



**HAL**  
open science

# Création d'un outil de communication ville-hôpital : document dédié aux modifications thérapeutiques de patients hospitalisés en court séjour gériatrique d'après les attentes des médecins généralistes

François-Hubert Brunschwig

## ► To cite this version:

François-Hubert Brunschwig. Création d'un outil de communication ville-hôpital : document dédié aux modifications thérapeutiques de patients hospitalisés en court séjour gériatrique d'après les attentes des médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00932624

**HAL Id: dumas-00932624**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00932624v1>**

Submitted on 17 Jan 2014

**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 DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

2013

Création d'un outil de communication ville-hôpital :  
Document dédié aux modifications thérapeutiques de  
patients hospitalisés en court séjour gériatrique  
D'après les attentes des médecins généralistes

## **THESE**

Pour obtenir le grade de docteur en médecine (diplôme d'état)

Présentée et soutenue à la faculté de Nice

Le 06 septembre 2013

Par

**BRUNSCHWIG François-Hubert**

Né le 14 février 1984 à Nancy

## **MEMBRES DU JURY**

Président :

Monsieur le Professeur GUERIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur BROCKER

Monsieur le Professeur FRANCO

Monsieur le Professeur HOFLIGER

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur SACCO



## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier très sincèrement

### *Les membres du jury*

*Monsieur le Professeur GUERIN.*

Merci de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse.  
Merci pour tes conseils, ta disponibilité, ton soutien et ta confiance.

*Monsieur le Professeur FRANCO.*

Je suis très honoré que vous soyez membre de ce jury.  
Merci pour votre inépuisable savoir, votre expérience, votre sagesse et l'enseignement que vous m'avez apporté.

*Monsieur le Professeur BROCKER.*

Je vous remercie de me faire l'honneur de faire partie de ce jury.  
Merci pour l'expérience et les connaissances que vous me transmettez.

*Monsieur le Professeur HOFLIGER.*

Je vous remercie de me faire l'honneur de siéger dans mon jury.  
Merci pour vos conseils méthodologiques et vos qualités d'enseignant.

*Mon directeur de thèse, le Docteur SACCO.*

Merci pour ta disponibilité, ta rigueur, ton aide précieuse et ta compétence.

Messieurs les membres du jury, soyez assurés de mon plus profond respect et de ma reconnaissance

***Ma famille***

Mes piliers

*Mon père*

Merci de m'avoir inculqué le sens du travail, de l'honnêteté et de la responsabilité  
Merci de m'avoir transmis le plaisir d'apprendre et l'envie de faire médecine

*Ma mère*

Merci de m'avoir transmis ton sens et ta précision du travail bien fait  
Merci pour ton dynamisme et ton soutien

*Mon frère*

Mon meilleur ami et l'une de mes plus grandes forces

Pour votre amour, votre soutien de tous les instants, pour tous vos sacrifices, puisse ce travail  
être le témoignage de ma profonde affection et de toute ma reconnaissance

Mes grands-parents, présent ou disparus, pour votre amour sans faille

## **Mes amis**

### *Mes amis marseillais*

Ceux que je n'oublie pas mais à qui il arrive d'en douter (Seb, Jenny, Julien, Baptiste D.)

Toi aussi mon Bapeutiste le nouveau corse, salut du Bichon

La Cap Corse Team. Puisseons-nous poursuivre ces moments

### *Tous mes amis niçois.*

Spéciale dédicace à la Grasse Team (David, Cédric et Emeline)

Mon co-loc'(Clément) et Jérôme

### *Au noyau dur de la guilde (Jeff, Vincent)*

4 T0μ5 (3μ>< qμ1 |°0μ|2|20|\|7 |\_1|23 (3 |\|355463 et pour lesquels « 88 miles à l'heure »  
signifie quelque chose !

### ***Je remercie également,***

Les Dr Baldin et Baldin pour leur aide précieuse ; leur groupe de pairs

Le Dr Van Eslande pour « avoir toujours raison »

Les équipes de Cimiez pour ne pas faire de jaloux(se) !

Mes co-internes

Tous les gens que j'ai rencontrés lors des différentes étapes de ma vie et de mon cursus et qui ont contribué à ce que je suis devenu aujourd'hui

UNIVERSITE DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Liste des professeurs au **1er mars 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

<b>Doyen</b>	M. BAQUÉ Patrick
<b>Assesseurs</b>	M. BOILEAU Pascal M. HEBUTERNE Xavier M. LEVRAUT Jacques
<b>Conservateur de la bibliothèque</b>	M. SCALABRE Grégory
<b>Chef des services administratifs</b>	Mme HIZEBRY Valérie
<b>Doyens Honoraires</b>	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick

**Professeurs Honoraires**

M. BALAS Daniel	M. LALANNE Claude-Michel
M. BLAIVE Bruno	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BOQUET Patrice	M. LAPALUS Philippe
M. BOURGEON André	M. LAZDUNSKI Michel
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LEFEBVRE Jean-Claude
Mme BUSSIERE Françoise	M. LE BAS Pierre
M. CHATEL Marcel	M. LE FICHOUX Yves
M. COUSSEMENT Alain	M. LOUBIERE Robert
M. DARCOURT Guy	M. MARIANI Roger
M. DELMONT Jean	M. MASSEYEFF René
M. DEMARD François	M. MATTEI Mathieu
M. DOLISI Claude	M. MOUIEL Jean
M. FREYCHET Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. GILLET Jean-Yves	M. OLLIER Amédée
M. GRELLIER Patrick	M. SCHNEIDER Maurice
M. HARTER Michel	M. SERRES Jean-Jacques
M. INGLESAKIS Jean-André	M. TOUBOL Jacques
	M. TRAN Dinh Khiem
	M. ZIEGLER Gérard
<b>M.C.A. Honoraire</b>	Mlle ALLINE Madeleine
<b>M.C.U. Honoraires</b>	M. ARNOLD Jacques M. BASTERIS Bernard Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie M. EMILIOZZI Roméo M. GASTAUD Marcel

M. GIRARD-PIPAU Fernand  
 Mme MEMRAN Nadine  
 M. MENGUAL Raymond  
 M. POIREE Jean-Claude  
 Mme ROURE Marie-Claire

### PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M.	DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53-01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GERARD Jean-Pierre	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HEBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
Mme	LEBRETON Elisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	ORTONNE Jean-Paul	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

### PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BERARD Etienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)



M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIME Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	ROSENTHAL Eric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépto-Gastroentérologie (52.01)

### PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUE Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOUTTE Patrick	Pédiatrie (54.01)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie Plastique (50.04)
M.	FERRARI Emile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUERIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PRADIER Christian	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie – virologie (45.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)

M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
----	-----------------------	-------------------

### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	BENZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	DONZEAU Michèle	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	FRANKEN Philippe	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
M.	GIUDICELLI Jean	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)
Mme	HINAULLT Charlotte	Biochimie et Biologie Moléculaire ( 44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	MAGNE Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	MAGNIE Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et Mycologie (45.02)
Mlle	PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Epidémiologie-Economie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

### **PROFESSEURS ASSOCIES**

M.	DIOMANDE Mohenou Isidore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale
Mme.	KLEEFIELD Sharon	Médecine Légale

### **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES**

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

### **PROFESSEURS CONVENTIONNES DE L'UNIVERSITE**

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	MAGNE Jacques	Biophysique
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

## TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS .....	2
LISTE DES PROFESSEURS.....	5
ABREVIATIONS.....	12
1 INTRODUCTION .....	14
1.1 IATROGENIE MEDICAMENTEUSE.....	14
1.2 DEFINITION DE LA PERSONNE AGEE.....	14
1.3 HOSPITALISATION DES SUJET AGES.....	15
1.4 PLACE DE LA IATROGENIE DANS L’HOSPITALISATION DES SUJETS AGES .....	15
1.5 COMPTE RENDU D’HOSPITALISATION : ELEMENT CLEF DE LA CONTINUITE DES SOINS.....	17
1.6 OBJECTIF DE L’ETUDE .....	19
2 MATERIEL ET METHODE .....	21
2.1 Déroulement de l’étude .....	21
2.2 Définition du contenu : Les groupes nominaux .....	22
2.2.1 La méthode du groupe nominal. ....	22
2.2.2 Choix des experts .....	23
2.2.3 Choix de l’animateur .....	24
2.2.4 Déroulement des groupes nominaux:.....	24
2.3 Adaptation de la forme .....	27
2.3.1 Les entretiens individuels.....	27
2.3.2 Tests en condition réelle d’utilisation .....	27
2.4 Intérêt pour l’outil .....	28
3 RESULTATS.....	30
3.1 Caractéristiques des experts interrogés.....	30
3.1.1 Premier groupe nominal :.....	30
3.1.2 Second groupe nominal.....	31
3.1.3 Entretiens individuels :.....	31
3.2 Résultats du premier groupe nominal :.....	32
3.3 Résultats du second groupe nominal (groupe électronique) :.....	36
3.4 Confrontation des résultats des 2 groupes nominaux .....	39
3.5 Première version de notre outil dédié aux modifications thérapeutiques :.....	40
3.6 Réalisation d’une deuxième version : apport des entretiens individuels.....	41
3.7 Réalisation de la version finale : apport de la mise en pratique. ....	43
3.8 Intérêt pour l’outil .....	44
3.8.1 Intérêt global pour le sujet :.....	45

3.8.2	Impact :.....	45
4	DISCUSSION .....	47
5	PERSPECTIVES ET CONCLUSION .....	57
6	ANNEXES.....	59
7	BIBLIOGRAPHIES .....	68
	SERMENT D'HIPPOCRATE .....	71
	RESUME .....	72

## ABREVIATIONS

AVC : accident vasculaire cérébral

CHU : centre hospitalo-universitaire

CNS : conférence nationale de santé

CRH : compte-rendu d'hospitalisation

DCI : dénomination commune internationale

EIM : effets indésirables médicamenteux

HAS : haute autorité de santé

IMC : indice de masse corporelle

INSEE : institut de la statistique et des études économiques

MCO : médecine-chirurgie-obstétrique

MGN : méthode du groupe nominal

MSU : maîtres de stage universitaires

OMS : organisation mondiale de la santé

PMSA : prescription médicamenteuse du sujet âgé

PREPS : Programme de Recherche sur la Performance du Système de Soins

T2A : tarification à l'activité

# INTRODUCTION

# 1 INTRODUCTION

Les patients âgés sont souvent « polypathologiques », terme couramment utilisé pour parler du cumul de pathologies, la coexistence de plusieurs maladies chroniques chez le même individu. Cinq maladies chroniques en moyenne à 70 ans.

Environ 50 % des patients de plus de 65 ans prennent régulièrement au moins cinq médicaments alors même qu'ils sont plus sensibles à la iatrogénie médicamenteuse(1,2).

## 1.1 IATROGENIE MEDICAMENTEUSE

Le mot « iatrogénique » qualifie dans le Dictionnaire de Médecine Flammarion tout ce "qui est provoqué par le médecin et ses thérapeutiques". La Conférence Nationale de Santé, quant à elle, avait défini la iatrogénie comme étant "toute pathogénie d'origine médicale au sens large, compte tenu de l'état de l'art à un moment donné, qui ne préjuge en rien d'une erreur, d'une faute ou d'une négligence". Selon l'académicien Patrice QUENEAU dans son rapport au secrétaire d'état à la santé en 1998, la iatrogénie, et plus particulièrement la iatrogénie médicamenteuse, comprend les effets indésirables sans mauvais usage des thérapeutiques, ou aléas non fautifs et les effets indésirables avec mauvais usage des thérapeutiques, que ce "mauvais usage" soit le fait du médecin (conformément à l'étymologie), ou par extension d'autres soignants (notamment le pharmacien ou l'infirmière), ou encore du malade lui-même, par automédication inappropriée ou mauvaise observance du traitement(3).

## 1.2 DEFINITION DE LA PERSONNE AGEE

Afin de correctement situer « la personne âgée » dans les objectifs de notre étude, il est important de préciser certaines limites d'âges. D'un point de vue socio-économique, les personnes âgées représentent les personnes de plus de 60 ans, âge d'un changement de statut social, résultant le plus souvent d'une cessation d'activité professionnelle. D'un point de vue démographique et selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), les personnes



âgées ont plus de 65 ans. Enfin, d'un point de vue médical, les personnes âgées représentent la population des plus de 75 ans.

Nous retiendrons la borne « médicale » soit 75ans et plus afin de définir la population gériatrique cible de notre étude.

### **1.3 HOSPITALISATION DES SUJET AGES**

La population française vieillit. Selon les projections de l'institut de la statistique et des études économiques (INSEE), en 2050, un habitant sur trois sera âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005(4).

