# Adaptation des traitements chez la personne âgée hospitalisée : la justification dans le courrier de sortie est-elle vraiment un atout ?

Emeline Singlard

▶ **To cite this version:**

Emeline Singlard. Adaptation des traitements chez la personne âgée hospitalisée : la justification dans le courrier de sortie est-elle vraiment un atout ?. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00693258

**HAL Id: dumas-00693258**

**https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00693258**

Submitted on 2 May 2012

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2012 N°

# ADAPTATION DES TRAITEMENTS CHEZ LA PERSONNE AGEE HOSPITALISEE : LA JUSTIFICATION DANS LE COURRIER DE SORTIE EST-ELLE VRAIMENT UN ATOUT ?

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

Emeline SINGLARD
Née le 4 février 1982 à OLEMPS

Thèse soutenue publiquement à la faculté de Médecine de Grenoble
Le 27 avril 2012

Devant le jury composé de :

Président du jury : Monsieur le Professeur Pascal COUTURIER

Membres : Monsieur le Professeur Jean CALOP

Monsieur le Professeur Robert JUVIN

Madame le Docteur Claire MILLET (directeur de thèse)

## TABLE DES MATIERES

PROFESSEURS DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS ..... 3
MAITRES DE CONFERENCE UNIVERSITAIRES PRATICIENS HOSPITALIERS ..... 8
REMERCIEMENTS ..... 10
LISTE DES ABREVIATIONS ..... 12
1. INTRODUCTION ..... 13
2. MATERIEL ET METHODE ..... 15
2.1 Objectifs de notre étude ..... 15
2.2 Type d'étude ..... 15
2.3 Critères d'éligibilité ..... 15
2.3.1. Critères d'inclusion ..... 15
2.3.2. Critères d'exclusion ..... 16
2.4 Schéma d'étude et méthode de recueils des données ..... 16
2.5 Analyse statistique ..... 17
3. RESULTATS ..... 18
3.1 Description de la population ..... 18
3.2 Courriers de sortie et réponses des médecins aux questionnaires ..... 23
3.3 Analyse des résultats ..... 24
3.3.1 Objectif principal ..... 24
3.3.2 Objectifs secondaires ..... 25
3.3.2.1. Taux de suivi des modifications thérapeutiques ..... 25
3.3.2.2. Médicaments introduits en hospitalisation ..... 25
3.3.2.3. Médicaments arrêtés en hospitalisation ..... 26
4. DISCUSSION ..... 28
CONCLUSION ..... 33
RESUME ..... 34
ABSTRACT ..... 35
BIBLIOGRAPHIE ..... 36
ANNEXES ..... 39
*Annexe 1 :* ADL = Activity of Daily Living = activité de la vie quotidienne ..... 39
*Annexe 2 :* Classifications des antécédents ..... 40
*Annexe 3 :* Classifications des médicaments ..... 42
*Annexe 4 :* Questionnaire ..... 44
SERMENT D'HIPPOCRATE ..... 45

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|---|---|---|
| ALBALADEJO | Pierre | ANESTHESIE - REANIMATION |
| ARVIEUX-BARTHELEMY | Catherine | CLINIQUE DE CHIRURGIE ET DE L'URGENCE |
| BACONNIER | Pierre | BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE SANTE PUBLIQUE |
| BAGUET | Jean-Philippe | CARDIOLOGIE / HYPERTENSION ARTERIELLE |
| BALOSSO | Jacques | RADIOTHERAPIE /CANCEROLOGIE |
| BARRET | Luc | MEDECINE LEGALE |
| BAUDAIN | Philippe | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE |
| BEANI | Jean-Claude | DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE |
| BENHAMOU | Pierre Yves | ENDOCRINO DIABETOLOGIE |
| BERGER | François | CANCEROLOGIE |
| BLIN | Dominique | CHIRURGIE CARDIAQUE |
| BOLLA | Michel | CANCEROLOGIE |
| BONAZ | Bruno | HEPATO-GASTRO- ENTEROLOGIE |
| BOSSON | Jean-Luc | SANTE PUBLIQUE |
| BOUGEROL | Thierry | PSYCHIATRIE |
| BRAMBILLA | Elisabeth | ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES |
| BRAMBILLA | Christian | PNEUMOLOGIE |
| BRICHON | Pierre-Yves | CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE |
| BRIX | Muriel | CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE |
| CAHN | Jean-Yves | CANCEROLOGIE |
| CARPENTIER | Patrick | MEDECINE VASCULAIRE |
| CARPENTIER | Françoise | S.A.M.U. |
| CESBRON | Jean-Yves | IMMUNOLOGIE |
| CHABARDES | Stephan | NEUROCHIRURGIE |

| | | |
|---|---|---|
| CHABRE | Olivier | ENDOCRINOLOGIE |
| CHAFFANJON | Philippe | CHIRURGIE THORACIQUE, VASCULAIRE ET ENDOCRINIENNE |
| CHAVANON | Olivier | CHIRURGIE CARDIAQUE |
| CHIQUET | Christophe | OPHTALMOLOGIE |
| CHIROSSEL | Jean-Paul | ANATOMIE |
| CINQUIN | Philippe | SANTE PUBLIQUE |
| COHEN | Olivier | DELEGATION - HC FORUM (création entreprise) |
| COUTURIER | Pascal | GERIATRIE |
| CRACOWSKI | Jean-Luc | PHARMACOLOGIE |
| DE GAUDEMARIS | Régis | MEDECINE & SANTE DU TRAVAIL |
| DEBILLON | Thierry | PEDIATRIE |
| DEMATTEIS | Maurice | MEDECINE LEGALE ET D'ADDICTOLOGIE |
| DEMONGEOT | Jacques | SANTE PUBLIQUE |
| DESCOTES | Jean-Luc | UROLOGIE |
| ESTEVE | François | Dir. Equipe 6 U836 - ID17 /ESRF<br>Grenoble Institut des Neurosciences |
| FAGRET | Daniel | MEDECINE NUCLEAIRE |
| FAUCHERON | Jean-Luc | CHIRURGIE DIGESTIVE ET DE L'URGENCE |
| FAVROT | Marie Christine | BIOLOGIE INTEGREE / CANCEROLOGIE |
| FERRETTI | Gilbert | RADIOLOGIE & IMAGERIE MEDICALE |
| FEUERSTEIN | Claude | GIN |
| FONTAINE | Eric | CLINIQUE NUTRITION ARTIFICIELLE<br>POLE 7 MED. AIGÜE & COMMUNAUTAIRE |
| FRANCOIS | Patrice | VEILLE SANITAIRE / SANTE PUBLIQUE |
| GARNIER | Philippe | PEDIATRIE |
| GAUDIN | Philippe | RHUMATOLOGIE |
| GAVAZZI | Gaëtan | MEDECINE INTERNE GERIATRIQUE |

| | | |
|---|---|---|
| GAY | Emmanuel | NEUROCHIRURGIE |
| GRIFFET | Jacques | CHIRURGIE INFANTILE |
| HALIMI | Serge | DIABETOLOGIE |
| HOMMEL | Marc | NEUROLOGIE |
| JOUK | Pierre-Simon | GENETIQUE ET PROCREATION |
| JUVIN | Robert | RHUMATOLOGIE |
| KAHANE | Philippe | NEUROLOGIE |
| KRACK | Paul | NEUROLOGIE |
| KRAINIK | Alexandre | NEURORADIOLOGIE & IRM |
| LANTUEJOUL | Sylvie | ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES |
| LE BAS | Jean-François | NEURORADIOLOGIE & IRM |
| LEBEAU | Jacques | CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE |
| LECCIA | Marie-Thérèse | DERMATOLOGIE |
| LEROUX | Dominique | BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE |
| LEROY | Vincent | HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE |
| LETOUBLON | Christian | CHIRURGIE DIGESTIVE & URGENCE |
| LEVY | Patrick | PHYSIOLOGIE |
| LUNARDI | Joël | BIOCHIMIE |
| MACHECOURT | Jacques | CARDIOLOGIE |
| MAGNE | Jean-Luc | CHIRURGIE VASCULAIRE & THORACIQUE |
| MAITRE | Anne | MEDECINE DU TRAVAIL<br>EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE |
| MASSOT | Christian | MEDECINE INTERNE |
| MAURIN | Max | DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE |
| MERLOZ | Philippe | ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE |
| MORAND | Patrice | VIROLOGIE |
| MORO-SIBILOT | Denis | PNEUMOLOGIE |

| | | |
|---|---|---|
| MOUSSEAU | Mireille | ONCOLOGIE MEDICALE |
| MOUTET | François | CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE |
| PASSAGIA | Jean-Guy | NEUROCHIRURGIE |
| PAYEN DE LA GARANDERIE | Jean-François | ANESTHESIE-REANIMATION |
| PELLOUX | Hervé | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE |
| PEPIN | Jean-Louis | PHYSIOLOGIE DU SOMMEIL |
| PERENNOU | Dominique | REEDUCATION & PHYSIOLOGIE |
| PERNOD | Gilles | MEDECINE VASCULAIRE |
| PIOLAT | Christian | CHIRURGIE INFANTILE |
| PISON | Christophe | PNEUMOLOGIE |
| PLANTAZ | Dominique | PEDIATRIE |
| POLLAK | Pierre | NEUROLOGIE |
| PONS | Jean-Claude | GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE |
| RAMBEAUD | J Jacques | UROLOGIE |
| REYT | Emile | O.R.L. |
| RIGHINI | Christian | O.R.L. |
| ROMANET | J. Paul | OPHTALMOLOGIE |
| SARAGAGLIA | Dominique | ORTHOPEDIE |
| SCHLATTNER | Uwe | UFR de BIOLOGIE |
| SCHMERBER | Sébastien | O.R.L. |
| SEIGNEURIN | Daniel | ANATOMIE & CYTOLOGIE |
| SELE | Bernard | GENETIQUE & PROCREATION |
| SESSA | Carmine | CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE |
| STAHL | Jean-Paul | INFECTIOLOGIE |
| TIMSIT | Jean-François | REANIMATION MEDICALE |
| TONETTI | Jérôme | ORTHOPEDIE ET TRAUMATOLOGIE |
| TOUSSAINT | Bertrand | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE |

| | | |
|---|---|---|
| VANZETTO | Gérald | CARDIOLOGIE |
| VUILLEZ | Jean-Philippe | BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE |
| ZAOUI | Philippe | NEPHROLOGIE |
| ZARSKI | Jean-Pierre | HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE |
| MOREL | Françoise | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| SEIGNEURIN | Jean-Marie | BACTERIOLOGIE, VIROLOGIE, HYGIENE |

