



Paragraphe sur les modifications thérapeutiques dans les comptes rendus d'hospitalisation : intérêt dans la pratique quotidienne en médecine de ville

Alice Albert-Perl

► To cite this version:

Alice Albert-Perl. Paragraphe sur les modifications thérapeutiques dans les comptes rendus d'hospitalisation : intérêt dans la pratique quotidienne en médecine de ville. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01505499

HAL Id: dumas-01505499

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01505499>

Submitted on 11 Apr 2017

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.

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2016

N° 217

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINEParagraphe sur les modifications thérapeutiques dans
les comptes rendus d'hospitalisation : intérêt dans
la pratique quotidienne en médecine de villePrésentée et soutenue publiquement
le 28 juin 2016

Par

Alice ALBERT-PERL

Née le 20 février 1986 à Columbia (États-Unis)

Dirigée par Mme Le Docteur Virginie Fossey-Diaz, PH

Jury :

M. Le Professeur Sylvie Legrain, PU-PH Président

Mme Le Professeur Anne-Sophie Rigaud, PU-PH

M. Le Professeur Jean-Claude Schwartz, PA

Mme Le Docteur Monique Horwitz, Médecin généraliste

Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

Remerciements

Je remercie le Docteur Virginie Fossey-Diaz, chef de service de gériatrie à l'hôpital Bretonneau et directrice de thèse, d'avoir initié ce travail et d'en avoir guidé les progrès. Merci pour ta disponibilité, ta rigueur et tes conseils, merci pour l'enseignement précieux que tu m'as prodiguée lorsque j'étais ton interne.

Je remercie le Professeur Sylvie Legrain d'avoir accepté avec enthousiasme de présider mon jury de thèse.

Je remercie les Professeurs Anne-Sophie Rigaud et Jean-Claude Schwartz d'avoir accepté de juger mon travail.

Je remercie le Docteur Monique Horwitz de m'avoir accompagnée tout au long de mon internat, d'avoir lu avec intérêt tous mes travaux et de les avoir commentés de façon toujours encourageante et constructive, merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

Je remercie toute ma famille pour son soutien permanent au cours de ces dix années d'étude, merci pour votre amour et votre présence.

Je remercie Baptiste et Fleur de m'avoir aidée dans l'analyse statistique de mes résultats et dans la mise en page de ce travail.

Je remercie tous mes amis, présents dans les bons et les mauvais moments.

Je remercie Ariel d'être toujours là pour moi et de me combler.

Liste des abréviations

CRH : compte-rendu d'hospitalisation

MG : médecin généraliste

RR : risque relatif

OR : odds ratio

IC95 : intervalle de confiance à 95%

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

IEC : inhibiteur de l'enzyme de conversion

ARA II : antagoniste de l'angiotensine II

EPO : érythropoïétine

AVC : accident vasculaire cérébral

IPP : inhibiteurs de la pompe à protons

ADO : anti diabétiques oraux

antiHTA : antihypertenseurs

suppl. à visée hémato : médicaments de supplémentation à visée hématologique

anti agreg plaquettaires : antiagrégants plaquettaires

modif : modifications

AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

GPs : general practitioners

Table des matières

REMERCIEMENTS	2
LISTE DES ABREVIATIONS.....	3
INTRODUCTION.....	6
PREMIERE PARTIE : [MATERIEL ET METHODE]	9
PARTIE 2 : [RESULTATS]	12
CHAPITRE 1 : [POPULATION]	12
CHAPITRE 2 : [INTERET DU PARAGRAPHE « MODIFICATIONS THERAPEUTIQUES »]	14
CHAPITRE 3 : [DEVENIR DES PRESCRIPTIONS].....	15
3.1 PRESCRIPTIONS INTRA-HOSPITALIERES	15
3.2 REPARTITION PAR CLASSE THERAPEUTIQUE	17
3.3 PRESCRIPTIONS DE VILLE	20
3.4 TAUX DE MAINTIEN DES MODIFICATIONS EN AMBULATOIRE	21
CHAPITRE 4 : [DETAILS DES MODIFICATIONS THERAPEUTIQUES AU COURS DE L'HOSPITALISATION]	22
4.1 AJOUTS DE MEDICAMENTS	22
4.2 RETRAITS DE MEDICAMENTS.....	24
4.3 MODIFICATIONS DE POSOLOGIES	26
4.4 CHANGEMENTS DE CLASSE THERAPEUTIQUE POUR UNE MEME INDICATION	28
CHAPITRE 5 : [DETAIL DES MODIFICATIONS THERAPEUTIQUES FAITES PAR LES MEDECINS GENERALISTES]	30
PARTIE 3 : [DISCUSSION].....	33
CHAPITRE 1 : [RESULTATS].....	33
1.1 INTERET DU PARAGRAPHE	33
1.2 PRINCIPAUX RESULTATS.....	35
1.2.1 TAUX DE MODIFICATIONS	35

1.2.2 TAUX DE MAINTIEN DES MODIFICATIONS EN AMBULATOIRE	36
1.2.3 PRINCIPALES CLASSES MODIFIEES	37
CHAPITRE 2 : [LIMITES DE L'ETUDE].....	39
<u>CONCLUSION.....</u>	<u>42</u>
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>43</u>
<u>ANNEXE 1.....</u>	<u>47</u>

Introduction

Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 17,1% de la population en France, mais elles ont concentré en 2010 plus de 40% des prises en charge hospitalières (1).