Ce vieillissement de la population a en outre pour conséquence une augmentation du nombre de patients âgés hospitalisés. En 2001, 32,5 % de l'ensemble des séjours dans les unités de soins de courte durée des établissements hospitaliers publics et privés ont été effectués par les personnes âgées de plus de 65 ans, alors qu'elles ne représentent – actuellement- que 16 % de la population. Cette augmentation du taux d'hospitalisation va de pair avec une augmentation des réhospitalisations puisque chez les personnes âgées de 70 ans ou plus 39,3 % sont ré-hospitalisées dans l'année(5).

### **1.4 PLACE DE LA IATROGENIE DANS L'HOSPITALISATION DES SUJETS AGES**

Parmi ces patients âgés hospitalisés, une part non négligeable est directement ou indirectement liée à la iatrogénie médicamenteuse. En effet, 20% des patients consultants dans un service d'accueil des urgences le feraient en raison d'un un effet indésirable médicamenteux (EIM)(6). Les accidents iatrogéniques représentent 5 à 10% des motifs d'hospitalisation après 65ans et plus de 20% après 80 ans(7). Ce nombre d'accidents augmente de façon importante en fonction du nombre de médicaments pris et plusieurs milliers de patients décèderaient chaque année en France du fait d'évènements iatrogéniques (6)(8).

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(9,10). 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(11). En 2005, la HAS a mis à disposition des médecins un programme général sur la prescription médicamenteuse du sujet âgé (PMSA 2005). Dans ce programme, des critères de qualité de la prescription médicamenteuse du sujet âgé ont été mis au point et hiérarchisés selon leur importance, sur un accord professionnel du groupe de travail de médecins l'ayant élaboré(12).

Plusieurs modalités de prescription sub-optimale chez le sujet âgé sont aujourd'hui rapportées : l'excès de traitements (« overuse »), la prescription inappropriée (« misuse ») et l'insuffisance de traitement (« underuse »).

Parmi les causes de iatrogénie médicamenteuse, nous retiendrons :

- Le problème d'observance thérapeutique dans le cadre des maladies chroniques, dont l'impact est important en termes de réduction de l'effet thérapeutique, de surdosage donc de morbi-mortalité(13,14)
- Le problème des interactions médicamenteuses qui sont plus fréquentes chez les personnes âgées du fait de la poly médication lié au contexte polypathologique.

Le médecin généraliste est le principal prescripteur chez les sujets âgés. Ces derniers ont moins souvent recours aux spécialistes que les sujets plus jeunes(7). Les sujets polypathologiques et polymédiqués sont le plus souvent exclus des essais cliniques en dehors d'études récentes dans le domaine cardiovasculaire(15,16). Ceci a pour conséquence une moins bonne connaissance de la pharmacodynamie et cinétique chez ces patients. Les médecins des centres de pharmacovigilance reconnaissent une difficulté dans la compréhension des effets indésirables dès lors qu'il existe un nombre important de médicaments et des interactions plus nombreuses. Il est légitime de comprendre alors la difficulté de prescrire de façon optimale.

## 1.5 COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION : ELEMENT CLEF DE LA CONTINUITE DES SOINS

Selon de code de santé publique, le compte rendu d'hospitalisation est un élément obligatoire du dossier médical(17). Il regroupe les principales informations du dossier médical recueillies durant l'hospitalisation, la thérapeutique proposée et les éléments du suivi médical ultérieur, constituant, de ce fait, un important support de communication entre médecins.

La transmission des informations à l'usage des partenaires extrahospitaliers, ou des personnels d'autres établissements dans le cas des transferts, conditionne la continuité des soins et la qualité de la prise en charge du patient après la sortie. Comme le rappelle l'HAS dans ses recommandations, le compte rendu d'hospitalisation (CRH) doit contenir plusieurs informations et notamment une partie concernant la nouvelle prescription au décours de l'hospitalisation(18).

Depuis 2005, un dispositif appelé « tarification à l'activité (T2A) » s'est substitué à la dotation globale pour les activités de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) des établissements de santé du secteur public. Une majorité de services hospitaliers se voit contraint de rassembler dans le compte rendu de sortie tous les éléments permettant de justifier les « cotations » opérées en fin de séjour des patients. Il en découle un compte rendu excessivement complet et complexe souvent responsable d'un défaut de lecture de la part du patient ou du médecin traitant, facteur de confusion dans la qualité de la continuité des soins.

Malgré des progrès indéniables, il persiste souvent des difficultés de coordination entre la médecine hospitalière et la médecine libérale. Lorsque le patient quitte l'hôpital, il sort avec une ordonnance, dont l'importance est essentielle, car elle présente au moins 2 avantages conséquents :

- Elle est indispensable au suivi médical et elle est en elle-même une sécurité thérapeutique, dans la mesure où elle informe le médecin du traitement en cours, de sa surveillance et de ses dangers éventuels.

- Elle est un excellent vecteur de formation continue, de surcroît personnalisée à un malade pris en charge en commun, en toute responsabilité partagée(3).

Les principaux problèmes liés au compte rendu d'hospitalisation tiennent à son contenu et à son délai d'émission. Les informations jugées les plus importantes par les médecins correspondants sont (19):

- Le détail du traitement de sortie (comprenant la fréquence d'administration, le dosage et la durée de traitement proposée) ;
- Les résultats significatifs des examens réalisés durant l'hospitalisation (résultats positifs, mais aussi négatifs) ;
- Les modalités de suivi conseillées ou proposées ;
- Les informations données au patient concernant le diagnostic de sa pathologie

Comme nous pouvons le constater les détails du traitement sont une priorité mais les nombreuses modifications réalisées en cours d'hospitalisation et notamment du fait de la disponibilité de certaine molécule par la pharmacie hospitalière rendent ces modifications floues voire incompréhensibles au vu des diagnostics évoqués par ailleurs sur les CRH. Ceci a pour conséquence fréquente une reprise ad intégrum du traitement antérieur par le médecin traitant en incluant à l'ordonnance les éventuelles nouvelles classes thérapeutiques, concourant ainsi à l'augmentation du volume de prescription. Il existe plusieurs travaux ayant pour objectifs une diminution de la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée, mais comme le précise une revue de la littérature Cochrane, peu sont ceux bénéficiant d'un haut niveau de preuve(20). Notre étude devrait dans cette optique aboutir à la réalisation d'un projet de recherche nationale dans le cadre du Programme de Recherche sur la Performance du Système de Soins

## 1.6 OBJECTIF DE L'ETUDE

Comme déjà sus-cité, la prescription médicamenteuse chez les personnes âgées relève un caractère tout particulièrement important.

Notre hypothèse consiste en l'idée qu'une information plus précise concernant les prescriptions et modifications médicamenteuses opérées lors d'une hospitalisation aurait un impact positif sur la prise en charge des patients. L'idée de cette thèse est de proposer une identification plus précise du chapitre « Traitement De Sortie », compte tenu de son importance pour la continuité des soins, en proposant un courrier séparé. L'objectif de cette étude est donc de créer un outil de communication hôpital-ville dédié aux modifications médicamenteuses en sortie d'hospitalisation en se basant sur les attentes des médecins généralistes.

Ainsi, quel devrait être, du point de vu des médecins traitants, le contenu d'un courrier explicatif de sortie d'hospitalisation de court séjour ciblé sur les modifications thérapeutiques, pour les patients de plus de 75 ans, dans une optique d'amélioration de la continuité et de la qualité des soins ?

# MATERIEL ET METHODE

## 2 MATERIEL ET METHODE

Cette étude a été réalisée dans le cadre d'une thèse d'exercice de docteur en médecine. Elle s'intègre en tant que travail préliminaire à la soumission d'une demande de financement pour un projet de recherche nationale dans le cadre du Programme de Recherche sur la Performance du Système de Soins (PREPS) « PREPS - dossier pharmaceutique ». Aucun financement spécifique n'a été sollicité ou utilisé pour la réalisation de l'étude. Un accord de participation a été sollicité individuellement pour chaque médecin interrogé.

### 2.1 Déroulement de l'étude

La création de notre outil a été réalisée en deux étapes :

- Définition du contenu : Tout d'abord, nous avons cherché à déterminer les éléments pertinents à intégrer dans notre courrier. Pour cela nous avons donc réalisé deux groupes nominaux (l'un physique et l'autre dématérialisé) avec des experts médecins généralistes. Cette première étape nous a permis de créer une première version de notre outil.
- Adaptation de l'outil : Cette étape s'est également réalisée en deux temps. Dans un premier temps, afin que cet outil soit le plus consensuel possible, nous l'avons fait tester individuellement à plusieurs médecins hospitaliers pour le réajuster aux contraintes et besoins hospitalier (aucune modification sur les éléments demandés par les médecins traitant n'a été acceptée). Ceci a permis la réalisation d'une deuxième version de notre outil. Dans un deuxième temps, cette seconde version a été testée en situation réelle de sorti d'hospitalisation pour permettre d'identifier les derniers éléments à adapter et permettre la réalisation d'une version finale.

## 2.2 Définition du contenu : Les groupes nominaux

Le but de notre étude était de définir le contenu d'un courrier explicatif de sortie d'hospitalisation de court séjour ciblé sur les modifications thérapeutiques. Afin de s'assurer du choix de la méthode la plus adaptée, nous avons fait appel à l'aide de la cellule méthodologique de recherche en médecine générale de la faculté de médecine de Nice. Après discussion avec les référents de cette cellule méthodologique, notre choix s'est porté sur la méthode du groupe nominal (MGN).

### 2.2.1 La méthode du groupe nominal.

La MGN fait partie des 4 principales méthodes de consensus utilisées en recherche médicale qualitative. Les trois autres méthodes sont la Conférence de Consensus, la RAND/UCLA (qui est une variante du groupe nominal développée par l'université de Californie aux Etats-Unis), et la méthode Delphi. Ces méthodes ont pour point commun, la définition du sujet, de la population cible, et un processus d'interaction interpersonnelle. La valeur ajoutée de la MGN viens de la cotation quantitative des données(21). Cette méthode est recommandée quand le sujet de recherche concerne de manière directe la population étudiée. C'est une méthode particulièrement bien adaptée quand il s'agit d'explorer un problème à la fois d'ordre quantitatif, et qualitatif(22). Les avantages de cette méthode sont nombreux :

- Elle permet à un groupe cible d'exprimer et d'isoler ses idées sans se sentir influencé (par les autres participants ou par le chercheur).
- Toutes les idées sont prises en compte.
- La méthode précise le sens des différentes propositions au cours de la réunion, pour les participants et pour le chercheur.
- Elle permet de cerner les priorités du groupe.
- Elle permet d'ouvrir la recherche, d'émettre des hypothèses et les données récupérées peuvent aider à développer d'autres études.



- Elle occasionne peu de frais car nécessite peu de matériel.

Comme nous l'avons décrit ci-après, le déroulement du groupe nominal est bien codifié et amène à un auto-consensus puisqu'il empêche toute influence individuelle sur l'avis du groupe. Ainsi la liste finale des items obtenus, est représentative de toutes les idées du groupe. La validité de la MGN a été étudiée en recherche psychométrique initialement par Delbecq et al. auprès de 420 participants. Tout comme la méthode Delphi, cette technique de recherche qualitative a montré une nette supériorité par rapport à un groupe non structuré(21). C'est donc une méthode bon marché, robuste, facile à appliquer, avec des résultats rapides et facilement interprétables.

### 2.2.2 Choix des experts

L'objectif de notre travail étant de déterminer les caractéristiques attendues par les médecins traitants d'un document explicatif dédié aux modifications thérapeutiques réalisées en cours d'hospitalisation, il nous a semblé pertinent de porter notre choix d'expert sur des médecins généralistes afin d'identifier leurs besoins pour ce type de situation. Afin de s'assurer d'un taux de réponse plus important à notre sollicitation nous nous sommes initialement tournés vers des maitres de stage universitaire (MSU) du département d'enseignement et de recherche en médecine générale de Nice. Nous avons d'abord contacté un des MSU particulièrement sensibilisé à la gériatrie et au problème de iatrogénie médicamenteuse. Ce dernier nous a permis de rentrer en contact avec son groupe de pairs en leur envoyant un mail (annexe 1). Un certain nombre de médecin a répondu et a accepté de participer à l'étude. Nous les avons ensuite rencontré au début d'une de leurs réunions de groupe de pairs habituelles afin de leur soumettre le projet dans son ensemble.

Une fois convenu le nombre et la qualité des participants, une date de réunion a été décidé afin de réaliser le groupe nominal. Les médecins généralistes du groupe ont ensuite été à nouveau contactés par mail afin de leur retransmettre le sujet de la thèse, l'objectif du groupe nominal et le déroulement de la réunion (annexe 2). Ceci permettait à chacun de réfléchir en amont aux réponses qu'il pourrait donner lors de la réalisation du groupe nominal. Une clarification du sujet pouvait être donnée en cas de demande des participants.