## MAITRES DE CONFERENCE UNIVERSITAIRES PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|---|---|---|
| BOTTARI | Serge | Biologie Cellulaire |
| BOUTONNAT | Jean | Département de Biologie et Pathologie de la Cellule - Pôle 14 Biologie |
| BRENIER-PINCHART | M.Pierre | Parasitologie |
| BRICAULT | Ivan | Radiologie et imagerie médicale |
| BRIOT | Raphaël | Départ. de Cancérologie et d'Hématologie |
| CALLANAN-WILSON | Mary | Génétique |
| CROIZE | Jacques | Bactériologie-Virologie |
| DERANSART | Colin | Neurologie LAPSEN |
| DETANTE | Olivier | Cancérologie et Hématologie - Pôle 5 : Cancérologie |
| DUMESTRE-PERARD | Chantal | Immunologie SUD |
| EYSSERIC | Hélène | Médecine Légale |
| FAURE | Anne-Karen | Département de génétique et procréation |
| FAURE | Julien | Département de Génétique et Procréation |
| GARBAN | Frédéric | Unité Clinique thérapie cellulaire - Pôle 5 : Cancérologie |
| GILLOIS | Pierre | Information et Informatique Médicale |
| GRAND | Sylvie | Radiologie et Imagerie Médicale (I.R.M.) |
| HENNEBICQ | Sylviane | Biologie du développement et de la reproduction |
| HOFFMANN | Pascale | Gynécologie Obstétrique |
| JACQUOT | Claude | Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale |
| LABARERE | José | Département de veille sanitaire |
| LAPORTE | François | Pathologie Cellulaire - Pôle 14 Biologie |
| LARDY | Bernard | Laboratoire d'enzymologie - 6 ème étage |
| LARRAT | Sylvie | Biochimie et Biologie Moléculaire |
| LAUNOIS-ROLLINAT | Sandrine | Lab. exploration fonctionnelle cardio-respiratoires |

| | | |
|---|---|---|
| MALLARET | Marie-Reine | Epidémiologie, Economie de la Santé (Mal. Inf.) |
| MAUBON | Danièle | Département des agents infectieux<br>Parasitologie- Mycologie |
| MOREAU-GAUDRY | Alexandre | Département d'Innovations Technologiques |
| MOUCHET | Patrick | Physiologie |
| PACLET | Marie-Hélène | Biochimie et Biologie moléculaire |
| PALOMBI | Olivier | Clinique de Neurochirurgie |
| PASQUIER | Dominique | UM Ana. Path. 4 - Pôle 14 : Biologie |
| PELLETIER | Laurent | Biologie Cellulaire |
| PAYSANT | François | Clinique de Médecine Légale |
| RAY | Pierre | Génétique.BDR |
| RENVERSEZ | J.Charles | Biochimie et Biologie Moléculaire - Pôle 14 Biologie |
| RIALLE | Vincent | Information et informatique Médicale |
| SATRE | Véronique | Génétique chromosomique |
| STANKE-LABESQUE | Françoise | Laboratoire de Pharmacologie |
| STASIA | Marie-Josée | UM diagnostic & Recherche granulomatose septique - Pôle 14 Biologie |
| TAMISIER | Renaud | Physiologie |
| WEIL | Georges | Biostatistiques et Informatique Médicales |

## REMERCIEMENTS


### A MES MAÎTRES ET JUGES

**A Monsieur le Professeur Pascal COUTURIER**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie de m'avoir transmis votre savoir tant théorique que clinique dans le domaine de la gériatrie. Il me sera précieux au quotidien dans mon exercice de la médecine auprès des personnes âgées
Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de tout mon respect.

**A Monsieur le Professeur Jean CALOP**

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse et de juger mon travail.
Veuillez accepter mes sincères remerciements.

**A Monsieur le Professeur Robert JUVIN**

Pour avoir accepté sans réserve de juger ce travail. Pour m'avoir accueilli au Centre Médical Rocheplane par le passé et pour le futur.
Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et mes sincères remerciements.

### A MON DIRECTEUR DE THESE

**Madame le Docteur Claire MILLET**

Au-delà de la direction de cette thèse, empreinte d'une attention sans faille, tu as su me transmettre tes connaissances, ta passion de la gériatrie. Merci pour tes conseils, ton enthousiasme et ta bonne humeur. Trouve ici le témoignage de mon amitié sincère.

### ET AUSSI

**A Eliane,**

Merci pour ton aide durant tout ce travail. Sans toi, bien des choses auraient été plus compliquées.

**A tous les médecins généralistes,**

Qui ont pris de leur temps précieux et participé à cette étude.
Je les en remercie vivement.

**A Monsieur le Docteur Marc FELIX-FAURE**

Un grand merci pour ton accueil chaleureux. Merci d'avoir compris les nécessaires moments de travail pour cette thèse.
Tes grandes connaissances de la fin de vie et de la douleur me seront forts utiles dans ma future pratique de la médecine. Merci pour ta générosité, ton partage et ton humilité, tu m'as fait découvrir tout un versant de la médecine qui m'était méconnu, si difficile mais tellement humain.

# A CEUX QUI M'ONT ACCOMPAGNEE TOUTES CES ANNEES

**A mes parents,**
Pour votre amour, votre soutien de tous les instants, pour tous vos sacrifices,
je souhaite vous dédier ce travail et vous remercie de tout mon cœur.
Maman, merci de m'avoir inculqué la curiosité et le plaisir d'apprendre.
Papa, merci de m'avoir transmis ton sens et ta précision du travail bien fait.
Je vous serai toujours reconnaissante pour tout ce que vous avez fait pour moi.

**A Damien, mon frère,**
Pour ta détermination dans la vie et ta joie de vivre.
A Marlène, merci pour ta précieuse aide dans les derniers moments de ce travail.
Je vous souhaite tout le bonheur que vous pouvez espérer.

**A mes grands-parents, oncles, tantes et cousin(e)s,**
Merci pour votre soutien et votre affection.
Vous êtes, tous, si précieux à mes yeux.

**A Benoit, mon amour,**
Merci pour ton amour qui m'est si précieux, ta tendresse et tes petites attentions au quotidien mais aussi ton humour, ta bêtise qui égayent ma vie tous les jours un peu plus.
Partager ma vie avec toi est une chance, je ne l'oublierai jamais.

**A Gaëlle, ma fille,**
Tu ne m'as pas rendu la tâche facile.
Tu es ma vie, ma raison d'être. J'espère que je saurai t'apporter amour et réconfort tout au long de ta vie.

**A tous mes amis d'ici et d'ailleurs,**
Merci pour tous ces grands moments de plaisir partagé,
Je vous retrouve toujours avec autant de plaisir.

**Et un grand merci aux équipes soignantes de gynécologie d'Annecy, des urgences d'Aix les Bains, de gériatrie de Grenoble et Voiron,**
Pour tout ce qu'elles m'ont apporté.

**A toute l'équipe soignante du service Queneau à Rocheplane,**
Merci de m'avoir transmis votre savoir-faire et le goût de votre travail.

## LISTE DES ABREVIATIONS

ACFA : Arythmie Complète par Fibrillation Auriculaire

ADL : Activity of Daily Living (Activité de la Vie Quotidienne)

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

CNO : Compléments nutritionnels oraux

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension Artérielle

MTEV : Maladie Thrombo-Embolique Veineuse

# 1. INTRODUCTION

Les patients âgés sont souvent polypathologiques (cinq maladies chroniques en moyenne à 70 ans). Environ 50 % des patients de plus de 65 ans prennent régulièrement au moins cinq médicaments (1 ; 2), alors même qu'ils sont plus sensibles à la iatrogénie médicamenteuse du fait d'une réserve physiologique moindre, d'un statut fonctionnel altéré et d'une modification de la pharmacocinétique et pharmacodynamie (1 ; 3).

La polymédication augmente le risque d'effets indésirables, entraine la survenue d'évènements iatrogènes. La iatrogénie est responsables d'une augmentation du risque de la morbi-mortalité, d'un déclin fonctionnel, d'une détérioration de la qualité de vie et d'hospitalisations (2 ; 4 ; 5).

De nombreuses publications s'intéressent à la prescription de médicaments inappropriés chez la personne âgée. En 1991, Beers et al ont proposé des critères explicites identifiant les médicaments à éviter chez le sujet âgé, initialement pour les patients vivant en maison de retraite (6 ; 7). L'étude française 3C, menée par Nathalie Lechevallier-Michel, a permis d'estimer que 40% des patients de plus de 65 ans prenaient au moins un médicament inapproprié, selon la liste de Beers adaptée à la pratique française (8).

Grâce à la formation universitaire gériatrique et à la sensibilisation de ces spécialistes à la iatrogénie, les ordonnances à la sortie des services de gériatrie sont adaptées. Une étude a montré qu'une hospitalisation en médecine aiguë gériatrique permettait de diminuer la prévalence d'utilisation de médicaments inadaptés de 66% à l'admission à 44.6% à la sortie (9).

