un certain nombre d'entre eux n'ont pas reçu de carte de traitement, pour diverses raisons détaillées dans la section des résultats. Afin de juger de l'impact réel de l'intervention sur la connaissance que les patients avaient de leur traitement, nous avons effectué des analyses multivariées, en pratiquant des ajustements statistiques pour les différences observées entre les deux cliniques dans la période pré-intervention, ainsi que pour l'évolution spontanée de la connaissance au cours du temps dans la clinique témoin. D'autres caractéristiques épidémiologiques et cliniques ont également été introduites dans les modèles multivariés pour ajustement. Enfin,

nous avons tenu compte du manque d'indépendance entre les observations faites concernant les médicaments, puisque un patient pouvait en recevoir un ou plusieurs. Ainsi, une analyse par "cluster" ou grappe d'observation a été pratiquée.

Résultats

Nous avons étudié 809 patients, répartis également entre les deux cliniques et entre les périodes pré- et per-intervention: 439 patients pour la clinique contrôle (pré-intervention: 222; per-intervention: 217) et 370 patients dans la clinique expérimentale (pré-intervention:177; per-intervention: 193). Les patients, dont la moitié étaient des femmes, avaient un âge moyen de 64 ans, avaient un score moyen de comorbidité selon Charlson de 1,9 et se voyaient prescrire en moyenne 5 médicaments à leur sortie; 35% vivaient seuls et 20% d'entre eux bénéficiaient d'une aide professionnelle à domicile. Ces caractéristiques n'étaient pas significativement différentes entre les deux cliniques, aussi bien avant que pendant l'intervention (Tableau 1)

Parmi les 193 patients inclus dans la clinique expérimentale pendant la période d'intervention, seuls 140 ont reçu une carte de traitement. Les raisons de non distribution de cette carte ont été les suivantes: pour 33 patients, le médecin interne ne l'avait pas faite; pour 11 patients, il n'a pas pu la faire (raison techniques) et dans 9 cas il n'existait pas d'indication à la faire (pas de modification de traitement). L'adhésion des médecins internes à l'intervention a donc été de 82%.

En ce qui concerne l'information que les patients disaient avoir reçue, l'intervention a augmenté de manière significative le nombre de médicaments pour lesquels une information a été donnée dans la clinique où s'est déroulée l'intervention (62% pré- versus 72% per-intervention; $p<0,02$), alors que cette proportion sembla diminuer dans la clinique témoin pendant les mêmes périodes (57% pré- versus 45% per-intervention; $p<0,002$).

De plus, pour chacun des types de connaissance explorés, l'intervention a permis d'améliorer significativement la proportion de médicaments pour lesquels les patients exprimaient une réponse correcte (Figure). Bien que déjà élevée dans les deux cliniques, la proportion de médicaments dont les patients connaissaient l'indication et les effets attendus augmenta de manière significative dans la clinique soumise à l'intervention mais ne changea pas dans la clinique contrôle (Figure). En revanche, les précautions à observer et les effets secondaires possibles étaient connus pour une bien moindre proportion de médicaments, dans les deux cliniques; durant l'intervention, cette proportion augmenta dans les deux cliniques, mais de manière significativement plus élevée dans la clinique expérimentale (Figure).

Après ajustements, l'intervention est restée significativement associée à une meilleure connaissance de l'indication d'un médicament, des précautions à observer, et des effets secondaires possibles (Tableau 2). La connaissance des effets thérapeutiques attendus, bien qu'accrue par l'intervention, ne l'a pas été de manière significative. Les autres facteurs qui se révélèrent indépendamment associés à de meilleures connaissances des médicaments furent le fait d'être une femme ou d'avoir un niveau plus élevé d'éducation. A l'inverse, de moins bonnes connaissances du traitement se révèlent associées à un âge plus élevé, ainsi qu'au fait de vivre seul.

Finally, in the experimental clinic, among the 140 patients returned home with a treatment card, 125 patients (89%) found it very useful, 11 (8%) moderately useful and only 4 patients (3%) saw no utility. As for the use they made of it, 65 patients (46%) used it every day (of which 19 at each medication intake), 59 patients (42%) once since their discharge, and 16 patients (12%) did not use it.

Conclusion

Our results demonstrate that the structured and standardized discharge by the hospital internist improves significantly the patient's knowledge of his treatment, once he has returned home. During this interview, the information provided answers the questions that the patient still has about his treatment and is reinforced by a simple and explicit treatment card that the patient takes with him to his home.

These results could have consequences in terms of health for patients: it is known that an improvement in knowledge and understanding of a medicinal treatment improves not only adherence but also safety.

The implementation of this intervention was simple and easy; it was favorably received by the internists as well as by the patients. Its transformation into a routine procedure in the clinical services should be considered.