A la recherche de caractéristiques démographiques différentes de celles des experts du premier groupe, nous avons recherché des médecins généralistes non impliqués dans une activité universitaire et exerçants dans différentes villes de la région pour le deuxième groupe nominal. Notre choix s'est posé de façon arbitraire sur des médecins connus de l'auteur de cette étude. Comme pour les médecins du premier groupe, les informations concernant le sujet, le but et les modalités de déroulement de l'étude leurs ont été transmises par mail (informations similaires à celles transmises lors du premier groupe (annexe2)).

### **2.2.3 Choix de l'animateur**

Afin de garantir une certaine neutralité vis-à-vis du sujet, l'animateur ne devait pas être l'auteur de l'étude. Afin de garantir une qualité d'animation de groupe optimale, notre choix s'est porté sur un médecin impliqué dans les activités de recherche du département de médecine générale de Nice, ayant déjà participé en tant qu'expert à un groupe nominal. L'animateur est également le directeur de cette thèse.

### **2.2.4 Déroulement des groupes nominaux:**

#### ***2.2.4.1 Le groupe physique***

La réunion s'est déroulée entre 20h et 23h dans une salle mise à disposition pour l'occasion par le pôle de gériatrie du CHU de Nice. Les participants étaient répartis en U autour de plusieurs tables afin de pouvoir consulter un tableau de recueil des données situé au centre. Sur leur table leur étaient déposés une feuille récapitulative des informations déjà transmises par mail, des fiches vierges permettant de noter les propositions et des fiches à trous pour le classement des idées (annexe 3).

Nous avons alors rappelé les éléments introductifs de l'étude, son objectif puis l'animateur a explicité le déroulement de la soirée et notamment les différentes étapes du groupe

nominal. Un rappel de la question principale était enfin donné : « Qu'attendez-vous du contenu d'une lettre explicative dédiée aux modifications thérapeutiques ? ».

Dans un premier temps chacun posait individuellement par écrit le maximum d'idées qui lui venaient à l'esprit. Une idée = une phrase = une fiche. Cette phase a duré 15 minutes.

Dans un second temps, l'animateur collectait les idées des participants lors d'un tour de table où chacun à tour de rôle énonçait une de ces idées. Chaque proposition était notée sur le tableau visible pour tous. A ce stade il n'y avait ni reformulation, ni commentaire, synthèse ou regroupement : les énoncés étaient reportés sur un grand tableau. Chaque participant était invité à suivre les réponses de ses collègues afin de stimuler la réflexion et ainsi générer d'éventuelles nouvelles d'idées. Chaque participant devait écarter les réponses déjà proposées par le groupe.

Dans un troisième temps, l'animateur relisait les propositions et le groupe devait s'accorder sur la signification de chacune d'entre elles. Le groupe s'est alors approprié chacune des idées lors de cette phase de commentaires, propositions, regroupement. L'échange avait pour but d'éclaircir le sens et la logique de chaque proposition et éventuellement de regrouper les idées ayant un sens commun. Le temps imparti était variable. Il a été accordé en moyenne 2 minutes par proposition.

Venait ensuite le temps du vote, grâce aux fiches préparées pour ce dernier : une case en haut à gauche pour le numéro de l'item, une ligne au centre pour réécrire l'intitulé de l'item et une case en bas à droite pour la cotation de l'item. Un nombre d'items à sélectionner devait être retenu ; classiquement cinq ou huit selon le nombre d'idées générées. Chacun choisissait alors les énoncés qu'il estimait les plus importants. A l'aide d'une échelle numérique une cotation successive des propositions était réalisée de façon individuelle et anonyme par chaque membre du groupe. On demandait aux participants de donner huit points (si huit items retenus) à l'énoncé jugé le plus important, sept au second énoncé le plus important et ainsi de suite. Un point était donné à l'item le moins important de ceux retenus. Une fois que l'ensemble des participants avait fini d'inscrire les votes, ces derniers étaient recueillis par l'animateur et mélangés afin d'en assurer l'anonymat. Il inscrivait ensuite l'ensemble des votes au tableau selon l'organisation suivante :

- 1<sup>ère</sup> colonne : numéro de chaque énoncé

- 2<sup>ème</sup> colonne : nombre de points donnés à chaque énoncé
- 3<sup>ème</sup> colonne : nombre de fois où l'énoncé a été choisi
- 4<sup>ème</sup> colonne : total des points attribué à l'énoncé (somme des points de la deuxième colonne)
- 5<sup>ème</sup> colonne : rang final obtenu pour chaque énoncé en fonction des points qui lui ont été attribués

A la fin du groupe nominal, chaque proposition était donc classée par ordre de priorité.

#### *2.2.4.2 Le groupe électronique*

Afin d'appuyer les résultats du premier groupe nominal, nous avons réalisé un second groupe nominal.

La méthodologie diffère ici en l'absence de réunion physique à proprement parler. Le groupe nominal permet en effet l'utilisation de moyens de communications indirects comme les messages électroniques.

Nous avons ainsi décidé de former un deuxième groupe d'expert dont le moyen d'expression serait basé par messages électroniques interposés. Le schéma méthodologique restait identique à celui du groupe nominal classique dit « physique », en respectant les différentes phases. Nous allions donc suivre le déroulement du groupe nominal déjà cité plus haut. Le temps imparti à chaque étape pourrait être beaucoup plus conséquent (unités de jours et non minutes) en raison du caractère différé des réponses.

Chaque médecin allait recevoir les mêmes informations que ceux du premier groupe : explication au sujet de l'étude, du déroulement et toujours la même question posée («qu'attendez-vous du contenu d'une lettre explicative dédiée aux modifications thérapeutiques ?»). Les médecins enverraient ensuite à l'animateur leurs réponses (sous formes d'idées) par mails. Une mise en commun allait pouvoir ensuite être effectuée. Une rediscussion des items serait proposée. Via des échanges de mails, les items seraient précisés, regroupés éventuellement afin d'arriver à la liste finale d'items. Le vote serait ensuite organisé. Selon le nombre d'idées proposées, nous choisirions une base de 5 ou 8

items à évaluer et classer par ordre de préférence toujours en suivant la méthodologie déjà citée.

## **2.3 Adaptation de la forme**

### **2.3.1 Les entretiens individuels**

Une fois le contenu déterminé suite aux résultats des groupes nominaux, une première version de l'outil a été réalisée. Celle-ci a ensuite été soumise à un panel de médecins hospitaliers travaillant en service de gériatrie lors d'entretiens individuels. Ces entretiens avaient pour but la réalisation d'une mise en forme compatible avec les exigences hospitalières. Il s'agissait d'entretiens individuels structurés d'une durée de 15 minutes qui se sont étalés sur quinze jours. Ces entretiens se sont déroulés à chaque fois dans un bureau en face à face. Durant la première moitié de l'entretien, le sujet du travail ainsi que l'objectif principal ont été exposés et des réponses aux éventuels questions ont été fournies aux participants. La première version de l'outil était alors soumise au médecin et la consigne suivant été énoncée : « Voici donc l'outil créé suite aux entretiens avec les experts généralistes. Selon vous, quelles sont les modifications à apporter à ce document afin qu'il soit rempli au mieux. Y'a-t-il selon vous des éléments à préciser, à modifier ou des éléments indispensables manquants ». Toutes les suggestions de modifications sur le fond et incompatibles avec les demandes des médecins généralistes ont été systématiquement rejetées. La réalisation de cette série d'entretiens a permis d'établir une deuxième version de l'outil.

### **2.3.2 Tests en condition réelle d'utilisation**

Nous avons ensuite testé cette deuxième version en condition réelle d'implémentation sur deux patients sortant d'hospitalisation pour un retour à domicile. Nous avons sélectionné de façon arbitraire deux dates pendant lesquelles nous sélectionnerions à chacune d'elle le premier patient sortant d'une des unités de court séjour gériatrique de l'hôpital CIMIEZ.

Nous avons rempli le document à l'aide de l'interne du service. Ce test en condition réelle d'utilisation a permis d'affiner l'outil pour aboutir à une version finale.

## 2.4 Intérêt pour l'outil

Afin d'évaluer l'intérêt des médecins généraliste pour notre thématique, nous avons demandé aux médecins, en fin de séance du premier groupe physique, d'évaluer de façon anonyme l'intérêt ressenti pour le sujet via une cotation numérique allant de 1(faible intérêt) à 4 (intérêt majeur).

Sur la même fiche, nous posions une autre question aux médecins traitant.

Afin d'évaluer leur avis concernant le projet de cette étude et les éventuelles conséquences de notre outil, nous leur demandions :« Pensez-vous que cet outil aura un impact

- 1) Sur la diminution du risque iatrogène ?
- 2) Sur la communication médecine de ville-médecine hospitalière ? »

Une simple réponse « oui » ou « non » est attendue. Nous précisons aux membres du groupe que les réponses sont anonymes et ouvertes ensuite à des commentaires libres.

# RESULTATS

## 3 RESULTATS

### 3.1 Caractéristiques des experts interrogés

#### 3.1.1 Premier groupe nominal :

Lors du premier groupe nominal, l'âge moyen des participants était de  $37,8 \pm 10,5$  ans (de 30ans à 57ans).

Tous les médecins avaient une activité libérale. Deux médecins cumulaient cette activité avec une activité salariée. Deux avaient une activité d'enseignement au sein du département de recherche et d'enseignement de la faculté de médecine de Nice.

La durée moyenne d'exercice était de  $9,5 \pm 10,6$  années (de 2 à 30 années)

Dans le détail :

- 1<sup>er</sup> médecin : 33 ans, exercice libéral, 4,5 ans d'exercice, pas d'activité d'enseignement, pas de diplômes ou activités complémentaires.
- 2<sup>ème</sup> médecin : 31 ans, exercice libéral, 3 ans 1/2 d'exercice, pas d'activité d'enseignement, pas de diplôme ou activités complémentaire.
- 3<sup>ème</sup> médecin : 30 ans, exercice libéral et salarié, 2 ans d'exercice, activité d'enseignement au sein de la faculté de médecine de Nice, département de médecine générale, diplôme ou activités complémentaires : DIU de médecin coordonnateur.
- 4<sup>ème</sup> médecin : 33 ans, exercice libéral, 4 ans d'exercice, pas d'activité d'enseignement, pas de diplôme ou activités complémentaire.
- 5<sup>ème</sup> médecin : 32 ans, exercice libéral, 5 ans d'exercice, pas d'activité d'enseignement, pas de diplôme ou activités complémentaire
- 6<sup>ème</sup> médecin : 57 ans, exercice libéral en cabinet de groupe, 30ans d'exercice, activité d'enseignement au sein de la faculté de Nice département médecine générale, pas de diplôme ou activités complémentaires.



- 7<sup>ème</sup> médecin : 32 ans, exercice libéral et salarié, 2 ans d'exercice, pas d'activité d'enseignement, pas de diplômes ou activités complémentaires.
- 8<sup>ème</sup> médecin : 55 ans, exercice libéral, 25 ans d'exercice, activité d'enseignement au sein de la faculté de Nice département médecine générale, pas de diplômes ou activités complémentaires

### 3.1.2 Second groupe nominal

L'âge moyen était de 46 ans (de 35 à 52 ans)

Tous les médecins exerçaient en libéral exclusivement. Aucun n'avait d'activité d'enseignement.

La durée moyenne d'exercice était de 15 années (de 5 à 20 années)

Dans le détail :

- 1er médecin : 51 ans, exercice libéral et salarié à Draguignan, 20 ans d'exercice, pas d'activité d'enseignement, diplômes ou activités complémentaires : capacité de gérontologie.
- 2ème médecin : 46 ans, exercice libéral à Cannes, 18 ans d'exercice, pas d'activité d'enseignement, diplômes ou activités complémentaires : médecine légale.
- 3ème médecin : 35 ans, exercice libéral à Nice, 5 ans d'exercice, pas d'activité d'enseignement, pas de diplômes ou activités complémentaires.
- 4ème médecin : 52 ans, exercice libéral à Antibes, 17 ans d'exercice, pas d'activité d'enseignement, pas de diplômes ou activités complémentaires.

### 3.1.3 Entretiens individuels :

L'âge moyen était de 41,5 ans

Tous les médecins ont exclusivement exercés en secteur hospitalier, à l'exception d'un médecin exerçant également en libéral lors de remplacements en médecine générale.

La durée moyenne d'exercice était de 11,6 années (de 2 à 35 années)

### **3.2 Résultats du premier groupe nominal :**

La réalisation du groupe nominal aura duré trois heures.

Le tour de table a permis d'obtenir 49 propositions jugées nouvelles par les participants. Seize items ont été retenus.

Après recensement des idées lors de la première étape du groupe nominal, chaque proposition a été reformulée par le groupe. Le groupe est arrivé à un consensus sur la reformulation de chaque item.