Pendant une hospitalisation en médecine aiguë gériatrique, les objectifs thérapeutiques sont en effet hiérarchisés. En pratique, nous constatons lors des réhospitalisations des patients que ces modifications thérapeutiques ne sont pas toujours suivies en ambulatoire par le médecin traitant.

L'hypothèse de cette étude était que, au-delà des demandes de reprise de traitements antérieurs des patients à leur médecin, le manque de discussion de ces décisions

thérapeutiques avec le médecin traitant et le manque d'explications claires dans le courrier de sortie seraient à l'origine d'un manque de cohérence entre ville et hôpital.

L'objectif principal de notre étude était d'établir un lien entre suivi, par le médecin traitant, des modifications de l'ordonnance de sortie d'hospitalisation et explications de ces changements dans le courrier. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer le taux de suivi par le médecin traitant des arrêts et introductions de médicaments en hospitalisation et de vérifier s'il existait un lien entre suivi d'une introduction ou d'un arrêt de traitement et explications dans le courrier de sortie.

Nous avons donc choisi de contacter le médecin traitant à 1 mois de la sortie à domicile, des patients hospitalisés dans un service de médecine aiguë gériatrique, pour chiffrer et analyser les modifications des ordonnances de sortie.

# 2. MATERIEL ET METHODE

## 2.1 Objectifs de notre étude

L'objectif principal de notre étude était d'établir un lien entre suivi, par le médecin traitant, des modifications de l'ordonnance de sortie d'hospitalisation et explications de ces changements dans le courrier.

Les objectifs secondaires étaient :

- d'évaluer le taux de suivi par le médecin traitant des arrêts et introductions de médicaments en hospitalisation ;
- de vérifier s'il existait un lien entre suivi d'une introduction de traitement et explications dans le courrier de sortie ;
- de vérifier s'il existait un lien entre suivi d'un arrêt de traitement et explications dans le courrier de sortie.

## 2.2 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive prospective monocentrique, sur un service de médecine aiguë gériatrique du Centre Hospitalier de Voiron.

## 2.3 Critères d'éligibilité

### 2.3.1. Critères d'inclusion

Les patients inclus étaient les patients âgés de plus de 65 ans, hospitalisés entre le 1er janvier 2012 et le 31 janvier 2012, dans le service de médecine aiguë gériatrique du centre hospitalier de Voiron.

Les patients étaient admis dans le service pour des pathologies aiguës ou chroniques ou en raison de la présence de symptômes nécessitant une exploration à visée diagnostique.

Ils arrivaient de leur domicile (domicile privé, foyer-logement ou établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) soit par entrée directe, soit via le

service d'accueil des urgences, ou étaient transférés d'un autre service hospitalier (service de chirurgie viscérale, soins intensifs).

#### 2.3.2. Critères d'exclusion

Les patients qui quittaient l'hôpital pour un service de soins de suite et de réadaptation gériatrique ou pour un autre service hospitalier étaient exclus de notre étude.
Etaient également exclus les patients décédés, soit en cours d'hospitalisation, soit dans le mois suivant l'hospitalisation.

### 2.4 Schéma d'étude et méthode de recueils des données

Une première étape consistait à recueillir les données de chaque patient, à partir du courrier de sortie :

- les données démographiques (sexe, âge), la durée d'hospitalisation, le délai d'envoi du courrier ;
- le statut fonctionnel évalué par l'indice de Katz à six items concernant les activités domestiques de la vie quotidienne (ADL) *(annexe 1)* ;
- le motif d'hospitalisation, divisé en 8 items les plus fréquents : fièvre, confusion, chute et trouble de la marche, dyspnée, malaise, diarrhées et douleurs abdominales, altération de l'état général et « divers » ;
- les antécédents, regroupés en grandes catégories : pathologies cardiovasculaires, hypertension artérielle, pathologies respiratoires, insuffisance rénale chronique, pathologies digestives, démence, autres pathologies neurologiques, dépression, diabète, autres pathologies endocriniennes, hémopathies et cancers, pathologies sensorielles *(annexe 2)* ;
- les diagnostics posés en cours d'hospitalisation ;
- le nombre de médicaments à l'entrée et à la sortie ;
- les familles de médicaments, regroupées en 15 catégories : cardiovasculaires, anticoagulants, urologiques, psychotropes hors antidépresseurs, antidépresseurs, antalgiques (palier 1, 2, 3), anti-inflammatoires, gastro-entérologiques,

antidiabétiques, métaboliques, calcium et vitamine D, compléments nutritionnels oraux, aérosols, vasodilatateurs cérébraux, autres *(annexe 3)* ;

- la présence ou l'absence de justification aux modifications thérapeutiques.

Seuls l'arrêt et l'introduction d'une thérapeutique étaient considérés comme des modifications thérapeutiques. Les changements de posologie n'entraient pas dans cette définition.

Les médicaments anti-infectieux (antibiotiques et antifungiques) étaient exclus du recueil puisque leur durée de prescription était limitée dans le temps. Ils n'étaient donc pas considérés comme des médicaments modifiés en cours d'hospitalisation.

De même nous n'avons pas inclus les corticoïdes lorsqu'une durée de traitement était précisée dans le courrier de sortie. Seuls les corticoïdes au long cours ont été répertoriés.

Une deuxième étape consistait à appeler le médecin traitant de chaque patient, à minimum un mois de la sortie d'hospitalisation. Lorsqu'un même médecin généraliste avait plusieurs patients inclus dans notre étude, nous le contactions à un mois de la sortie du dernier de ses patients hospitalisés.

Un questionnaire à 4 items et à réponses fermées était posé à chaque médecin *(annexe 4).* La nouvelle ordonnance faite par le médecin traitant était alors recueillie, dictée par téléphone.

### 2.5 Analyse statistique

On distinguait deux types de variables : les variables quantitatives définies par leur moyenne et leur écart-type et les variables qualitatives exprimées en effectifs et pourcentages.

Les statistiques ont été réalisées grâce au test *t* de Student pour les variables quantitatives et au test de comparaison de pourcentage (test $X^2$) pour les données qualitatives. Les comparaisons étaient considérées comme statistiquement significatives si $p < 0.05$. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Excel.

# 3. RESULTATS

## 3.1 Description de la population

Entre le 1er et le 31 janvier 2012, 64 patients ont été hospitalisés dans le service de médecine aiguë gériatrique du Centre Hospitalier de Voiron. Parmi ces 64 patients, 27 patients ont été exclus de l'étude (tableau 1).

Tableau 1 : Répartition des patients exclus

| | **Nombre de patients** | **Pourcentage par rapport au nombre total de patients hospitalisés (n=64)** |
|---|---|---|
| **Patients transférés** | *n =20* | 31 % |
| Soins de Suite et Réadaptation | 17 | 26 % |
| Soins intensifs | 1 | 2 % |
| Autres services | 2 | 3 % |
| **Patients décédés** | *n =7* | 11 % |
| Décès en cours d'hospitalisation | 2 | 3 % |
| Décès survenus dans le mois suivant l'hospitalisation | 5 | 8 % |
| **Total** | **27** | **42 %** |

L'échantillon étudié comprend 37 patients dont les données sociodémographiques et cliniques sont rapportées dans le tableau 2. Le tableau 2 compare également la population des patients inclus et des patients exclus. Parmi la population des inclus, un seul patient est perdu de vue après appel du médecin traitant à un mois de la sortie, en raison d'un lieu d'habitation hors région (Normandie), secondaire à un déménagement.

L'âge moyen des patients inclus dans notre étude est de 84,6 ± 6,1 ans. 8 patients (22%) ont entre 70 et 79 ans, 8 (22%) entre 80 et 84 ans, 12 (32%) entre 85 et 89 ans et 9 (24%) 90 ans et plus.

L'échantillon est composé de 64,9 % de femmes et de 35,1 % d'hommes.

81,1% des patients vivent à domicile.

75,7 % des patients sont hospitalisés via les urgences.

La durée moyenne de séjour est de 8,8 ± 4,6 jours.

Les deux principaux motifs d'hospitalisation sont la dyspnée et la survenue de chutes et troubles de la marche, représentant respectivement près de 22 et 20 % des cas.

En moyenne le score des activités domestiques de la vie quotidienne (ADL) est de 5.1 ± 1.4 à J-15 avant l'entrée à l'hôpital. Le statut fonctionnel est plus bas à J0 de l'hospitalisation qu'à J-15, avec un score ADL à 3.2 ± 1.6 ($p < 0,0001$).