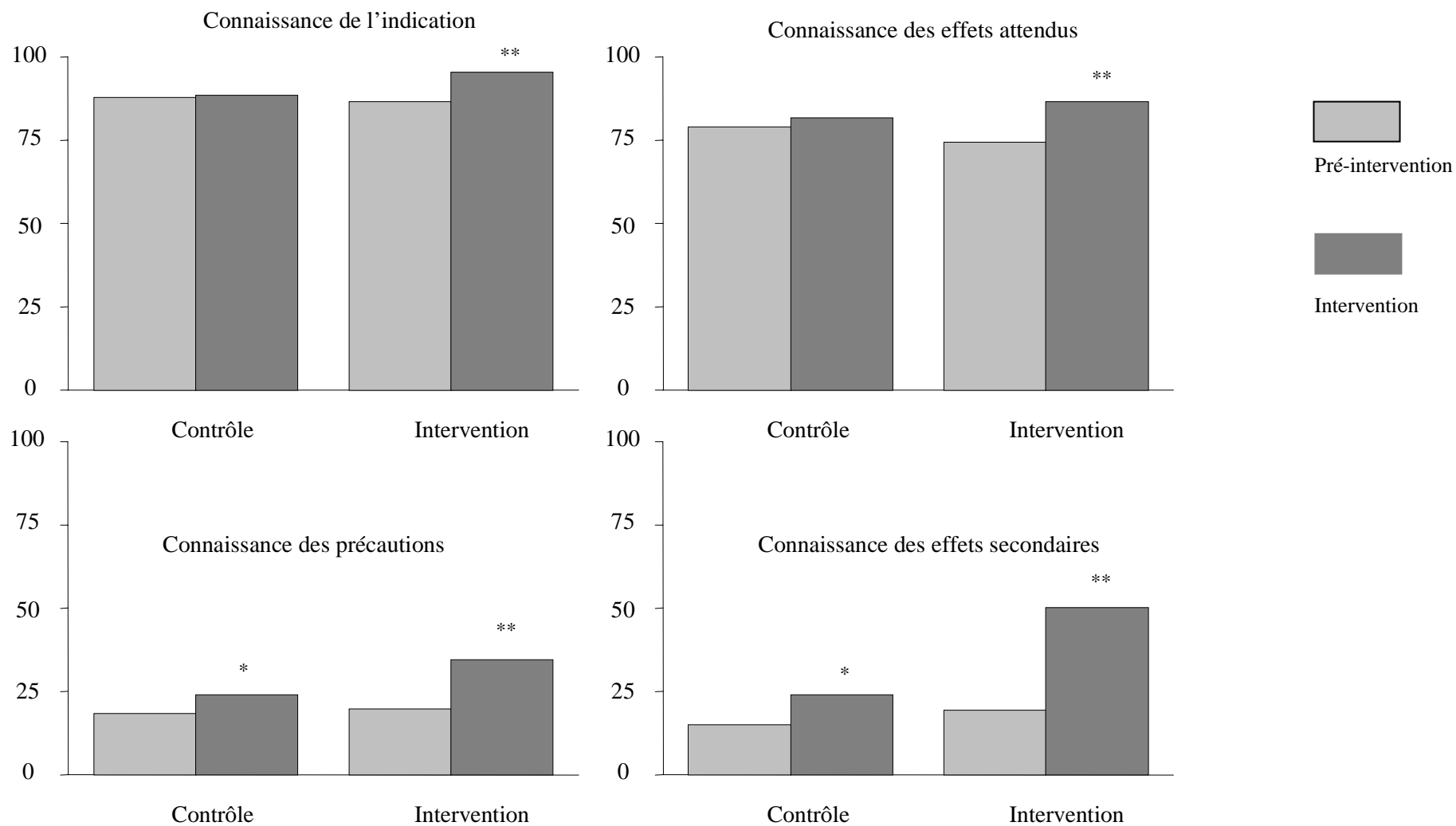
Tableau1: Caractéristiques épidémiologiques et cliniques des patients inclus dans l'étude

	Médecine I (n=370)		Médecine II (n=439)		p
	Pré-intervention n=177	Intervention n=193	Pré-intervention n=222	Intervention n=217	
Age moyen (\pm SD)	64,4 (16,2)	62,2 (17,3)	62,2 (17,3)	63,7 (16,8)	0,48
Hommes (%)	95 (53,7)	101 (52,3)	112 (50,5)	99 (45,6)	0,39
Education obligatoire seule (jusqu'à 15 ans) (%)	113 (63,8)	109 (56,5)	154 (69,8)	123 (56,7)	0,02
Vit seul (%)	51 (28,8)	72 (37,3)	75 (37,8)	83 (38,2)	0,18
Aide professionnelle à domicile (%)	38 (21,5)	40 (20,7)	38 (17,1)	46 (21,2)	0,70
Score de comorbidité de Charlson moyen (\pm SD)	2,1 (2,4)	1,9 (2,1)	2,1 (2,2)	1,7(1,7)	0,11
percentile 25 - 50 - 75	0 - 1 - 3	0 - 1 - 3	0 - 1 - 3	0 - 1 - 2,5	
Nombre moyen de médicaments prescrits à la sortie (\pm SD)	5,0 (3,0)	5,1 (2,6)	5,3 (2,7)	5,5 (2,7)	0,25
percentile 25 - 50 - 75	2 - 5- 7	3 - 5- 6	3 - 5- 6	4 - 5-7	

Tableau 2: Facteurs associés indépendamment à une meilleure connaissance par les patients des différents aspects de leur traitement (Analyse multivariée)

	<u>Indication</u>		<u>Effets attendus</u>		<u>Précautions</u>		<u>Effets secondaires</u>	
	ORs	95% CI	ORs	95% CI	ORs	95% CI	ORs	95% CI
Intervention	2.8	1.4 - 5.6	1.6	1.0 - 2.6	1.6	1.1 - 2.3	2.3	1.5 - 3.4
Sexe (F vs. M)	1.8	1.2 - 2.7	1.8	1.4 - 2.4	1.3	1.0 - 1.6	1.3	1.1 - 1.7
Niveau d'éducation	1.6	1.2 - 2.3	1.5	1.1 - 1.9	1.3	0.1 - 1.6	1.4	1.1 - 1.7
Age (par 10 ans)	0.7	0.6 - 0.8	0.8	0.7 - 0.9	0.9	0.8 - 0.9	0.9	0.8 - 0.9
Vit seul	0.7	0.5 - 0.9	0.7	0.5 - 0.9	0.9	0.7 - 1.1	0.9	0.7 - 1.1

Figure: Proportion de médicaments pour lesquels les patients expriment une réponse correcte.



* p < 0.05
 ** p < 0.001