Alors que la question précise était « qu'attendez-vous du CONTENU de la lettre ? », nous remarquons que plusieurs propositions ont concerné non pas le fond mais la forme.

Après discussion de l'ensemble du groupe, nous avons jugé nécessaire, au vu de l'intérêt et de l'insistance des membres du groupe, de conserver ces propositions et d'établir un vote parallèle au sujet des items concernant la forme.

Suite aux tours de tables et à la reformulation des différentes idées soumises au groupe, 16 items concernant le fond et 5 items concernant la forme ont finalement été retenus pour le vote.

Concernant la définition du contenu, les items ont été regroupés dans la liste suivante et les résultats du vote sont présentés dans le tableau 1 puis classés sous forme graphique (figure 1). On remarquera que les items les mieux notés sont également les plus populaires.

Liste des items concernant le fond après reformulation par le groupe :

- A. Préciser les traitements avant et à la sortie de l'hospitalisation
- B. Expliciter l'effet iatrogène d'un traitement arrêté
- C. Préciser si reprise possible des traitements antérieurs (en cas de modification liée aux disponibilités hospitalières)

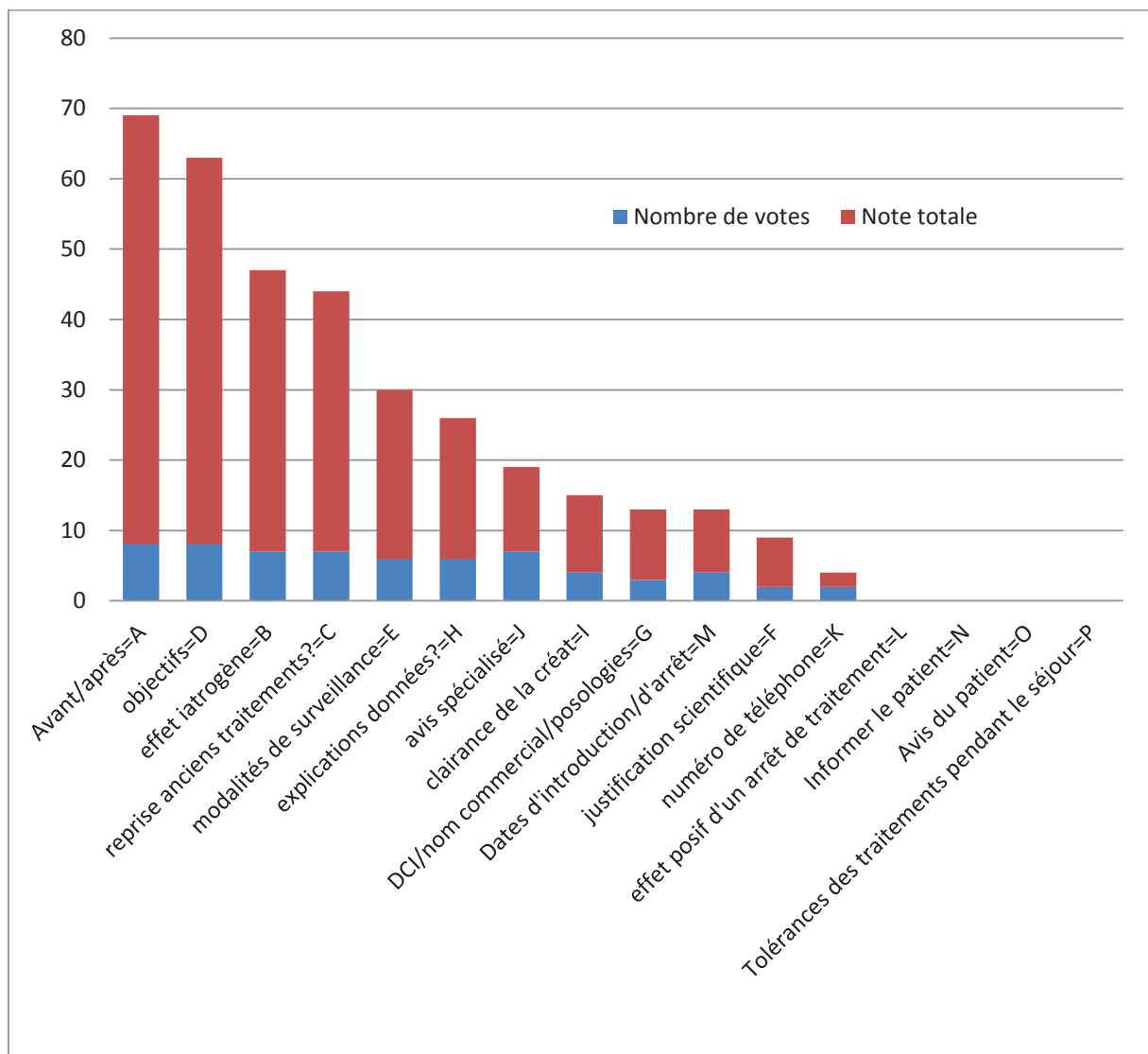
- D. Expliciter l'objectif des introduction/modification/arrêt du traitement
- E. Préciser les modalités de surveillance si nécessaire
- F. Donner la justification scientifique
- G. Préciser la DCI+ nom commercial + posologie exacte
- H. Préciser si les modifications ont été expliquées au patient +/- à l'aidant
- I. Noter la clairance de la créatinine à la sortie
- J. Préciser ce qui relève d'un avis spécialisé
- K. Fournir le numéro de téléphone d'un médecin référent du service
- L. Préciser si effet bénéfique lors d'un arrêt de traitement
- M. Préciser les dates d'introduction et d'arrêt des traitements
- N. Informer le patient de l'existence de cette lettre
- O. Préciser l'avis du patient et/ou de la famille
- P. Tolérance des thérapeutiques proposées pendant l'hospitalisation (non repris à la sortie)

Tableau 1 : Résultats du vote définissant le contenu de notre outil

Item	Scores attribués au vote	Nombre de votes	Note totale	Classement
Avant/après=A	8,8,8,6,8,7,8,8	8	61	1
effet iatrogène=B	6,6,8,4,6,6,4	7	40	3
reprise anciens traitements?=C	5,4,6,3,7,5,7	7	37	4
objectifs=D	7,7,7,7,6,8,7,6	8	55	2
modalités de surveillance=E	5,5,2,5,2,5	6	24	5
justification scientifique=F	3,4	2	7	11
DCI/nom commercial/posologies=G	2,4,4	3	10	9
explications données?=H	3,5,3,3,3,3	6	20	6
clairance de la créat=I	1,1,5,4	4	11	8
avis spécialisé=J	2,2,2,1,2,1,2	7	12	7

numéro de téléphone=K	1,1	2	2	12
effet positif d'un arrêt de traitement=L	/	0	0	0
Dates d'introduction/d'arrêt=M	4,1,3,1	4	9	10
Informez le patient=N	/	0	0	0
Avis du patient=O	/	0	0	0
Tolérances des traitements pendant le séjour=P	/	0	0	0

Figure 1 : Classement des items définissant le contenu de notre outil.



Concernant la définition de la forme, les items ont été regroupés dans la liste suivante et les résultats du vote sont présentés dans le tableau 2 puis classés sous forme graphique (figure 2).

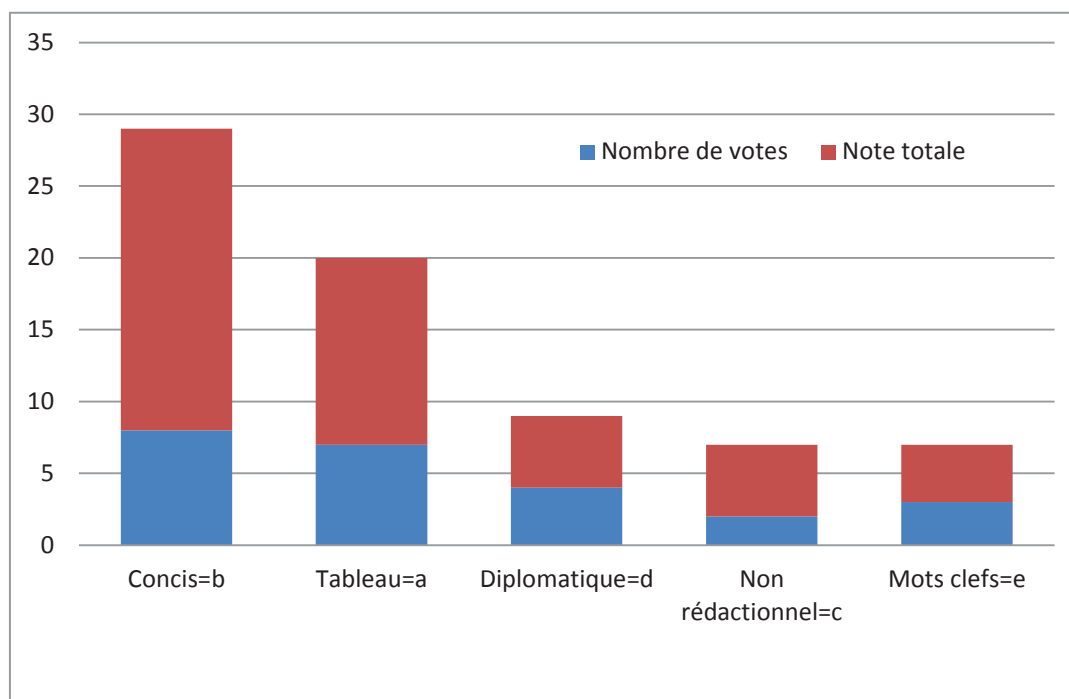
Liste des items concernant la forme après reformulation par le groupe :

- a. Sous forme de tableau
- b. Concis, en une page maximum
- c. Non rédactionnel
- d. Diplomatique
- e. Utilisation de mots clefs

Tableau 2 : Résultats du vote définissant la forme de notre outil

Item	Scores attribués au vote	Nombre de votes	Note totale	Classement
a	1,3,2,3,1,2,1	7	13	2
b	3,2,3,2,2,3,3,3	8	21	1
c	3,2	2	5	4
d	2,1,1,1	4	5	3
e	1,2,1	3	4	5

Figure 2 : Classement des items définissant la forme de notre outil.



### 3.3 Résultats du second groupe nominal (groupe électronique) :

Entre l'envoi du premier mail et la finalisation du vote, il aura fallu un peu plus de deux semaines. Nous tenons à préciser que dans ce groupe nous avons insisté sur le fait de bien se limiter au contenu et non sur la forme. Les items se rapportant sur la forme sont ici rejetés d'emblée.

Les multiples relances par mail ont permis d'obtenir 28 propositions jugées nouvelles par les participants. Après reformulation par le groupe, ces 28 propositions ont permis la définition de 12 items qui sont présentés.

Dans la liste suivante nous avons retranscrit les résultats du vote ainsi que le classement final, présentés respectivement dans le tableau 3 et la figure 3. On remarquera que les items les plus populaires sont ici aussi les mieux notés.

Liste des items concernant le fond après reformulation par le groupe :

- A. Explication et justification des modifications
- B. Préciser les traitements à l'entrée et à la sortie, le plus précisément possible (DCI, posologie, durée)
- C. Tolérance/effets secondaires/iatrogénie des traitements prescrits pendant l'hospitalisation
- D. Adapter le traitement au mode de vie/ environnement/ pathologie du patient
- E. Modalités de surveillance (clinique, biologique, consultation de suivi ?)
- F. Rappeler le motif d'hospitalisation et diagnostic
- G. Coordonnées du pharmacien
- H. Avertissement au patient : revoir MT rapidement / mise en garde auto-prescription
- I. Numéro direct pour joindre le médecin du service
- J. Conditions d'administration des médicaments (gestion par le malade/une IDE/ famille ?)
- K. Privilégier les médicaments à usage familial
- L. Information donnée au patient / famille ?

Lors de la phase de reformulation nous avons proposé un regroupement de certaines idées en un même item.

Ainsi, pour la proposition A (explication et justification), nous avons regroupé plusieurs items avec notamment « y a-t-il eu un avis spécialisé », « quelle justification scientifique », « expliquer pourquoi un traitement est arrêté ou modifié », « quel est le bénéfice d'une modification de traitement (risque iatrogène, qualité de vie, efficacité...)», « citez les références des études », « préciser les raisons biomédicales », en plus des items simples (« pourquoi »). Plusieurs médecins se sont vu donc plusieurs de leurs idées regroupées dans cet item.

Pour la proposition B (préciser les traitements entrée vs sortie et en détail), nous avons regroupé plusieurs idées se rapportant au caractère « avant/après » propre (« noter les traitements habituels et les nouveaux », « comparaison avant/après »,...) et les

caractéristiques plus précises des prescriptions (« préciser la DCI et un exemple de nom commercial », « posologies exactes », « évolution des posologies, durée du traitement », ...).