Tableau 2 : comparaison des patients inclus et exclus en fonction des caractéristiques sociodémographiques et cliniques

| **Caractéristiques des patients**<br>**n (%), moyenne ± SD** | **Inclus**<br>**n = 37** | **Exclus**<br>**n = 27** | ***p*** |
|---|---|---|---|
| Age | 84,6 ± 6,1 | 84,1 ± 7,2 | NS |
| Sexe féminin | 24 (64,9) | 14 (51,9) | NS |
| Sexe masculin | 13 (35,1) | 13 (48,1) | NS |
| *Provenance* | | | |
| Service d'accueil des urgences | 28 (75,7) | 17 (63,0) | NS |
| Domicile | 5 (13,5) | 2(7,4) | NS |
| Soins intensifs | 1 (2,7) | 6 (22,2) | NS |
| Autres services | 3 (8,1) | 2 (7,4) | NS |
| *Lieu de vie* | | | |
| Domicile | 30 (81,1) | 21 (77,8) | NS |
| Foyer logement | 2 (5,4) | 1 (3,7) | NS |
| EHPAD | 5 (13,5) | 5 (18,5) | NS |
| *Statut fonctionnel : score ADL (0-6)* | | | |
| J-15 | 5,1 ± 1,4 | 4,9 ± 1,1 | NS |
| Entrée | 3,2 ± 1,6 | 2,4 ± 2,0 | NS |
| Sortie | 3,9 ± 2,2 | 3,1 ± 2,1 | NS |
| *Durée d'hospitalisation* | 8,8 ± 4,6 | 11,8 ± 6,2 | 0,020 |
| *Motif d'hospitalisation* | | | |
| Fièvre | 5 (13,5) | 2 (7,4) | NS |
| Confusion | 3 (8,1) | 1 (3,7) | NS |
| Chute et trouble de la marche | 7 (18,9) | 3 (11,1) | NS |
| Dyspnée | 8 (21,6) | 7 (25,9) | NS |
| Malaise | 0 (0) | 2 (7,4) | NS |
| Diarrhées et douleurs abdominales | 2 (5,4) | 1 (3,7) | NS |
| Altération de l'état général | 2 (5,4) | 3 (11,1) | NS |
| Divers | 10 (27,1) | 8 (29,6) | NS |
| *Nombre d'antécédents par patient* | 6,2 ± 3,4 | 7,2 ± 3,6 | NS |
| *Nombre total d'antécédents* | n = 155 | n = 116 | |
| *Type d'antécédents* | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Pathologies cardiovasculaires | 45 (29,0) | 42 (36,2) | NS |
| Hypertension artérielle | 30 (19,4) | 16 (13,8) | NS |
| Pathologies respiratoires | 6 (3,9) | 10 (8,6) | NS |
| Insuffisance rénale chronique | 1 (0,6) | 6 (5,2) | 0.011 |
| Pathologies digestives | 9 (5,8) | 7 (6,0) | NS |
| Démence | 8 (5,2) | 3 (2,6) | NS |
| Autres pathologies neurologiques | 6 (3,9) | 6 (5,2) | NS |
| Dépression | 9 (5,8) | 0 (0) | 0,006 |
| Diabète | 9 (5,8) | 3 (2,6) | NS |
| Autres pathologies endocriniennes | 12 (7,7) | 6 (5,2) | NS |
| Hémopathies et cancers | 11 (7,1) | 10 (8,6) | NS |
| Pathologies sensorielles | 9 (5,8) | 7 (6,0) | NS |
| | | | |
| *Diagnostics retenus* | n = 95 | n = 84 | |
| Maladie de système | 2 (2,1) | 0 (0) | NS |
| Cancer | 6 (6,3) | 9 (10,7) | NS |
| Dénutrition | 24 (25,3) | 19 (22,6) | NS |
| Carence en vitamine D | 7 (7,4) | 0 (0) | NS |
| Anémie | 1 (1,1) | 5 (6,0) | 0,028 |
| Déséquilibre du diabète | 5 (5,3) | 2 (2,4) | NS |
| Insuffisance rénale aiguë | 1 (1,1) | 6 (7,1) | 0,011 |
| Sepsis sévère | 6 (6,3) | 7 (8,3) | NS |
| Pneumopathie | 10 (10,5) | 7 (8,3) | NS |
| Pyélonéphrite | 3 (3,2) | 4 (4,8) | NS |
| Cholécystite aiguë | 3 (3,2) | 1 (1,2) | NS |
| Décompensation cardiaque | 6 (6,3) | 7 (8,3) | NS |
| ACFA | 3 (3,2) | 1 (1,2) | NS |
| HTA | 1 (1,1) | 2 (2,4) | NS |
| MTEV | 1 (1,1) | 0 (0) | NS |
| Démence | 7 (7,4) | 2 (2,4) | NS |
| Dépression | 3 (3,2) | 3 (3,6) | NS |
| Iatrogénie | 6 (6,3) | 9 (10,7) | NS |

*NS : non significatif, SD : écart type, EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, ADL : activités simples de la vie quotidienne, ACFA : arythmie complète par fibrillation auriculaire, HTA : hypertension artérielle, MTEV : maladie thromboembolique veineuse*

Chaque patient compte en moyenne 6,2 ± 3,4 antécédents médicaux. Les pathologies cardiovasculaires et l'HTA sont les deux antécédents les plus souvent retrouvés.

Dans la population des inclus, 70,3% ont un antécédent cardiovasculaire, 81,1% des patients ont un antécédent d'HTA. 21,6% des patients sont porteurs d'une démence et 24,3% d'un antécédent de dépression. Le pourcentage, dans la population des inclus, de chaque antécédent et diagnostic retenu est rapporté dans le tableau 3.

Tableau 3 : distribution de chaque antécédent et diagnostic retenu dans la population des patients inclus

| | Effectif | Pourcentage |
|---|---|---|
| | *n =37* | 100 |
| *Type d'antécédents* | | |
| Pathologies cardiovasculaires | | |
| IDM | 3 | 8,1 |
| Cardiopathie | 15 | 40,5 |
| ACFA | 9 | 24,3 |
| Dyslipidémie | 6 | 16,2 |
| AOMI, Athérome carotidien | 6 | 16,2 |
| MTEV | 6 | 16,2 |
| Hypertension artérielle | 30 | 81,1 |
| Pathologies respiratoires | | |
| BPCO | 1 | 2,7 |
| Tabac | 1 | 2,7 |
| Asthme | 4 | 10,8 |
| Insuffisance rénale chronique | 1 | 2,7 |
| Pathologies digestives | | |
| Diverticulose colique | 6 | 16,2 |
| Cholécystite | 1 | 2,7 |
| UGD, œsophagite | 2 | 5,4 |
| Démence | 8 | 21,6 |
| Autres pathologies neurologiques | 6 | 16,2 |
| Dépression | 9 | 24,3 |
| Diabète | 9 | 24,3 |
| Dysthyroïdie | 8 | 21,6 |
| Hémopathies et cancers | 11 | 29,7 |
| Pathologies sensorielles | 6 | 16,2 |
| | | |
| *Diagnostics retenus* | | |
| Maladie de système | 2 | 5,4 |
| Cancer | 6 | 16,2 |
| Dénutrition | 24 | 64,9 |
| Carence en vitamine D | 7 | 18,9 |
| Anémie | 1 | 2,7 |
| Déséquilibre du diabète | 5 | 13,5 |
| Insuffisance rénale aiguë | 1 | 2,7 |
| Sepsis sévère | 6 | 16,2 |
| Pneumopathie | 10 | 27 |
| Pyélonéphrite | 3 | 8,1 |
| Cholécystite aiguë | 3 | 8,1 |
| Décompensation cardiaque | 6 | 16,2 |
| ACFA | 3 | 8,1 |
| HTA | 1 | 2,7 |
| MTEV | 1 | 2,7 |
| Démence | 7 | 18,9 |
| Dépression | 3 | 8,1 |
| Iatrogénie | 6 | 16,2 |

En moyenne 8,3 ± 3,9 médicaments sont présents à l'admission. La répartition des différentes classes est retranscrite dans le tableau 4.

Tableau 4 : Répartition des médicaments, classés en 15 groupes

| | **A l'admission n = 257** | **A la sortie n = 299** | **A domicile n = 254** |
|---|---|---|---|
| **Type de médicaments n (%)** | | | |
| Cardiovasculaires | 92 (35,8) | 91 (30,4) | 88 (34,6) |
| Anticoagulants | 8 (3,1) | 11 (3,7) | 11 (4,3) |
| Urologiques | 7 (2,7) | 8 (2,7) | 8 (3,1) |
| Psychotropes | 18 (7) | 17 (5,7) | 18 (7,1) |
| Antidépresseurs | 15 (5,8) | 14 (4,7) | 14 (5,5) |
| Antalgiques (pallier 1, 2, 3) | 23 (8.9) | 33 (11) | 27 (10,6) |
| Anti-inflammatoires | 3 (1,2) | 7 (2,3) | 2 (0,8) |
| Gastro-entérologiques | 21 (8,2) | 28 (9,4) | 24 (9,4) |
| Antidiabétiques | 9 (3,5) | 9 (3) | 9 (3,5) |
| Métaboliques | 21(8,2) | 27 (9) | 24 (9,4) |
| Calcium, vitamine D | 7 (2,7) | 10 (3,3) | 11 (4,3) |
| Compléments alimentaires | 0 (0) | 13 (4,3) | 5 (2) |
| Aérosols | 7 (2,7) | 5 (1,7) | 3 (1,2) |
| Vasodilatateurs cérébraux | 4 (1,6) | 0 (0) | 0 (0) |
| Autres | 22 (8,6) | 26 (8,7) | 10 (3,9) |

La totalité des ordonnances a été modifiée en cours d'hospitalisation. Le nombre de médicaments prescrits augmente entre l'entrée et la sortie chez 58% des patients et diminue chez 30% des patients.

A la sortie de l'hôpital l'ordonnance compte 8,9 ± 3,8 médicaments.

La différence entre l'entrée et la sortie n'est pas statistiquement significative (p=0,47).

A l'admission, 83% des patients prennent au moins 5 médicaments différents. A la sortie, ce taux est plus élevé puisque 92% des ordonnances comptent 5 médicaments et plus.

Durant le séjour en médecine aiguë gériatrique, le nombre de médicaments resté inchangé est de 5,5 ± 3,5 en moyenne par patient, ce qui correspond à 65,1 % des prescriptions présentes à l'admission.

Au total, 132 médicaments ont été modifiés lors du séjour, dont 50,8% d'arrêts et 49,2% d'introductions médicamenteuses.

Près de trois quart des modifications thérapeutiques ont été justifiés dans le courrier de sortie. Sur les 67 médicaments arrêtés, une explication a été retrouvée dans le courrier de

sortie pour 45 médicaments (67,2%). 80% des introductions médicamenteuses, soit 52 médicaments sur les 65 introduits en hospitalisation, ont été justifiés dans le courrier (tableau 5).