Pour la proposition C (effets des traitements prescrits pendant l'hospitalisation), nous avons regroupé les items « tolérance des nouveaux médicament » et « effets indésirables pendant l'hospitalisation ».

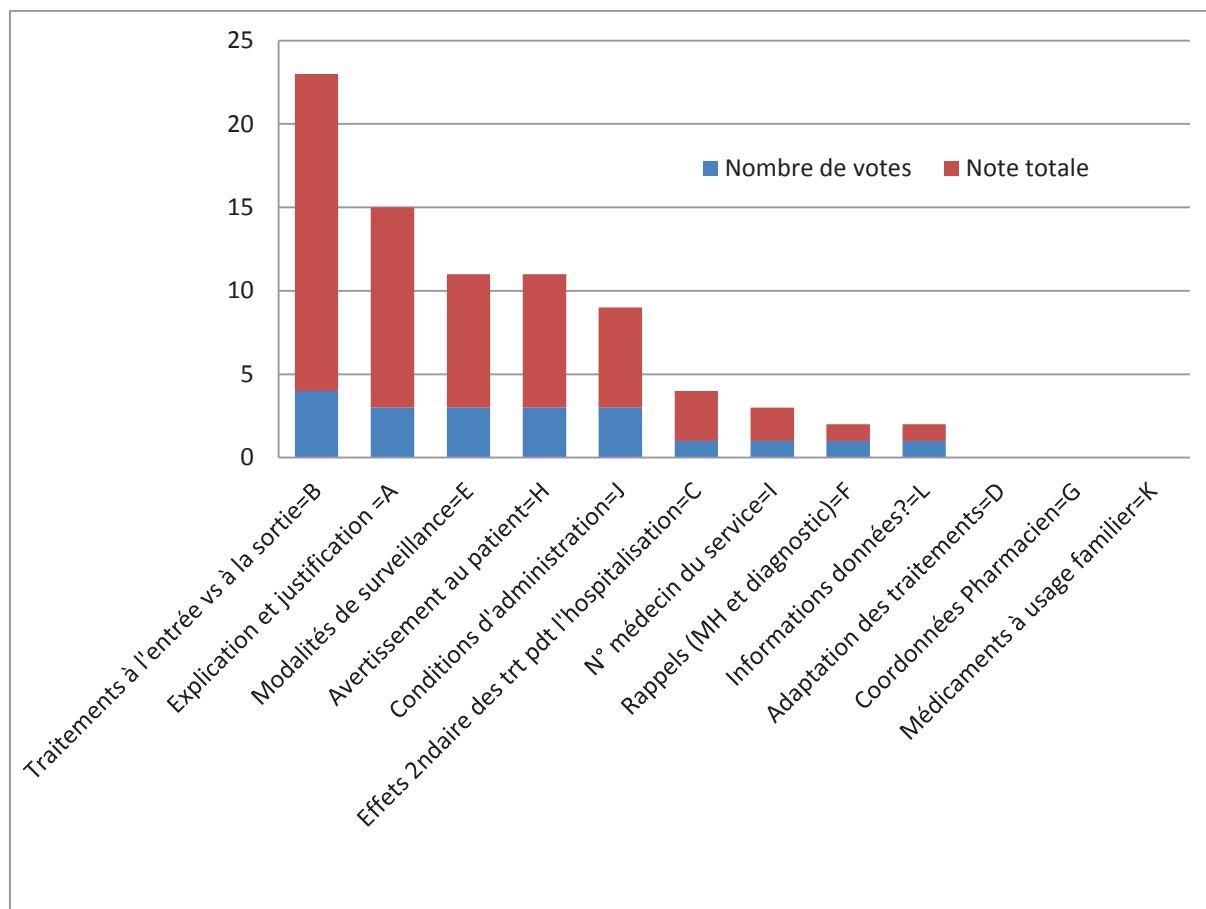
Les autres items correspondent à des idées uniques ou jugées similaires.

Tableau 3 : Résultats du vote définissant le contenu de notre outil

Item	Scores attribués au vote	Nombre de votes	Note totale	Classement
Explication et justification =A	5,3,4	3	12	2
Traitements à l'entrée vs à la sortie=B	4,5,5,5	4	19	1
Effets 2ndaire des trt pdt l'hospitalisation=C	3	1	3	6
Adaptation des traitements=D	0	0	0	/
Modalités de surveillance=E	1,4,3	3	8	3
Rappels (MH et diagnostic)=F	1	1	1	8
Coordonnées Pharmacien=G	0	0	0	/
Avertissement au patient=H	3,4,1	3	8	3
N° médecin du service=I	2	1	2	7
Conditions d'administration=J	2,2,2	3	6	5
Médicaments à usage familial=K	0	0	0	/
Informations données?=L	1	1	1	8



Figure 3 : Classement des items définissant le contenu de notre outil.



### 3.4 Confrontation des résultats des 2 groupes nominaux

Les deux panels explorés ont rapporté respectivement 16 et 12 items, concernant le contenu, après reformulation et regroupement des idées proposées. Les deux groupes ont voté respectivement pour 12 et 9 items, les considérant comme les plus importants (figure 1 et figure 3). L'étude s'est limitée à deux panels de médecins généralistes en raison de la similitude importante des réponses observées entre ces deux panels. Parmi les 12 items ayant reçu un vote dans le premier panel, 9 soit 75% retrouvaient des idées similaires à ceux du deuxième groupe et parmi les 9 items ayant reçu un vote du deuxième panel, 7 soit 77,7% retrouvaient des idées similaires à ceux du premier groupe.

Lorsque l'on retenait les 5 items les mieux notés de chaque groupe nominal, ces taux s'élevaient à 80% (4 items sur 5) de similitude dans les deux sens. Cette similitude suggérait une saturation dans l'exploration du concept :

- Les items les mieux notés et les plus populaires des 2 panels présentaient des définitions proches et pouvant se compléter.
- De nouvelles propositions ont émergé mais n'ont pas été considérées plus importantes comme nous le montrent les résultats des votes.

Les items concernant le fait d'avoir les traitements à l'entrée et à la sortie, les justifications (comportant plusieurs idées comme nous avons déjà pu le préciser), les modalités de surveillance, étaient clairement explicités dans les 2 groupes. Ils étaient à la fois les mieux notés et les plus populaires.

### **3.5 Première version de notre outil dédié aux modifications thérapeutiques :**

Nous avons cherché dans un premier temps à retenir le plus d'items possible. Selon les résultats obtenus par réalisations et évaluations successives de lettres types, nous avons ensuite éliminé certains items en se basant sur l'ordre de classement obtenu. Lors de la réalisation du premier groupe nominal, alors que la question était clairement dédiée au contenu, nous nous sommes rendu compte de l'importance de la forme de cette lettre suite aux réponses du groupe, puisque plusieurs idées concernaient directement le format de cette lettre. L'objectif été donc de concilier le contenu demandé avec au moins les deux premiers items retenus pour la forme à savoir l'utilisation d'un tableau et la limitation à une page.

Après plusieurs essais, le format type paysage est retenu en raison du nombre d'informations à préciser pour chaque traitement. Ce format permet également une lecture plus intuitive et rapide des traitements avant et après.

Le nombre de lignes nécessaire a été conditionné par le nombre moyens de traitements à l'entrée et en sortie d'hospitalisation en unité gériatrique. Ce nombre varie selon les

études(23). Par souci de lisibilité et en nous basant sur une moyenne de 6 à 7 médicaments, nous avons retenu un total de treize lignes. Considérant qu'un traitement à l'entrée peut être simplement modifié ou repris et donc inscrit sur la même ligne du tableau, ce nombre de ligne paraît suffisant.

Une première version de notre outil de communication dédié aux modifications thérapeutiques en sortie d'hospitalisation a donc été réalisée selon ces critères et est présentée en annexe 4.

### **3.6 Réalisation d'une deuxième version : apport des entretiens individuels**

La première version de notre outil a ensuite été soumise à des praticiens hospitaliers travaillant en service de gériatrie afin d'affiner la forme et de préciser d'éventuels éléments du contenu identifiés comme indispensables par ces derniers.

- Entretien n°1

Médecin chef de pôle et responsable d'unité de SSR

Une proposition de préciser l'IMC du patient directement est émise. La DCI seule pourrait être suffisante à préciser dans les traitements de sortie. Afin de ne pas surcharger le tableau, le médecin propose de ne préciser ni la phrase introductive « cher confrère(...) de votre patient », ni le diagnostic principal. Ce médecin nous avoue ne pas voir l'intérêt de préciser l'encadré « avertissement au patient » et propose enfin de réduire le nombre de ligne.

- Entretien n°2

Médecin praticien hospitalier responsable de l'unité de soins de suite et réadaptation(SSR) spécialisé en post-AVC

D'après ce médecin, « Poids/ taille prennent trop de temps à renseigner ». Une question empreinte d'un réel étonnement est posée : « Est-il nécessaire de donner des justifications ? ». Enfin, ce médecin précise que « Souvent on ne connaît pas précisément les

ordonnances antérieures, surtout quand il existe une hospitalisation avant en court séjour par exemple »

- Entretien n°3

Médecin assistant dans une unité de SSR et médecin généraliste remplaçant.

Alors que l'encadré « avertissement » est proposé perpendiculairement à la feuille par souci de place : ce médecin souhaiterait d'avoir tout dans le même sens. L'orientation format paysage serait selon lui peu adaptée à une lecture facile du compte rendu. Il émet donc l'idée d'avoir un document au format portrait. Le médecin nous propose un exemple de format en nous rédigeant un exemple inventé afin d'essayer de trouver quelque chose de cohérent.

- Entretien n°4

Médecin praticien hospitalier dans une unité de court séjour gériatrique (post-urgences)

Ce médecin propose de réaliser un encadré spécifique pour le motif d'hospitalisation et un pour le diagnostic principal par souci visuel. Il propose de regrouper « molécule » et « posologie » du traitement d'entrée dans une même colonne pour plus de lisibilité.

- Entretien n°5

Médecin praticien hospitalier dans une unité de court séjour (médecine interne gériatrique)

Ce médecin nous propose d'ajouter les diagnostics associés en raison de leur importance, ces derniers pouvant préciser un événement iatrogène. Ce médecin ne comprend pas ce que nous entendons par « avis spécialisé ». Là aussi, une le fait de ne laisser que la DCI est proposé.

- Entretien n°6

Médecin praticien hospitalier dans une unité de SSR

Ce médecin évoque le fait de remplacer « proposition de traitement de sortie » par « modification du traitement » simplement. Il propose de ne pas préciser les objectifs, d'ajouter l'âge du patient, le poids, ces paramètres anthropométriques étant particulièrement importants chez la personne âgée. Ce médecin souhaite par ailleurs plus de place pour le renseignement du diagnostic principal car souvent il est nécessaire de préciser plusieurs éléments. Il propose de préciser la DCI et un nom commerciale, de préciser la date d'instauration et enfin de regrouper les cases « surveillance » et « modalités autres » afin d'améliorer là aussi le visuelle et la lisibilité. « Ça serait plus clair comme ça »

Grace à la réalisation de ces entretiens individuels avec des médecins hospitaliers du pôle de gériatrie de NICE, nous avons pu adapter le document dédié aux modifications thérapeutiques à certaines contraintes hospitalières, tout en respectant scrupuleusement le cahier des charges basé sur les attentes des médecins généralistes. Les propositions de suppressions d'informations n'ont ainsi pas été retenues. Cette série d'entretiens a permis la réalisation d'une deuxième version de notre outil dédié aux modifications thérapeutiques et présentée en annexe 5.

### **3.7 Réalisation de la version finale : apport de la mise en pratique.**

Une fois la deuxième version construite, nous l'avons ensuite testé à partir des documents de sortie de deux patients (annexe 6). Le but de cette mise en pratique était d'évaluer la praticité d'utilisation en condition réelle et d'identifier les derniers points à modifier pour la réalisation de la version finale.

Cette mise en pratique a permis de soulever plusieurs éléments à modifier.

Concernant les informations relatives au patient, nous avons laissé la date de naissance, nous avons précisé le poids, l'âge et le taux de créatinine plasmatique à la sortie du patient

afin que le médecin traitant puisse bénéficier de caractéristiques anthropométriques importantes et permettant le calcul de la clairance de la créatinine par la formule de Cockcroft si elle venait à ne pas être précisée sur le document dédié. Cette seule formule a été retenue, étant la formule de référence utilisée dans le VIDAL®. Nous avons ensuite retiré le nom du médecin traitant. Nous avons retiré la phrase introductive afin de rester simple. Nous avons modifié le titre en apportant une nuance importante à nos yeux : « proposition » de traitement. Nous avons laissé plus de place pour le motif d'hospitalisation et le diagnostic principal. Dans le cas où un diagnostic secondaire relève d'un événement iatrogène, nous avons offert la possibilité de le ou les préciser. Nous avons ensuite fusionné les cellules « posologie » et « durée » du traitement de sortie, la durée ne nécessitant une précision particulière que pour certaines thérapeutiques. Nous avons ensuite créé un document supplémentaire intitulé « suite des traitements » afin de permettre la rédaction de la liste de médicaments dans son ensemble en cas de prescription plus conséquente. Nous avons par ailleurs fusionné les cellules « surveillance » et « modalités particulière » pour plus de lisibilité.