Tableau 5 : modifications thérapeutiques lors du séjour en médecine aiguë gériatrique

| n (%) | Médicaments arrêtés | Médicaments introduits | Modifications (arrêts et introductions) |
|---|---|---|---|
| **Explication** | 45 (67,2) | 52 (80) | 97 (73,5) |
| **Absence d'explication** | 22 (32,8) | 13 (20) | 35 (26,5) |
| **Total** | 67 (100) | 65 (100) | 132 (100) |

Sur les 132 médicaments modifiés, 21,2% (n=28) sont représentés par les médicaments cardiovasculaires et l'analyse du courrier n'a pas trouvé de justification pour seulement 5 médicaments.

12,9% (n=17) des médicaments modifiés sont représentés par les médicaments à visée neuropsychologique (benzodiazépines et apparentés, neuroleptiques, antidépresseurs, antiépileptiques et anticholinestérasiques) dont 5 modifications non expliquées dans le courrier.

17,4% (n=23) des médicaments modifiés font partie des antalgiques tous paliers confondus.

Enfin les deux autres groupes de médicaments les plus modifiés en hospitalisation sont les compléments nutritionnels oraux (9,8%) et le groupe calcium-vitamine D (7,6%).

### 3.2 Courriers de sortie et réponses des médecins aux questionnaires

Seul un courrier sur les 37 courriers des patients inclus dans l'étude ne mentionne pas le traitement à l'entrée. Tous les courriers comportent le traitement de sortie.

Un courrier de sortie intermédiaire a été donné à tous les patients à la sortie de l'hôpital.

Le délai d'envoi des courriers est de 2,1 ± 1,7 jours en moyenne.

En moyenne, le médecin traitant voit en consultation le patient à 14,6 ± 11,1 jours de sa sortie de l'hôpital.

Dans près de 75% des cas, le médecin a reçu le courrier de sortie avant de revoir le patient en consultation pour la première fois après sa sortie d'hospitalisation. Lorsque le médecin n'a pas reçu le courrier de sortie, le patient a transmis le courrier à son médecin dans seulement 42,8% des cas. 10,8% des patients ont été revus par le médecin traitant sans le courrier de sortie.

66,7% des médecins jugent que les modifications de traitements réalisées en cours d'hospitalisation sont suffisamment expliquées dans le courrier de sortie ; 8,3% affirment au contraire l'inverse et 25% ne savent pas répondre à cette question.

La nouvelle ordonnance réalisée à domicile par le médecin traitant est strictement la même que l'ordonnance de sortie d'hospitalisation dans 27,8% des cas.

## 3.3 Analyse des résultats

### 3.3.1 Objectif principal

L'analyse statistique ne permet pas d'affirmer la présence d'un lien entre le suivi par le médecin traitant des modifications thérapeutiques et la présence d'une explication dans le courrier de sortie (*p=0.931*) (tableau 6). Nous observons tout de même une tendance au suivi, par le médecin généraliste, des modifications d'ordonnance lorsque celles-ci sont justifiées dans le courrier de sortie puisque ce taux atteint près de 60% (versus 23,5% sans explication).

Tableau 6 : lien entre suivi des modifications thérapeutiques et explication dans le courrier de sortie.

| | **Modifications thérapeutiques n (%)** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **Suivies par le médecin traitant** | **Non suivies par le médecin traitant** | ***p*** | **Total** |
| **Explication dans le courrier de sortie n (%)** | 79 (59,8) | 16 (12,2) | 0.931 | 95 (72) |
| **Absence d'explication dans le courrier de sortie n (%)** | 31 (23,5) | 6 (4,5) | | 37 (28) |
| **Total** | 110 (83,3) | 22(16,7) | | 132 (100) |

### 3.3.2 Objectifs secondaires

#### 3.3.2.1. Taux de suivi des modifications thérapeutiques

83,3% des modifications thérapeutiques réalisées par les médecins hospitaliers sont maintenus en ambulatoire par le médecin traitant contre 16,7 % qui ne sont pas poursuivis (*p<0,0001*).

78,5% des introductions de médicaments (*p<0,0001*) et 89,5% des arrêts de médicaments (*p<0,0001*) sont poursuivis par le médecin traitant.

#### 3.3.2.2. Médicaments introduits en hospitalisation

Le médecin traitant poursuit un médicament introduit en hospitalisation, avec justification dans le courrier de sortie, dans 64,7% des cas.

L'effectif trop faible en sous-groupe (n<5) n'a pas permis de réaliser une analyse statistique.

Tableau 7 : lien entre introductions médicamenteuses et explications dans le courrier de sortie

| | **Médicaments introduits en hospitalisation n (%)** | | |
|---|---|---|---|
| | **Prescrits par le médecin traitant** | **Non prescrits par le médecin traitant** | **Total** |
| **Explication dans le courrier de sortie n (%)** | 42 (64,7) | 10 (15,3) | 52 (80) |
| **Absence d'explication dans le courrier de sortie n (%)** | 9 (13,8) | 4 (6,2) | 13 (20) |
| **Total** | 51 (78,5) | 14 (21,5) | 65 (100) |

Sur l'ensemble des médicaments introduits en hospitalisation, 21.5% ne sont pas prescrits à domicile par le médecin traitant. Les prescriptions non poursuivies par le médecin

généraliste sont des prescriptions de compléments nutritionnels oraux dans près de la moitié des cas.

La prescription de paracétamol et de laxatifs représentent 48,4% des médicaments introduits en hospitalisation sans justification dans le courrier de sortie.

#### 3.3.2.3. Médicaments arrêtés en hospitalisation

L'impact de l'explication dans le courrier de sortie sur le suivi de l'arrêt des médicaments n'a pu donner lieu à une analyse statistique en raison des effectifs trop faibles en sous-groupes (n<5). Pourtant il semble y avoir une tendance au suivi de l'arrêt expliqué dans le courrier de sortie puisque 56,7% des arrêts de médicament effectués en cours d'hospitalisation sont justifiés dans le courrier de sortie et poursuivis en ambulatoire par le médecin traitant (tableau 8).

Tableau 8 : lien entre arrêts de médicaments et explications dans le courrier de sortie

| | **Arrêts de médicaments n (%)** | | |
|---|---|---|---|
| | **Suivis par le médecin traitant** | **Non suivis par le médecin traitant** | **Total** |
| **Explication dans le courrier de sortie n (%)** | 38 (56,7) | 6 (9) | 44 (65,7) |
| **Absence d'explication dans le courrier de sortie n (%)** | 22 (32,8) | 1 (1,5) | 23 (34,3) |
| **Total** | 60 (89,5) | 7 (10,5) | 67 (100) |

La plupart des arrêts non justifiés concerne des médicaments non spécifiques comme des antalgiques (palier 1 et 2), supplémentations calcique et potassique ou topiques dermatologiques.

La totalité des vasodilatateurs cérébraux et des AINS ont été suspendus en hospitalisation avec justification dans le courrier de sortie.

A l'admission, 35% des patients sont traités par benzodiazépines dont 40% avec des molécules à demi-vie longue. 54% de ces traitements ont été suspendus.

Un sevrage en clonazépam a été débuté en hospitalisation chez tous les patients présentant ce type de prescription à l'entrée.

Sur les 14 patients sous inhibiteurs de la pompe à protons, la prescription a été arrêtée dans seulement 2 cas.

Sur les 7 médicaments arrêtés à l'hôpital et réintroduits à domicile par le médecin traitant, 4 sont des médicaments psychotropes (1 neuroleptique, 2 benzodiazépines et 1 hypnotique).

## 4. DISCUSSION

Notre étude sur les modifications thérapeutiques apportées à l'ordonnance du patient n'a pas permis de mettre en évidence un lien entre le suivi des modifications thérapeutiques, qu'il s'agisse d'une introduction ou d'un arrêt de médicaments, et la présence d'une justification dans le courrier de sortie, en raison de résultats non significatifs. Néanmoins, nous pouvons affirmer que 83,3% des modifications thérapeutiques sont maintenus en ambulatoire par le médecin traitant, qu'elles soient expliquées ou non dans le courrier de sortie ($p<0,05$). Nous faisons le même constat en ce qui concerne l'introduction et l'arrêt de médicaments puisque le taux de suivi atteint, respectivement, près de 80% et 90% des cas ($p<0.05$).

A notre connaissance il existe, à ce jour, peu de littérature concernant l'attitude qu'adoptent les médecins généralistes dans les suites d'une modification de l'ordonnance de leurs patients au décours d'une hospitalisation. C'est pourquoi cette étude nous semblait nécessaire afin d'établir un état des lieux sur le suivi ambulatoire des modifications thérapeutiques réalisées par les médecins hospitaliers. Bien que l'hypothèse principale ne soit pas démontrée, il semble qu'il y ait une tendance à la poursuite des modifications de l'ordonnance lorsque celles-ci sont justifiées dans le courrier de sortie. Cette tendance semble plus marquée lorsqu'il s'agit d'une introduction de médicaments, probablement parce que, dans la plupart des cas, le médicament introduit est en lien avec une pathologie diagnostiquée en hospitalisation et donc méconnue jusqu'alors.

Une étude conduite en Nouvelle Zélande s'est intéressée à l'utilisation de l'échelle "Good Palliative Geriatric Practice" comme aide à la « déprescription » chez les sujets âgés. Bien que l'effectif soit faible, elle a montré que 82% des arrêts de médicaments étaient suivis en ambulatoire par le médecin traitant. La réapparition de symptômes gênants est une des causes de la réintroduction médicamenteuse (10). Les résultats de notre étude sont similaires puisque près de 90% des arrêts sont pris en compte par le médecin traitant. Par contre la détermination des facteurs de non suivi des modifications thérapeutiques n'entrait pas dans les objectifs de notre étude. Cette détermination nécessiterait la réalisation d'une étude qualitative, permettant d'évaluer le ressenti des médecins généralistes face aux

modifications d'ordonnance réalisées en cours d'hospitalisation.

Le taux élevé de poursuite des modifications thérapeutiques peut s'expliquer par la bonne communication entre les médecins hospitaliers et généralistes dans le secteur voironnais et la relation de confiance établie. Un des critères déterminants de la qualité de cette communication est la rapidité de la transmission d'information entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire (11). La Haute Autorité de Santé a publié en 2003 des recommandations précisant les conditions de la continuité des soins et la nécessité d'établir un compte rendu, à transmettre au médecin traitant pour la prise en charge ultérieure du patient (12). Légalement, un délai maximum de huit jours est fixé pour que le compte rendu d'hospitalisation parvienne au médecin traitant (13). Dans notre étude, le délai d'envoi du courrier est de 2,1 jours et 75% des médecins ont reçu, de mémoire, le courrier de sortie avant de revoir leur patient. Une étude française a montré des résultats du même ordre (14), tandis que d'autres faites à l'étranger ont observé des retours d'information moindres, d'environ 30% (15 ; 16).

Le délai d'envoi du courrier, l'exhaustivité des informations médicales contenues dans le courrier de sortie avec notamment la mention des diagnostics retenus, des traitements entrepris en cours de séjour, l'explication des modifications thérapeutiques et la surveillance tant clinique que biologique à prévoir en sortie d'hospitalisation sont les garants d'une continuité des soins entre hôpital et soins ambulatoires (14 - 16). La haute qualité des courriers de sortie analysés suggère la volonté du service hospitalier à diminuer les facteurs pouvant entraîner des évènements délétères durant les premiers jours à domicile.

L'ordonnance récupérée lors du suivi à un mois est, pour une grande partie des patients, quasi similaire à l'ordonnance de sortie d'hospitalisation, et un quart d'entre elles est totalement identique. Ceci peut être lié à la précocité de consultation après la sortie de l'hôpital, puisque les médecins généralistes revoient leur patient, à 14 jours de la sortie en moyenne. Un délai d'enquête plus long aurait peut-être montré des résultats différents. En effet une étude menée dans les années 1990, en Allemagne, a étudié l'impact de l'hospitalisation sur la prescription de médicaments chez les patients de plus de 75 ans. Si elle a montré une réduction de 34% du nombre de médicaments prescrits entre l'admission et la sortie de l'hôpital, l'ordonnance à 3 mois était similaire à l'ordonnance de pré-admission, mais, à 18 mois, les prescriptions avaient réaugmenté de 15% (17). Une étude

française plus récente, conduite à Limoges par Fauchais et Al, retrouve, à six mois de la sortie d'hospitalisation, une proportion d'ordonnance restée inchangée depuis la sortie, de 35%, ce qui se rapproche plus des résultats de notre étude (18).

Notre étude n'a été conduite que dans un seul centre hospitalier, entraînant de ce fait un biais de sélection. Les médecins généralistes interrogés ont peut-être suivi plus volontiers les recommandations suggérées par les médecins hospitaliers avec lesquels ils ont l'habitude de travailler. Une étude multicentrique, regroupant plusieurs services de gériatrie, aurait permis, d'une part d'avoir un échantillon plus grand, et d'autre part de limiter ce biais de recrutement.

Pour des raisons de faisabilité, le recueil de la nouvelle ordonnance a été fait par téléphone, ce qui a pu entraîner une perte d'information. L'utilisation du fax ou l'envoi par courriel ou courrier postal de la nouvelle ordonnance aurait permis un recueil des données plus fiable. Nous avons fait ce choix afin de garantir un taux élevé de suivi à 1 mois. Ainsi, dans notre étude un seul patient a été perdu de vue en raison d'un déménagement hors région, avec changement de médecin traitant.

Par ailleurs, il eut été intéressant de connaître les raisons de nouvelles modifications d'ordonnance et le temps consacré à la lecture du courrier de sortie. Nous n'avons pas ces informations car nous avons fait le choix d'un questionnaire court, à questions fermées afin, une fois de plus, de garantir un taux élevé de réponse. Dans quelques cas, plusieurs appels téléphoniques ont été nécessaires afin d'avoir un temps dédié à la réponse au questionnaire et à la récupération de l'ordonnance. Ceci s'explique par la lourde charge de travail des médecins généralistes, de surcroît en période hivernale et dans des secteurs plutôt semi-ruraux et ruraux.

Dans notre étude, à l'admission, 35% des patients prennent une benzodiazépine dont 50% de benzodiazépines à durée de vie longue. Ce taux se rapproche de ceux retrouvés dans plusieurs études internationales (19 - 21). Plus de la moitié des benzodiazépines ont été arrêtées en cours d'hospitalisation dont 30% d'arrêt de molécules à demi-vie longue. Lors du suivi à 1 mois, 2 patients sur 6 se sont vus réintroduire une benzodiazépine. Une hospitalisation en gériatrie est un moment privilégié au sevrage des benzodiazépines étant donné la sensibilisation des gériatres à l'utilisation néfaste de ce type de médicaments. En

effet, plusieurs études ont montré une balance bénéfice-risque défavorable et un impact négatif de la prescription de benzodiazépine chez la personne âgée, notamment sur le risque de chute, le risque de fracture et la conduite automobile (22 - 24). Or, actuellement, il existe en France une sur-prescription (overuse) de psychotropes : la fréquence est estimée à près d'un tiers des patients âgés de plus de 75 ans (25). Néanmoins, si 27% des patients de notre étude rentrent à domicile avec une prescription de benzodiazépines, dont 40% de molécules à demi-vie longue, ce résultat doit être pondéré par la nécessité de diminuer ces traitements de manière progressive, comme recommandé par l'HAS (26) : ils ne peuvent donc pas disparaître de l'ordonnance en une aussi courte durée qu'est celle de l'hospitalisation (moyenne à 8,8 ± 4,6 jours).

Dans notre étude, les prescriptions d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et de vasodilatateurs cérébraux, en sortie d'hospitalisation, sont tout à fait en accord avec les principes de la liste des médicaments potentiellement inappropriés adaptée à la pratique français proposée par Laroche et Al (3 ; 27).
En effet à l'admission, 4 patients étaient traités par un vasodilatateur. Ce traitement a été arrêté durant l'hospitalisation et non réintroduit en ambulatoire dans 100% des cas. Le caractère discutable de l'efficacité a été expliqué dans tous les cas dans le courrier de sortie. Un seul patient était traité par AINS dont le principe actif n'est pas compris dans la liste de Laroche et Al. Cette prescription a été suspendue en cours d'hospitalisation et non reprise en ambulatoire par le médecin traitant. Le faible taux de prescription d'AINS à l'admission et à la sortie de l'hôpital reflète donc la connaissance de l'ensemble des médecins, tant généralistes que gériatres, des risques liés à l'administration de tels médicaments dans la population âgée (28).

La prise en charge de la douleur chez les personnes âgées notamment chez celles ayant des troubles de la communication verbale, a fait l'objet de recommandations de l'HAS dans les années 2000 (29 ; 30). Le ministère de la Santé a placé la personne âgée au centre du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 (31). Soulager le patient âgé est donc une préoccupation majeure tant des médecins que des pouvoirs politiques. La prise en charge de la douleur du sujet âgé est difficile car son évaluation correcte,

notamment chez les patients déments (32 ; 33), et le choix de la molécule antalgique sont complexes (34 ; 35).

Dans notre étude, les prescriptions d'antalgiques de palier I et II ont augmenté, entre l'entrée et la sortie d'hospitalisation, de 30 à 40%. Pour les antalgiques morphiniques la prescription a doublé. Le service de médecine aiguë gériatrique du CH de Voiron est donc un service où les médecins sont particulièrement sensibilisés à la prise en charge de la douleur, du fait de la prévalence élevée de cette problématique.

Dans notre étude, un tiers de patients a bénéficié d'une prise en charge nutritionnelle, en raison d'un diagnostic de dénutrition protéino-énergétique posée en cours d'hospitalisation, selon les critères HAS de 2007 (36). Les patients sont rentrés à domicile avec une prescription de CNO. Au rappel du médecin traitant à 1 mois, 61,5% des CNO ont été arrêtés malgré une explication claire dans le courrier de sortie dans 100% des cas. Ceci suggère soit une amélioration de l'état nutritionnel des patients à distance de l'épisode aigu, soit un manque de sensibilisation des médecins généralistes à la cette problématique. Le ministère de la santé, à travers son programme national nutrition santé 2011-2015, a fixé à au moins 30% la réduction du pourcentage de personnes âgées dénutries vivant à domicile ou en institution (37) : des efforts de formation au dépistage et au traitement de la dénutrition restent donc à faire.

Puisque le faible effectif et le caractère monocentrique de notre étude sont des limites en termes de représentativité et d'interprétation, il serait intéressant de réaliser une étude à plus grande échelle, sous forme d'évaluation des pratiques professionnelles, afin de cibler et d'améliorer les facteurs limitant la communication entre hôpital et médecine ambulatoire.

Une formation initiale en Faculté de Médecine, mais aussi continue pour les médecins en plein exercice, sur l'art de « déprescrire » dans la population vieillissante permettrait de limiter la polymédication, source d'effets indésirables médicamenteux souvent évitables.

La diffusion d'outils tels que la méthode de lecture de l'ordonnance en overuse, misuse et underuse, l'utilisation de liste de médicaments inappropriés ou de l'échelle "Good Palliative Geriatric Practice" (10 ; 25 ; 27), pourraient être des pistes pertinentes pour l'amélioration de la prescription médicamenteuse chez la personne âgée.