L'ensemble des propositions retenues lors des votes de chaque groupe nominal a pu être exploité et adapté en dehors de « préciser si l'explication a été donnée au patient » et « date d'introduction et d'arrêt des traitements » par souci de praticité....

Ainsi nous avons donc construit la version définitive de notre outil de communication dédié aux modifications thérapeutique et présenté en annexe 7.

### **3.8 Intérêt pour l'outil**

Nous avons donné un questionnaire à remplir aux médecins généralistes experts de notre premier groupe afin d'évaluer leur intérêt pour le sujet abordé. Nous leur demandons également si l'outil créé pourrait avoir un certain impact dans la prise en charge de leurs patients.

### 3.8.1 Intérêt global pour le sujet :

Nous demandions d'évaluer de façon totalement anonyme l'intérêt ressenti par les médecins pour le sujet via une cotation numérique allant de 1 (faible intérêt) à 4 (intérêt majeur).

Sur les 12 médecins généralistes, sept (soit 58%) cotent leur intérêt pour le sujet à 3 sur 4 et cinq (soit 42%) à 4 sur 4.

### 3.8.2 Impact :

Aux questions « Pensez-vous que cet outil aura un impact

- 1) Sur la diminution du risque iatrogène ?
- 2) Sur la communication médecine de ville-médecine hospitalière ? »

La réponse est « oui » de façon unanime.

Un des médecins du groupe rajoute sur la feuille-réponse que cet outil pourrait également avoir un impact positif sur l'acceptabilité des patients et des médecins traitants vis-à-vis des modifications thérapeutiques en raison d'une plus grande transparence.

# DISCUSSION



## 4 DISCUSSION

Notre travail a permis de réaliser un document de communication ciblé sur les modifications thérapeutiques des patients âgés en sortie d'hospitalisation.

Huit médecins généralistes dans le premier groupe nominal et quatre dans le deuxième ont permis la génération respective de 16 et 12 items à propos du contenu après reformulation et regroupement des idées proposées. Les entretiens avec les médecins hospitaliers a permis l'amélioration du premier document élaboré. Enfin, un essai en condition réelle de sortie de patients a permis l'élaboration de la dernière génération de notre document. Afin de répondre à l'objectif de l'étude, nous avons utilisé la méthode qualitative de consensus par groupe nominal. Nous avons déjà objectivé en introduction l'intérêt de cette méthode. La technique du groupe nominal a cependant ses limites :

- elle n'assure pas, a priori, l'examen approfondi de chacune des suggestions apportées ;
- elle peut empêcher qu'un point de vue minoritaire plus perspicace puisse prévaloir sur un point de vue majoritaire plus « conformiste » ;
- elle ne favorise pas la « confrontation des idées », « confrontation » pouvant être quelquefois bénéfique à une cohésion véritable des membres, et ce, au profit de la seule argumentation logique ... si ce n'est pas, dans le pire des cas, à celui de la pure pression statistique.

Ainsi sous la pression du groupe et de la hiérarchisation, certains experts se sont vu rejeter des idées qui leur tenaient à cœur.

Concernant le groupe nominale «électronique», nous n'avions pas trouvé dans la littérature de consensus méthodologique.

Plusieurs difficultés ont été rencontrées :

- En l'absence de rencontre physique avec le promoteur, les médecins semblaient moins impliqués. Cette impression était donnée par la lenteur des réponses lors des échanges de messages électroniques.
- L'anonymat complet lors de la première phase n'a pu être obtenu : les médecins devaient envoyer leurs idées à l'organisateur qui retransmettait alors au groupe les

propositions. Le principe du tour de table n'a donc pas pu être réellement respecté, les échanges de mails étant pourvoyeurs de temps de latences plus ou moins longs.

- Il est possible que l'émulation de groupe générée lors d'une réunion physique ait été moins importante ici et donc moins génératrice d'idées nouvelles, notamment du fait de ces temps de latence.
- Il s'est également posé le problème du nombre de mails transmis. Les échanges se voulant anonymes au début, le regroupement des idées et les discussions de reformulation afin d'arriver à la liste des items a été extrêmement fastidieux.

Pour ce qui est des experts choisis, le panel des médecins du premier groupe comportait des experts ayant plus de 30 ans d'exercice médical et des jeunes médecins. Etant tous sur Nice, ils ont donc tous été confrontés à la gestion de patients âgés hospitalisés au CHU. En plus d'un mode d'exercice principalement urbain, ces éléments ne nous permettent pas de dire que le panel est représentatif de la population des médecins généralistes mais cela ne pose pas de problème méthodologique. En effet, nous recherchions des experts afin de répondre à une question spécifique. Un groupe composé de jeunes médecins (particulièrement sensibilisés à la iatrogénie médicamenteuse depuis leurs études avec l'incorporation d'un module « gériatrie » dans leur formation initiale), et de médecins expérimentés bénéficiant d'un recul important nous paraît légitimement approprié aux objectifs de l'étude. Dans le second groupe, Le panel des experts était constitué de 4 médecins de régions différentes et d'âges différents afin d'avoir des caractéristiques démographiques différentes. Le nombre de participants a été jugé suffisant pour répondre à l'objectif du groupe dit « électronique ». Un nombre plus important d'expert aurait probablement permis un nombre plus important d'idées mais l'expérience du premier groupe montre que certaines propositions originales sont rejetées par la hiérarchisation du groupe.

Le premier groupe s'est révélé assez homogène comme en témoigne sa satisfaction en fin de séance et la bonne corrélation entre l'importance attribuée aux items par la note globale et la fréquence de citation. Autrement dit les items les plus populaires sont aussi ceux considérés comme les plus importants. Nous n'avons pas eu de « retour de satisfaction » spontanée lors de la réalisation du groupe électronique.

Les propositions des participants du deuxième groupe n'ont pas été source de surprise. Nous pouvons noter des similitudes entre les items de la première grille d'évaluation et celle du groupe électronique. Globalement les items les mieux notés du 1<sup>er</sup> groupe se retrouvaient dans le 2<sup>ème</sup> en dehors de certains items quottés différemment ou de propositions nouvelles dont nous allons parler par la suite.

Alors que la question posée au premier groupe nominal concernait clairement le contenu de la lettre dédiée, et ce malgré la répétition de la consigne et les messages électroniques envoyés par mail, des propositions sur la forme ont été émises. Après discussion, le groupe et le modérateur ont convenu de l'importance de ces propositions. Ces items ont donc été retenus et un vote parallèle a été organisé afin de les hiérarchiser. Les 2 items les mieux cotés concernent le fait que la lettre doit être concise et que le format soit un tableau. Ce sont donc les raisons pour lesquels nous avons décidé d'organiser la lettre dédiée aux modifications thérapeutiques sous forme de page recto A4 et de tableau. Nous remarquons le troisième item le mieux noté : le fait d'avoir un document « diplomatique ». Lors de la séance, plusieurs idées proposées concernaient cette particularité : « lettre diplomatique », « expliquer les modifications sans être directif mais plutôt diplomatique ». Le médecin ayant écrit cette dernière proposition a même précisé sur sa fiche « les médecins sont susceptibles ». Un des médecins demande sur une de ses fiches-idées « en quoi le traitement du gériatre apporte un bénéfice au patient ? ». Le groupe avait incorporé cette idée à l'item justification, mais nous nous rendons compte d'un second sens. L'hospitalisation d'un patient en unité gériatrique est souvent une période propice à une réévaluation des traitements. La gériatrie a la particularité de réfléchir ses prises en charge selon un paradigme fonctionnelle à l'inverse spécialités d'organes dont le raisonnement est basé sur le paradigme hippocratique. Ainsi, la modification des traitements proposée en gériatrie concerne l'ensemble de l'ordonnance dans une vision uniciste et fonctionnelle du patient. Les médecins généralistes experts que nous avons consultés lors du premier groupe nominal ont bien transmis leurs attentes à ce sujet. Comme précisé plus haut, de façon tout à fait compréhensible, il existe une certaine susceptibilité des médecins dès lors que l'on réévalue leur prescription. La lettre dédiée aux modifications thérapeutique a donc du intégrer cette notion pour être suffisamment transparente et faire apparaitre des justifications claires afin que les médecins traitants se sentent actif dans la prise en charge de leurs patients au décours d'une hospitalisation.

Concernant les items du contenu, les deux groupes sont unanimes sur la nécessité de faire apparaître le traitement à l'entrée en plus du traitement de sortie afin d'avoir un visuel direct sur les traitements arrêtés, modifiés ou poursuivis. Il s'agit de l'item le plus populaire et recevant la meilleure notation. Nous comprenons son importance. Les idées se rapportant à l'item n'ont pas été sujets à discussion.

Un autre item retrouvé dans les 2 groupes concerne les modalités de surveillance. Sans équivoque là non plus, les médecins considèrent nécessaire cette précision. Le 2<sup>ème</sup> groupe a généré une idée supplémentaire concernant les modalités de délivrance (autogestion, infirmière par exemple).

Un item également retrouvé dans les 2 groupes concernait la justification des modifications de traitement réalisées lors de l'hospitalisation. Lors du recueil des fiches sur lesquelles les médecins généralistes ont notés leurs idées, nous notons un grand nombre de propositions se rapportant à ce que le groupe a regroupé sous le terme « justification ». Nous retrouvons ainsi les termes « expliquer », « donner la justification », « expliciter », « pourquoi », « quel bénéfice », « quelles références ou études ayant amené à préférer un traitement par rapport au traitement initial ». Il existe une différence de notation entre les groupes. Alors que le groupe physique place cet item en dixième position, le groupe électronique le place en deuxième position. Cela est probablement dû à la qualité des autres items et à l'émulation de groupe survenue lors du premier groupe nominal : l'argumentation du groupe lors de la reformulation des idées a probablement orienté les choix lors du vote.

Une des fiches précise : « expliquer en quoi le traitement choisi par le gériatre apporte un bénéfice au patient ». Parallèlement à la « justification », le groupe souhaite en effet une mise en forme « diplomatique ». Nous comprenons qu'en sortie d'hospitalisation en gériatrie, la prescription de sortie est d'une grande importance en raison de la réévaluation complète de l'ordonnance et non pas les simples thérapeutiques « à visée d'organe ». Il est délicat de réévaluer l'ordonnance d'un confrère sans que ce dernier ne ressente un jugement. Le groupe a bien fait comprendre ce souci. Une des fiches précise « expliquer la modification sans être directif mais plutôt diplomatique ; les médecins sont susceptibles ». Un autre médecin demande même une certaine transparence en demandant si la « modification a été faite pour des raisons scientifiques ou juste par « mode intellectuelles » ».

Lors des entretiens individuels, la majorité des médecins hospitaliers a été perturbée par la notion de « proposition de traitement ». Nous avons retenu cette formulation pour plusieurs raisons. D'une part il n'existe pas qu'une seule bonne ordonnance adaptée. D'autre part nous tenions à transmettre un message d'humilité à travers ces mots simples, toujours dans l'optique d'une certaine diplomatie.

Ainsi un autre item est-il retenu : le fait de préciser si les anciens traitements peuvent être repris. Afin de répondre également au fait de savoir si les traitements ont été modifiés uniquement par restriction et limitation de la pharmacie hospitalière, nous proposons une colonne entre les traitements à l'entrée et ceux proposés à la sortie, dans laquelle le médecin hospitalier utilisera une abréviation : «  $\updownarrow$  » pour « arrêté », «  $\approx$  » pour « traitement pouvant être repris » et « M » pour « traitement modifié » pour une raison particulière.

Plusieurs propositions concernaient le fait d'informer le patient et le fait de recueillir son avis. Lors de l'explication et de la reformulation des idées, plusieurs médecins ont vivement exprimé l'importance de cette idée. Le vote nécessitant un tri des items par ordre d'importance, aucun point ne sera finalement donné à ces 2 items dans le premier groupe et le fait de préciser si l'information a été donnée au patient arrive dernier du classement. Les médecins généralistes du premier groupe ont émis l'idée qu'ils avaient là un rôle important à jouer dans l'éducation et l'information du patient. D'où l'intérêt de bénéficier d'une transmission d'informations suffisantes et adaptées à la sortie du patient hospitalisé.