## CONCLUSION

THESE SOUTENUE PAR Emeline SINGLARD

**TITRE : Adaptation des traitements chez la personne âgée hospitalisée : la justification dans le courrier de sortie est-elle vraiment un atout ?**

Chez les sujets âgés, la hiérarchisation des problèmes médicaux et des propositions thérapeutiques est un enjeu majeur de santé publique dans le but de limiter la iatrogénie et les pathologies induites par les soins. Une hospitalisation dans un service de gériatrie est un moment privilégié pour adapter les prescriptions. Pourtant ces modifications thérapeutiques ne semblent pas toujours suivies à domicile par le médecin traitant.

Nous avons analysé pendant un mois les ordonnances à l'admission et à la sortie d'hospitalisation de tous les patients de plus de 65 ans, hospitalisés dans le service de gériatrie du centre hospitalier de Voiron, ainsi que l'information faite dans le courrier de sortie. Un suivi à un mois a été réalisé afin de recueillir la nouvelle ordonnance de chaque patient. Les patients transférés (autres services de médecine aiguë, chirurgie, rééducation) ou décédés ont été exclus.

Trente sept patients d'âge moyen de 84,6 ± 6,1 ans ont été inclus. L'ordonnance compte en moyenne 8,3 ± 3,9 médicaments à l'admission et 8,9 ± 3,8 médicaments à la sortie (*p=0,47*). Au total 132 médicaments ont été modifiés. Une justification a été retrouvée dans le courrier de sortie pour 67% des médicaments arrêtés et 80% des médicaments introduits. Nous ne pouvons pas affirmer la présence d'un lien entre le suivi par le médecin traitant des modifications thérapeutiques, qu'il s'agisse d'une introduction ou d'un arrêt de médicament, et la présence d'une explication dans le courrier de sortie. Par contre nous observons que 89,5% des arrêts et 78,5% des introductions ont été suivis en ambulatoire par le médecin traitant. Il est difficile d'analyser cet excellent taux de suivi en raison de nombreux biais : étude unicentrique, absence de comparaison selon les médecins traitants et selon le type de transmission d'information.

Une étude complémentaire comparant plusieurs centres, plusieurs méthodes de transmission, avec une population plus étendue permettrait d'apprécier le lien entre ville et hôpital et suivi des adaptations thérapeutiques réalisées à l'hôpital chez les sujets âgés.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le 3/4/2012

LE DOYEN
J.P. ROMANET

LE PRESIDENT DE LA THESE
PROFESSEUR P. COUTURIER

## RESUME


Adaptation des traitements chez la personne âgée hospitalisée : la justification dans le courrier de sortie est-elle vraiment un atout ?

Chez les sujets âgés, la hiérarchisation des problèmes médicaux et des propositions thérapeutiques est un enjeu majeur de santé publique dans le but de limiter la iatrogénie et les pathologies induites par les soins. Une hospitalisation dans un service de gériatrie est un moment privilégié pour adapter les prescriptions. Pourtant ces modifications thérapeutiques ne semblent pas toujours suivies à domicile par le médecin traitant.

Nous avons analysé pendant un mois les ordonnances à l'admission et à la sortie d'hospitalisation de tous les patients de plus de 65 ans, hospitalisés dans le service de gériatrie du centre hospitalier de Voiron, ainsi que l'information faite dans le courrier de sortie. Un suivi à un mois a été réalisé afin de recueillir la nouvelle ordonnance de chaque patient. Les patients transférés (autres services de médecine aiguë, chirurgie, rééducation) ou décédés ont été exclus.

Trente sept patients d'âge moyen de 84,6 ± 6,1 ans ont été inclus. L'ordonnance compte en moyenne 8,3 ± 3,9 médicaments à l'admission et 8,9 ± 3,8 médicaments à la sortie (*p=0,47*). Au total 132 médicaments ont été modifiés. Une justification a été retrouvée dans le courrier de sortie pour 67% des médicaments arrêtés et 80% des médicaments introduits. Nous ne pouvons pas affirmer la présence d'un lien entre le suivi par le médecin traitant des modifications thérapeutiques, qu'il s'agisse d'une introduction ou d'un arrêt de médicament, et la présence d'une explication dans le courrier de sortie. Par contre nous observons que 89,5% des arrêts et 78,5% des introductions ont été suivis en ambulatoire par le médecin traitant. Il est difficile d'analyser cet excellent taux de suivi en raison de nombreux biais : étude unicentrique, absence de comparaison selon les médecins traitants et selon le type de transmission d'information.

Une étude complémentaire comparant plusieurs centres, plusieurs méthodes de transmission, avec une population plus étendue, permettrait d'apprécier le lien entre ville et hôpital et suivi des adaptations thérapeutiques réalisées à l'hôpital chez les sujets âgés.



Mots clé : personne âgée, modification thérapeutique, médecin généraliste, gériatrie, courrier de sortie

## ABSTRACT

Treatment adaptation in the hospitalized elderly: is the justification in the discharge summary really an asset?

In the elderly, to prioritize medical problems and therapeutic suggestions is a public health major issue to prevent iatrogenic disorders and care induced pathologies. A hospitalization in a geriatric department is a privileged moment to adapt the prescriptions. Nevertheless those therapeutic modifications seem not to be always followed by the general practitioner at home.

During one month, we have comparatively analyzed the prescriptions on admission and at discharge, as long as the information contained in the discharge summary, of all patients older than 65 hospitalized in the geriatric department of Voiron's hospital. A one month monitoring was subsequently made to collect the new prescription of each patient. The transferred patients (other acute care departments, surgery, rehabilitation unit) or dead ones were excluded.

Thirty seven patients aged of 84.6 ± 6.1 years old were included. There were on average 8.3 ± 3.9 drugs on the prescription on admission and 8.9 ± 3.8 drugs at discharge (p=0.47). Altogether 132 drugs were modified. A justification was found in the discharge summary for 67% of interrupted drugs and 80% of inserted drugs. We cannot assert that there is a link between the follow up of the therapeutic modifications by the general practitioner, whether it's an insertion or an interruption, and an explanation in the summary discharge. However, we notice that 89.5% of therapeutic interruptions and 78.5% of drug insertions are followed by the family care doctor. It is difficult to analyze that excellent rate of follow up because of a lot of biases: monocentric study, lack of comparison according to general practitioners and according to the kind of information transmission.

A complementary study comparing several centers, several transmission methods, with a larger population, could appreciate the link between primary care and hospital, and the follow up of therapeutic adaptations done during hospitalization in older patients.



Key words: elderly, therapeutic modification, general practitioner, geriatric, discharge summary

## BIBLIOGRAPHIE


1. Scott I, Jayathissa S. Quality of drug prescribing in older patients: is there a problem and can we improve it? Intern Med J. 2010 janv;40(1):7–18.

2. Salazar JA, Poon I, Nair M. Clinical consequences of polypharmacy in elderly: expect the unexpected, think the unthinkable. Expert Opin Drug Saf. 2007 nov;6(6):695–704.

3. Laroche M-L, Bouthier F, Merle L, Charmes J-P. [Potentially inappropriate medications in the elderly: a list adapted to French medical practice]. Rev Med Interne. 2009 juill;30(7):592–601.

4. Fradet G, Legac X, Charlois T, Cottin S. Iatrogenic drug-induced diseases, requiring hospitalization, in patients over 65 yearsof age.On year retrospective study in an internal medicine department. Rev Med Interne. 1996;17(6):456–60.

5. Queneau P, Adnet F, Bannwarth B, Carpentier F, Bouget J, Trinhduc A. Accidents médicamenteux évitables observés dans sept services d'accueil et d'urgences français : prévalence, prévention et dépenses inutilesÀ propos d'une étude de l'APNET sur les accidents médicamenteux observés dans sept services d'accueil et d'urgences français. Journal Européen des Urgences. 2008 mars;21(1):22–8.

6. Beers MH, Ouslander JG, Rollingher I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. UCLA Division of Geriatric Medicine. Arch. Intern. Med. 1991 sept;151(9):1825–32.

7. Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. Arch. Intern. Med. 1997 juill 28;157(14):1531–6.

8. Lechevallier-Michel N, Gautier-Bertrand M, Alpérovitch A, Berr C, Belmin J, Legrain S, et al. Frequency and risk factors of potentially inappropriate medication use in a community-dwelling elderly population: results from the 3C Study. Eur. J. Clin. Pharmacol. 2005 janv;60(11):813–9.

9. 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.

10. Garfinkel D, Mangin D. Feasibility Study of a Systematic Approach for Discontinuation of Multiple Medications in Older Adults: Addressing Polypharmacy. Arch Intern Med. 2010 oct 11;170(18):1648–54.

11. van Walraven C, Rokosh E. What is necessary for high-quality discharge summaries? Am J Med Qual. 1999 août;14(4):160–9.

12. Haute Autorité de Santé. Dossier patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu. Réglementations et recommandations. ANAES 2003. [consulté le 4 avril 2012] Disponible sur : www.has-sante.fr.

13. Article R. 1112-2. Annexe du décret n°2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux

dispositions réglementaires des parties I, II, III du Code de la Santé Publique. Code de santé publique.

14. Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. [General practitioners' perceptions of medical information from hospitals]. Presse Med. 2009 oct;38(10):1404–9.

15. Wilson S, Ruscoe W, Chapman M, Miller R. General practitioner-hospital communications: a review of discharge summaries. J Qual Clin Pract. 2001 déc;21(4):104–8.

16. 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. 2007 févr 28;297(8):831–41.

17. Kruse W, Rampmaier J, Frauenrath-Volkers C, Volkert D, Wankmüller I, Micol W, et al. Drug-prescribing patterns in old age. A study of the impact of hospitalization on drug prescriptions and follow-up survey in patients 75 years and older. Eur. J. Clin. Pharmacol. 1991;41(5):441–7.

18. Fauchais A-L, Ploquin I, Ly K, Rhaïem K, Bezanahary H, Tarnaud T, et al. [Adverse drug related events in a postemergency unit: prospective cohort study with 6 months follow up]. Rev Med Interne. 2006 mai;27(5):375–81.

19. Aparasu RR, Mort JR. Prevalence, correlates, and associated outcomes of potentially inappropriate psychotropic use in the community-dwelling elderly. Am J Geriatr Pharmacother. 2004 juin;2(2):102–11.

20. Prudent M, Dramé M, Jolly D, Trenque T, Parjoie R, Mahmoudi R, et al. Potentially inappropriate use of psychotropic medications in hospitalized elderly patients in France: cross-sectional analysis of the prospective, multicentre SAFEs cohort. Drugs Aging. 2008;25(11):933–46.

21. Desplenter F, Caenen C, Meelberghs J, Hartikainen S, Sulkava R, Bell JS. Change in psychotropic drug use among community-dwelling people aged 75 years and older in Finland: repeated cross-sectional population studies. Int Psychogeriatr. 2011 oct;23(8):1278–84.

22. Berdot S, Bertrand M, Dartigues J-F, Fourrier A, Tavernier B, Ritchie K, et al. Inappropriate medication use and risk of falls--a prospective study in a large community-dwelling elderly cohort. BMC Geriatr. 2009;9:30.

23. Meuleners LB, Duke J, Lee AH, Palamara P, Hildebrand J, Ng JQ. Psychoactive medications and crash involvement requiring hospitalization for older drivers: a population-based study. J Am Geriatr Soc. 2011 sept;59(9):1575–80.

24. Finkle WD, Der JS, Greenland S, Adams JL, Ridgeway G, Blaschke T, et al. Risk of fractures requiring hospitalization after an initial prescription for zolpidem, alprazolam, lorazepam, or diazepam in older adults. J Am Geriatr Soc. 2011 oct;59(10):1883–90.

25. Andro M, Estivin S, Gentric A. [Medicinal prescriptions in geriatrics: Overuse, misuse, underuse. Qualitative analysis from the prescriptions of 200 patients admitted in an

acute care geriatric unit]. Rev Med Interne. 2012 mars;33(3):122–7.

26. Haute Autorité de Santé. Modalités d'arrêts des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. Octobre 2007. [Consulté le 5 avril 2012] Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_bzd_-_version_finale_2008.pdf

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

28. Verlhac B. Anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les sujets âgés et accidents iatrogéniques : les points importants à retenir. revue du rhumatisme. 2004 déc;71(S6):179–82.

29. ANAES. Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale.Recommandations et références professionnelles. 2000. [Consulté le 4 avril 2012]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Douleur_sujet_age_Recos.pdf

30. Haute Autorité de Santé. Audit clinique ciblé appliqué à la prise en charge de la douleur de la personne âgée. 2006. [Consulté le 4 avril 2012]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/dpa_-_rapport_final.pdf

31. Ministère de la Santé et des Solidarités. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010.

32. Misson L, Savoie M L, Aubin M, Hadjistavcopoulos T, Verreault R. Les défis de l'évaluation de la douleur chez la personne agée avec des capacités réduites à communiquer en raison d'une démence avancée. Douleurs. 2011;12:55–64.

33. Rat P, Jouve E, Bonin-guillaume S, Donnarel L. Présentation de l'échelle de la douleur aiguë pour personnes âgées ALGOPLUS. Douleurs. 2007;8(Hors série 1):1S45.

34. Abitbol G, Bloch F, Gautier V, Haulon S, Joffredo L, Joucdar T, et al. Evaluation des pratiques d'utilisation des médicaments antalgiques de pallier III dans un service de gériatrie. Douleurs. 2007;8(Hors série 1):1S85.

35. Vaserman N, Guillard-Lefrais A. Dépistage, evaluation, et traitement de la douleur chez la personne âgée dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles:à propos d'une enquête de 26 patients hospitalisés en court séjour gériatrique. Douleurs. 2008;9:180–95.

36. Haute Autorité de Santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Synthèse des recommandations professionnelles. 2007 [Consulté le 4 avril 2012]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_denutrition_personnes_agees.pdf

37. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Plan National Nutrition Santé 2011-2015.

# ANNEXES

## *Annexe 1 :* ADL = Activity of Daily Living = activité de la vie quotidienne

**Hygiène corporelle**

Autonomie.....1

Aide partielle.....0.5

Dépendant.....0

**Habillage**

Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage.....1

Autonomie pour le choix des vêtements, l'habillage mais a besoin d'aide pour se chausser.....0.5

Dépendant.....0

**Toilettes**

Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite.....1

Doit être accompagné, ou a besoin d'aide pour se déshabiller et se rhabiller ensuite.....0.5

Ne peut aller aux toilettes seul.....0

**Locomotion**

Autonomie.....1

A besoin d'aide.....0.5

Grabataire.....0

**Continence**

Continent.....1

Incontinence occasionnelle.....0.5

Incontinent.....0

**Repas**

Mange seul.....1

Aide pour couper la viande ou peler les fruits.....0.5

Dépendant.....0

## *Annexe 2 :* Classifications des antécédents

*Pathologies cardio-vasculaires*
Infarctus du myocarde
Cardiopathies
Arythmie complète par fibrillation auriculaire
Artériopathie oblitérante des membres inférieurs et athérome
Dyslipidémie
Maladie thrombo-embolique

*Hypertension artérielle*

*Pathologies respiratoires*
Bronchopneumopathie chronique obstructive
Asthme
Insuffisance respiratoire chronique
Tabagisme actif ou passif

*Démences*
*Maladie d'Alzheimer*
*Démence vasculaire*
*Troubles cognitifs non étiquetés*

*Pathologies neurologiques*
Accident vasculaire cérébral/accident ischémique transitoire
Epilepsie
Maladie de Parkinson

*Dépression*

*Insuffisance rénale chronique*

*Diabète insulinodépendant et non-insulinodépendant*

*Pathologies digestives*
Ulcère gastro-duodénal
Oesophagite
Diverticulose
Pathologies biliaires

*Pathologies endocriniennes*
Dysthyroïdie
*Hémopathies et cancers*
Anémie

*Pathologies sensorielles*
Dégénérescence maculaire liée à l'âge

Glaucome
Cataracte
Presbyacousie

## *Annexe 3 :* Classifications des médicaments

*Médicaments cardiovasculaires*
β-bloquants
Diurétiques
Anti-arythmiques
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion et antagonistes de l'angiotensine II
Inhibiteurs calciques
Hypolipémiants
Anti-agrégants plaquettaires

*Anti-coagulants*
Anti-vitamine K
Héparines de bas poids moléculaires
Héparines non fractionnées

*Médicaments urologiques*
α-bloquants
Inhibiteurs de la 5-α-réductase
Autres médicaments utilisés dans l'hypertrophie bénigne de prostate

*Psychotropes hors antidépresseurs*
Benzodiazépines et apparentés
Hypnotiques et apparentés
Neuroleptiques

*Antidépresseurs*
Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine
Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
Antidépresseurs imipraminiques
Autres antidépresseurs

*Antalgiques*
Palier 1
Palier 2
Palier 3

*Anti-inflammatoires*
Corticoïdes
Anti-inflammatoires non stéroïdiens

*Médicaments gastro-entérologiques*
Inhibiteurs de la pompe à protons
Pansements gastro-intestinaux
Laxatifs
Antiémétiques
Antispasmodiques digestifs

*Médicaments antidiabétiques*
Antidiabétiques oraux
Insulines et analogues

*Médicaments métaboliques*
Hormones thyroïdiennes
Hypouricémiants
Supplémentation potassique
Vitamine B12
Fer et acide folique
Magnésium

*Calcium et vitamine D*

*Compléments nutritionnels oraux*

*Aérosols*
Bronchodilatateurs β-2 mimétiques d'action brève
Bronchodilatateurs β-2 mimétiques d'action prolongée
Bronchodilatateurs anticholinergiques
Corticoïdes inhalés

*Vasodilatateurs cérébraux*

*Autres*
Anticholinestérasiques
Antiépileptiques
Piasclédine
Topiques dermatologiques
Antibiotiques
Antifungiques

## *Annexe 4 :* **Questionnaire**

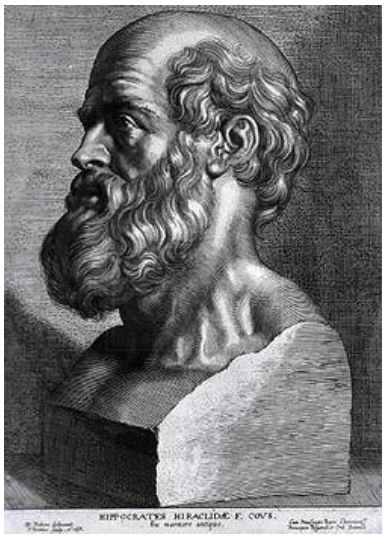
Réponses : oui, non, ne sais pas pour les 4 questions.

Question 1 : Avez-vous vu le patient en consultation depuis sa sortie du service de médecine aiguë gériatrique du centre hospitalier de Voiron ? A quelle date ?

Question 2 : Aviez-vous reçu le courrier de sortie avant de revoir le patient ?
Si la réponse est « non », le patient s'est-il présenté à la consultation avec le courrier de sortie ?
Information donnée au médecin concernant le fait que chaque patient sort du service de gériatrie avec le courrier de sortie.

Question 3 : Jugez-vous que les modifications thérapeutiques ont été suffisamment expliquées dans le courrier ?

Question 4 : Avez-vous modifié l'ordonnance du patient ?




## SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie 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 donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*