Deux items initialement retenus, « préciser si l'explication est donné au patient » et « préciser la date d'introduction et d'arrêt de traitement », n'ont pas été utilisés dans l'élaboration du format final du document dédié. Ceci par souci de praticité de l'outil et afin de ne pas le surcharger. La précision de l'explication pourrait être donnée dans le CRH lui-même. Quant aux dates d'introduction ou d'arrêt des traitements, l'information ne serait pas proposée de façon systématique sauf intérêt particulier.

Un des items concernait le rappel de la clairance de la créatinémie. L'importance de la prise en compte de la fonction rénale a été mise en évidence dans de nombreuses études. Nous ne citerons ici que celle de Viallon et collaborateurs : leur travail se donnait pour objectif l'analyse de l'ordonnance de 968 patients âgés de plus de 70 ans admis dans un service d'urgence. Ils déterminaient que 57% des traitements étaient contre-indiqués ou présentaient une posologie inadaptée en regard de la clairance de la créatinine, soulignant

l'attention particulière à porter à la fonction rénale des personnes âgées lors de la rédaction de l'ordonnance et ce d'autant que le poids est faible(24).

Des études qualitatives ont été réalisées dans plusieurs services gériatriques. Selon les études, environ 50% des CRH signalent la valeur de la créatinine(25).

Un item retrouvé dans les deux groupes concernait le fait de préciser le numéro de téléphone du médecin du service ou un numéro permettant de les joindre facilement. Nous avons choisi de ne pas rajouter cette information afin de ne pas surcharger le tableau et en raison de sa présence sur le compte-rendu de sortie des services de gériatrie du pôle de CIMIEZ. Cette requête montrait encore une fois l'importance qu'accordaient les médecins généralistes experts de notre étude à la communication entre services hospitaliers et médecine de ville.

Le CRH de sortie des courts séjours gériatriques, qui fait le lien entre l'hôpital et la ville, est un document essentiel, avec des objectifs multiples. Il doit résumer l'ensemble du périple hospitalier du patient, expliquer les modifications thérapeutiques intervenues lors du séjour, préciser les objectifs et les modalités du traitement de sortie, pour permettre au médecin traitant d'assurer une continuité des soins optimisée, chez un patient poly pathologique et polymédiqué.

Le CRH, obligatoire pour tout patient à sa sortie, est le seul document dont dispose le médecin traitant pour prendre en charge le patient, à son retour au domicile. Les modalités de sa rédaction, ainsi que son contenu, sont libres et laissés à l'appréciation du médecin hospitalier, ce qui les rend très hétérogènes, en termes de qualité de l'information transmise.

L'HAS a émis un document validé en 2005 ayant pour objectif de proposer aux professionnels un outil qui leur permette d'améliorer le processus de préparation de la sortie du patient d'un établissement de santé. Il est présenté selon trois axes : l'organisation, l'information et la continuité des soins. Chacun de ces axes a été abordé selon trois dimensions de la qualité (perçue, attendue et voulue). Ce document évoque la présence des traitements de sorties et certains éléments du CRH : le détail du traitement de sortie (comportant la fréquence d'administration, le dosage et la durée de traitement proposée),

les modalités de suivi conseillées ou proposées notamment(18). Ces éléments sont tout à fait cohérents avec les éléments attendus proposés dans notre document spécifique.

Une étude qualitative a recherché le point de vue des patients âgés hospitalisés concernant l'information qui leur a été transmise. Les patients et leurs familles souhaitent davantage d'informations et une meilleure communication avec l'équipe soignante. L'information reçue leur paraît souvent insuffisante, peu claire et dispensée trop tardivement et à la hâte(26). Nous avons retrouvé cette attente lors de la réalisation du premier groupe nominal, mais le vote a classé cet item dans les derniers objectifs. Alors que le groupe était très enthousiaste au sujet de cette idée lors de la reformulation des propositions, nous remarquons une discordance avec le vote. La priorisation des items et la présence d'idées plus importantes ont donc fait que l'information au patient et à la famille est moins bien cotée. Un des médecins précise justement que le médecin traitant « aura ce rôle de communication et qu'il doit avoir les informations nécessaires pour le faire ».

A notre connaissance, il existe peu d'étude faisant l'objet de publication 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.

Un travail pour l'obtention du titre de docteur en médecine, intitulé « compte-rendu d'hospitalisation : évaluation selon la réglementation et point de vue des médecins généralistes », menée à Rouen auprès de 276 médecins généralistes, met en évidence des attentes de ces derniers au sujet des traitements hospitaliers. Plusieurs médecins remarquent que les traitements introduits ou arrêtés ne sont que trop rarement justifiés ou même signalés. Même remarque concernant les modifications de posologie(27). Notre étude a retrouvé ces mêmes attentes, apparaissant parmi les plus populaires et les mieux notés.

Un autre travail de thèse intitulé « adaptation des traitements chez la personne âgée hospitalisée : la justification dans le courrier de sortie est-elle vraiment un atout ? », mené auprès de 37 patients et de leurs médecins traitants montre que 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. L'étude n'a pas permis 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 en raison du faible échantillon et des délais de réévaluation d'ordonnance (à 1 mois) et du biais de sélection (mono centrique) (23). 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 préadmission, mais, à 18 mois, les prescriptions avaient ré augmenté de 15% (1).

La détermination des facteurs de non suivi des modifications thérapeutiques n'entraîne pas dans les objectifs de ces études. Ceci nécessiterait la réalisation d'une autre étude qualitative, permettant d'évaluer le ressenti des médecins généralistes face aux modifications d'ordonnance réalisées en cours d'hospitalisation.

La lettre dédiée aux modifications thérapeutiques pourrait ainsi jouer un rôle important dans la satisfaction des médecins traitants et apporter un réel bénéfice dans le suivi des patients âgés.

Lors d'un congrès de gériatrie, nous avons pu obtenir le contact d'une pharmacienne travaillant au CHU de Toulouse qui participe à un projet similaire à notre étude. En effet, le pôle de gérontologie du CHU de Toulouse proposait un document spécifique qui mentionnait 1) les traitements avant hospitalisation, 2) les modifications réalisées avec les justifications, et 3) les traitements de sortie avec un plan de prise pour le patient, + des recommandations concernant la surveillance du traitement. Les éléments qui figurent dans ce document sont également retrouvés dans les éléments que nos médecins généralistes experts souhaitent voir apparaître dans notre lettre dédiée. Après un travail sous forme de thèse visant à évaluer l'outil et à recueillir les impressions des médecins généralistes suite à l'envoi de ce document, il est apparu plusieurs éléments négatifs : les secrétaires ne joignaient pas systématiquement ce document au compte rendu d'hospitalisation / certains médecins hospitaliers faisaient parfois des modifications de dernière minute sur le CRH, mais pas sur le document, sources de discordances donc / un nombre important de médecins traitants ne lisaient ni le CRH ni la synthèse médicaments, par manque de temps...plusieurs modifications ont donc été apportées : participation de la pharmacie hospitalière à



l'élaboration du document de synthèse (via le logiciel de prescription Orbis), recueil des modifications thérapeutiques au fur et à mesure et intégration direct du document au CRH. Le médecin n'a plus qu'à valider ce document lors de la relecture du CRH.

Voici un exemple transmis par le l'équipe de Toulouse :

**Sur le plan thérapeutique : (rédigé en collaboration avec Cécile Lebaudy, Pharmacien Pôle Gériatrie)**

**Traitements à l'entrée :**

- Cardensiel 1.25 mg cp: 1 le matin
- Hemigoxine: 1 cp 5 jours/7
- Previscan: J1: 0.75 cp  
J2: 0.25 cp  
J3: 0.25 cp
- Levothyrox 50µg cp: 1 le matin
- Lexomil.

**Modifications au cours de l'hospitalisation :**

**Arrêt :**

- Lexomil remplacé par Seresta dont la demi vie est plus courte
- Hemigoxine car surdosage

**Ajout:**

- Exelon car démence associée à des troubles du comportement
- Uvedose en prévention des chutes

**Modifications de posologie :**

- Previscan diminué car INR à 5,5
- Cardensiel augmenté car tachycardie

**Au total :**

**Madame S quitte donc le notre service en direction de ..... .**

**Le traitement de sortie est le suivant :**

- Cardensiel 5mg cp: 1 le matin
- Exelon 4,6mg patch: 1 le matin; à augmenter à 9,5 mg dans un mois si bonne tolérance
- Levothyrox 50µg cp: 1 le matin a jeun
- Previscan 20mg cp: 0,25 cp le soir
- Seresta 10mg cp: 1 au coucher; à réévaluer pour limiter la durée de traitement
- Uvedose 100 000 UI ampoule buvable: 1 tous les 3 mois

Nous nous rendons bien compte de la similitude des informations transmises sur ce document et celles que nous pourrons communiquer grâce à notre document dédié aux modifications thérapeutiques. Nous restons en contact avec l'équipe de Toulouse afin d'échanger nos résultats.

Un travail a été réalisé en septembre 1999 pour l'obtention du diplôme d'État de docteur en pharmacie et avait pour thème « La prise en charge pharmaceutique du patient au centre de la relation hôpital-pharmacie d'officine ». L'analyse d'un questionnaire adressé à 9 pharmaciens d'officine et de 43 ordonnances hospitalières présentées dans une pharmacie, sur une période de 15 jours, met en évidence de nombreux dysfonctionnements comme entre autres : « nom du prescripteur n'est pas noté ou est illisible », « prescripteur est difficile à joindre en cas de nécessité », « le dosage des médicaments n'est pas précisé », « la durée du traitement n'est pas indiquée », « les ordonnances confiées au pharmacien d'officine comportent des médicaments de la réserve hospitalière ou à posologie hospitalière », « les modifications ou arrêt de prescriptions antérieures non clairement spécifiés », « le problème posé lors du séjour par la poursuite du « traitement personnel » géré par le patient », « la discordance fréquente entre le traitement spécifié sur la lettre de sortie remise au patient et celui figurant sur le courrier de sortie reçu ultérieurement par le médecin désigné par le patient » (28). Nous remarquons la similitude entre les attentes des pharmaciens questionnés lors de ce travail et les résultats de notre étude. L'outil proposé pourra être remis au pharmacien toujours dans l'optique d'une amélioration de la qualité des soins et de la communication ville-hôpital.

Dans l'ensemble, les études réalisées à la recherche des attentes des médecins traitants au sujet du compte rendu de sortie et qui plus est au sujet des modifications de traitement de leurs patients hospitalisés semblent retrouver des résultats tout à fait cohérents avec ceux de notre étude.

## 5 PERSPECTIVES ET CONCLUSION

La transmission des informations à l'usage des partenaires extrahospitaliers, ou des personnels d'autres établissements dans le cas des transferts, conditionne la continuité des soins et la qualité de la prise en charge du patient après la sortie. Le compte rendu d'hospitalisation constitue un élément essentiel du dossier médical. Il regroupe les principales informations recueillies durant l'hospitalisation, la thérapeutique proposée et les éléments du suivi médical ultérieur, constituant, de ce fait, un important support de communication entre médecins.

Le rôle du médecin traitant est essentiel pour la prise en charge du patient à la sortie d'hospitalisation du fait de sa proximité, de sa connaissance de l'environnement du patient et de sa capacité de suivi au long cours. Il est le premier recours aux soins et le garant d'une continuité des soins optimale. Lors de la sortie, la communication entre le médecin hospitalier et le médecin traitant se résume donc le plus souvent au CRH, le médecin libéral ne communiquant directement avec l'hôpital qu'entre 17 et 20% des cas selon les études (29).

Il existe comme nous l'avons vu plusieurs recommandations concernant le CRH. L'HAS propose un manuel de certification des établissements de santé et a édité un guide de préparation à la sortie des patients(30,31).

Mais aucune précision n'est faite au sujet des traitements de sortie -en dehors du simple fait de devoir être présents (32). Par ailleurs, si les établissements de santé sont tenus d'adresser aux médecins traitants un CRH à leur sortie, les médecins hospitaliers ne fournissent pas, dans la très grande majorité des cas, la copie de l'ordonnance de sortie hospitalière à leurs collègues de ville. Il semblerait qu'il existe une tendance à la poursuite des modifications de l'ordonnance lorsque celles-ci sont justifiées dans le compte-rendu de sortie (23,33). Notre lettre dédiée aux modifications thérapeutiques a été réalisée dans cette optique d'optimisation de communication ville-hôpital et de prise en charge au décours de l'hospitalisation de patients de plus de 75ans en unité de courts séjours gériatriques.

Une étude a montré qu'une hospitalisation en médecine aiguë gériatrique permettait de diminuer la prévalence d'utilisation de médicaments inappropriés de 66% à l'admission à

44.6% à la sortie (34). Travaillant en étroite collaboration avec les centres de pharmacovigilance et des médecins spécialistes attachés, les médecins gériatres cherchent à optimiser les prescriptions de leurs patients.

Notre approche originale basée sur une méthode de recherche qualitative a permis de créer un document dédié aux modifications thérapeutiques des patients hospitalisés en unité de court séjour gériatrique basé sur les attentes des médecins généralistes d'un tel document. Cet outil de communication ville-hôpital pourrait améliorer le suivi et la prise en charge des patients âgés en sensibilisant les médecins traitants à la iatrogénie médicamenteuse, en leur apportant une information cohérente et adaptée.

Dans cette optique, un projet de recherche nationale dans le cadre du Programme de Recherche sur la Performance du Système de Soins (PREPS) est actuellement en cours de création pour demande de financement. Il s'agirait d'une étude interventionnelle auprès des médecins généralistes recherchant l'impact qu'aurait notre outil sur la iatrogénie et le mésusage médicamenteux chez les patients de plus de 75ans ayant bénéficiés d'une hospitalisation en unité de court séjour.

## 6 ANNEXES

### *ANNEXE 1 : Mail transféré par le premier médecin à son groupe de pairs*

Bonjour à tous,

Je vous transfère le mail d'un de mes internes en GEASP qui fait sa thèse sur une lettre explicative de changement thérapeutique au cours d'une hospitalisation d'un patient et donc dédiée au médecin traitant (son directeur de thèse est Guillaume Sacco).

Il aurait besoin de bonnes volontés pour l'aider à créer cet outil au cours d'une soirée (le mode de fonctionnement est en pièce jointe)

Si certains d'entre vous sont intéressés pour l'aider dites le moi ou vous avez le mail de François-Hubert.

Peut-être serait-il possible de lui consacrer une heure, un jour d'une de nos réunions (mais ce n'est qu'une suggestion!)

Amitiés à tous.

JL

### *ANNEXE 2 : Mail transmis au groupe nominal*

Bonsoir à tous,

Je vous re-transmets un petit récapitulatif du déroulement de la soirée.

Tout d'abord, je tiens encore une fois à vous remercier pour l'aide que vous m'apportez.

Pour être schématique et concis:

Lieu: Hôpital CIMIEZ, 20h15

Sujet : Création d'un outil de communication entre médecin hospitalier et médecin traitant, dédié aux modifications thérapeutiques réalisées au cours de l'hospitalisation de leur patient.

Ainsi le but: Déterminer les caractéristiques attendues par les médecins traitant d'une lettre explicative dédiée aux modifications thérapeutiques, réalisées lors de l'hospitalisation en unité de court séjour de patients de plus de 75 ans et donnée au patient ainsi qu'envoyée au médecin traitant, en plus du compte rendu classique, le jour de la sortie.

Question que je vous pose donc:

**Qu'attendez-vous du CONTENU de cette lettre explicative dédiée aux modifications thérapeutiques.**

Afin d'y répondre, sera employée la méthode du groupe nominal.

Le Dr Sacco mènera l'entretien

Après une brève présentation que je vous referez au début, la méthode se déroule schématiquement en 2 étapes:

- "Brainstorming" afin de générer des idées courtes, sur papier et anonymes
- Mise en commun, vérification de la compréhension des items proposés, et sélection des items préférés (sorte de vote pondéré) par notes.

Contrairement à d'autres méthodes, le but n'est pas d'obtenir de nouvelles idées mais de développer un consensus à partir d'options réalistes.

Vous pouvez bien sûr déjà avoir des idées concrètes ou même y réfléchir avant, ce n'est pas un biais!

Enfin, j'apporterai le nécessaire en fourniture, en boisson et nourriture.

François-Hubert BRUNSCHWIG

DES 3 MG

*ANNEXE 3 : Fiches pour classement des idées*

N° de l'Item :

Intitulé:

---

---

---

Nombre de points:















## 7 BIBLIOGRAPHIES

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 Jan;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. La iatrogénie médicamenteuse et sa prévention : rapport au Secrétaire d’Etat à la santé, Bernard Kouchner [Internet]. Available from: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/984001548/index.shtml>
4. Insee - Population - Projections de population pour la France métropolitaine à l’horizon 2050 - La population continue de croître et le vieillissement se poursuit [Internet]. [cited 2013 Aug 14]. Available from: [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=ip1089](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1089)
5. Le panorama des établissements de santé - édition 2011 - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cited 2013 Aug 14]. Available from: <http://www.drees.sante.gouv.fr/le-panorama-des-etablissements-de-sante-edition-2011,10175.html>
6. Queneau P, Trombert B, Carpentier F, Trinh-Duc A, Bannwarth B, Bouget J, et al. [Adverse drug effects: a prospective study by Apnet performed in seven emergency care units in France: propositions for preventive measures]. *Ann Pharm Françaises.* 2005 Mar;63(2):131–42.
7. Legrain S. et al. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé. Consommation, prescription, iatrogénie et observance. HAS. 2005;
8. Begaud B., Imbs J.L. Iatrogénèse médicamenteuse: estimation de l’importance dans les hôpitaux publics français. Enquête des Centres Régionaux de Pharmacovigilance à la demande de l’Agence Française du Médicament. Rapport présenté au Comité Technique de Pharmacovigilance. Agence Française du Médicament; 1997 Nov p. 9ff.
9. Beers MH, Ouslander JG, Rollinger 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 Sep;151(9):1825–32.
10. Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. *Arch Intern Med.* 1997 Jul 28;157(14):1531–6.
11. Lechevallier-Michel N, Gautier-Bertrand M, Alperovitch 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 Jan;60(11):813–9.
12. HAS. Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé (PMSA) [Internet]. Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_675707/fr/prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-pmsa-programme-pilote-2006-2013?xtmc=&xtcr=3](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_675707/fr/prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-pmsa-programme-pilote-2006-2013?xtmc=&xtcr=3)

13. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther.* 2001 Oct;26(5):331–42.
14. Bauer caroline, Tessier stéphane. Observance thérapeutique chez les personnes âgées, synthèse documentaire : Colloque du CRESIF [Internet]. Paris: Comité Régional d'Education pour la Santé d'Ile-de-France; 2001 Nov. Available from: <http://www.e-campus.uvsq.fr/claroline/backends/download.php?url=L0xlX3N1aXZpX2RlX2xhX1BlcnNvbW5lX2Fn6WUvU3ludGhlc2VPYnNlcnZhbmNlQWdlzlfzLIBERg%3D%3D&cidReset=true&cidReq=ECMELT2>
15. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, Eikelboom J, Oldgren J, Parekh A, et al. Dabigatran versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation. *N Engl J Med.* 2009;361(12):1139–51.
16. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrascu D, et al. Treatment of Hypertension in Patients 80 Years of Age or Older. *N Engl J Med.* 2008;358(18):1887–98.
17. Code de la santé publique - Article R710-2-1 | Legifrance [Internet]. [cited 2013 Aug 18]. Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006802399&dateTexte=20130818>
18. Haute Autorité de Santé - Préparation de la sortie du patient hospitalisé [Internet]. [cited 2013 Aug 14]. Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_447513/fr/sortie-du-patient-hospitalise](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_447513/fr/sortie-du-patient-hospitalise)
19. Solomon JK, Maxwell RB, Hopkins AP. Content of a discharge summary from a medical ward: views of general practitioners and hospital doctors. *J R Coll Physicians Lond.* 1995 Aug;29(4):307–10.
20. Patterson SM, Hughes C, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;5:CD008165.
21. Bourrée F, Michel P, Salmi LR. [Consensus methods: review of original methods and their main alternatives used in public health]. *Rev Épidémiologie Santé Publique.* 2008 Dec;56(6):415–23.
22. Van de Ven AH, Delbecq AL. The nominal group as a research instrument for exploratory health studies. *Am J Public Health.* 1972 Mar;62(3):337–42.
23. Singlard E. Adaptation des traitements chez la personne âgée hospitalisée: la justification dans le courrier de sortie est-elle vraiment un atout ? [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2012.
24. Viallon A, Guyomarch P, Marjollet O, Belin M, Robert F, Berger C, et al. Prise en compte de la clairance de la créatinine lors de la prescription médicamenteuse chez les sujets âgés. *Datarevues0755498200353-C1413* [Internet]. 2008 Jan 3 [cited 2013 Aug 18]; Available from: <http://www.em-consulte.com/en/article/102955>

25. Deroche M. Evaluation qualitative et prospective Etude du compte rendu hospitalier et des traitements de sortie des sujets âgés hospitalisés en Soins de Suite et de Réadaptation. Adéquation entre les traitements cardiovasculaires et les recommandations internationales [Internet] [THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE Discipline : Médecine Générale]. [CRETEIL (PARIS XII)]: PARIS VAL-DE-MARNE; 2009. Available from: <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0553818.pdf>
26. Smith M, Rousseau N, Lecouturier J, Gregson B, Bond J, Rodgers H. Are older people satisfied with discharge information? *Nurs Times*. 1997 Oct 22;93(43):52–3.
27. SEGYO-SAUNIER A. Compte-rendu d'hospitalisation: évaluation selon la réglementation et point de vue des médecins généralistes [Internet] [thèse pour le doctorat en médecine]. [Rouen]; 2012. Available from: [http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/74/56/83/PDF/Saunier\\_Alix.pdf](http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/74/56/83/PDF/Saunier_Alix.pdf)
28. Aubert M-N. À propos de « la Charte du meilleur moment de sortie des établissements d'hospitalisation » : la prise en charge pharmaceutique du patient au centre de la relation hôpital-pharmacies d'officine [thèse pour le doctorat en pharmacie]. [Nancy]: Henri-Poincaré; 1999.
29. 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 Feb 28;297(8):831–41.
30. Manuel de certification des établissements de santé V2010 révisé avril 2011 [Internet]. HAS; 2011 Avril. Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r\\_1439924/fr/manuel-de-certification-des-etablissements-de-sante-v2010-revisé-avril-2011](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1439924/fr/manuel-de-certification-des-etablissements-de-sante-v2010-revisé-avril-2011)
31. ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRÉPARATION DE LA SORTIE DU PATIENT HOSPITALISÉ [Internet]. ANAES / Service évaluation des pratiques; 2001. Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/preparation\\_de\\_la\\_sortie\\_du\\_patient\\_hospitalise\\_guide\\_2001\\_2009-08-31\\_16-13-36\\_630.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/preparation_de_la_sortie_du_patient_hospitalise_guide_2001_2009-08-31_16-13-36_630.pdf)
32. Décret no 92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie: Décrets en Conseil d'Etat).
33. 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.
34. 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.



# *Serment d'Hippocrate*

*En présence des Maîtres de cette école, 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 donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

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

*Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne 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.*

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

*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.*

BRUNSCHWIG FH, Création d'un outil de communication ville-hôpital : document dédié aux modifications thérapeutiques de patients hospitalisés en court séjour gériatrique, d'après les attentes des médecins généralistes. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, NICE, 6 septembre 2013, p70

## Résumé

### **Contexte et objectif**

En raison de l'accumulation de pathologies chroniques, les personnes âgées sont particulièrement exposées à un risque croissant d'hospitalisation dont une part non négligeable est liée à la iatrogénie médicamenteuse. Dans une optique d'amélioration de communication hôpital-ville, de continuité et de la qualité des soins, quel devrait être, du point de vue des médecins traitants, le contenu d'un courrier explicatif complémentaire de sortie d'hospitalisation de court séjour dédié aux modifications thérapeutiques ?

### **Matériel et méthode**

Méthode de recherche qualitative du groupe nominal par classement simple adaptée à deux panels de médecins généralistes experts pour définir le contenu. Adaptation de la forme du document créé après entretiens avec des médecins hospitaliers du pôle de gériatrie et utilisation en condition réelle.

### **Résultats**

Huit médecins généralistes dans le premier groupe nominal et quatre dans le deuxième ont permis la génération respective de 16 et 12 items à propos du contenu après reformulation et regroupement des idées proposées. Malgré la consigne, le premier groupe a identifié des idées à propos de la forme, rappelant ainsi son importance. 80% de similitude a été retrouvé parmi les 5 items les mieux notés de chaque groupe. Un premier document a été élaboré d'après le cahier des charges obtenu. Les entretiens avec six médecins hospitaliers du pôle de gériatrie de CIMIEZ ont permis une première adaptation du format. L'essai en condition réelle de sortie de deux patients hospitalisés a permis l'élaboration d'un document définitif. A la fin du premier groupe nominal, l'ensemble des médecins pensait que notre outil pourrait avoir un impact positif sur la prise en charge de leurs patients.

### **Conclusion**

Cet outil de communication ville-hôpital pourrait améliorer le suivi et la prise en charge des patients âgés ayant été hospitalisés. Un projet de recherche nationale dans le cadre du Programme de Recherche sur la Performance du Système de Soins (PREPS) est actuellement en cours de demande de financement afin de tester et évaluer notre document via une étude interventionnelle.

### *Mots clés*

*Outil de communication – iatrogénie – personne âgée – traitement – médecin généraliste – étude qualitative – groupe nominal*