Parmi les personnes âgées de plus de 75 ans, 33% ont été hospitalisées au moins une fois en 2010 (dont au moins une fois en urgence pour 44% d'entre elles) (2).

Lors d'une hospitalisation, les traitements prescrits au long cours en soins primaires peuvent être modifiés : ajout d'un nouveau traitement devant la découverte d'une nouvelle pathologie, retrait d'un médicament car iatrogène, non indiqué aux vues des recommandations ou de la balance bénéfice-risque, modification de posologies, remplacement d'un médicament par une autre classe dans une même indication.

La littérature est riche sur le sujet (3, 4, 5). Himmel et al. retrouvent que chez plus de 60% des patients hospitalisés, au moins 3 modifications thérapeutiques sont effectuées. Dans une autre étude plus ancienne, Grimmsmann et al. montrent que 98,1% des patients connaissent des changements dans leur traitement et pour 60% d'entre eux, au moins 5 changements.

Une étude de 2014 réalisée en France (3) a analysé les modifications thérapeutiques effectuées dans un service de post-urgence gériatrique. Sur les 206 patients inclus, 1168 modifications ont été retenues soit 5.7/ordonnance. En tête de liste viennent les ajouts de traitements (n=540) pour une nouvelle indication. Par ailleurs, le suivi à un mois a permis de montrer que sur les 1168 modifications réalisées durant l'hospitalisation, 401 n'ont pas été reconduites par le médecin généraliste (34,3%), mettant en avant la nécessité d'une communication claire et précise entre les acteurs hospitaliers et les médecins généralistes.

Tous ces changements constituent une information majeure à transmettre au médecin généraliste et au patient afin de favoriser la continuité et la coordination des soins.

Le principal mode de communication entre les médecins hospitaliers et le médecin généraliste reste aujourd'hui le compte-rendu d'hospitalisation. A ce titre le CRH constitue un élément fondamental de la continuité des soins.

Plusieurs études ont analysé le compte-rendu d'hospitalisation sous différents aspects.

Une étude anglaise de 2014 (6), a comparé le point de vue des médecins généralistes et celui des internes (qui la plupart du temps, rédigent les comptes rendus) concernant certains critères de qualité dans les comptes rendus d'hospitalisation (délai de réception, exactitude des données, absence d'erreur). 39% des MG considéraient que les détails concernant les changements de traitements étaient un élément important contre seulement 12% des internes.

Une étude observationnelle publiée en 2007 (7) montrait qu'un contact direct entre médecins hospitaliers et MG ne survenait que dans 3 à 20% des cas. Les auteurs évoquaient également le problème du délai de réception des comptes rendus d'hospitalisation avec un taux de réception entre 51 et 77% à 4 semaines de la sortie. Ils dressaient une liste des critères importants manquant dans les comptes rendus d'hospitalisation (résultats de tests diagnostiques, traitement de sortie, résultats d'examen en attente, suivi...) mais la justification des modifications de traitements au cours de l'hospitalisation n'était pas mentionnée. De même pour une étude publiée en 1999 (8) analysant les critères de qualité d'un compte-rendu d'hospitalisation (motif d'hospitalisation, éléments pertinents de l'examen clinique, résultats biologiques, évolution et complications dans le service, diagnostic retenu, traitement de sortie, problèmes toujours présents à la sortie, suivi), la justification des changements de traitement n'en faisait pas partie.

Une autre étude réalisée à Montréal (9) a montré que la création d'un document intégrant le traitement d'entrée, les modifications intra-hospitalières et le traitement de sortie à destination des pharmaciens augmentait le taux de conformité des ordonnances. Ce document pourrait être apparenté au compte-rendu d'hospitalisation, à la différence près qu'il ne traite que des traitements. Il ne mentionne pas l'intérêt de justifier les modifications effectuées.

Il s'agit pourtant d'un élément majeur de la continuité des soins et de la sécurisation des patients.

En effet, plusieurs études (10, 11, 12) ont montré qu'il existait un lien entre erreurs médicales liées à la discontinuité des soins et risque pour le patient.

C'est le cas de l'étude publiée en 2003(10) incluant 86 patients, qui a cherché à évaluer la prévalence d'erreurs médicales liées à la discontinuité des soins et l'association possible avec le risque de ré hospitalisation. Parmi les erreurs médicales analysées figuraient les erreurs de traitements. L'étude concluait à une possible association entre erreurs médicales et risque de

ré hospitalisation dans les 3 mois, après visite du médecin généraliste, résultat cependant non significatif (OR = 2.5 ; IC95 = [0.7 ; 8.8]).

Selon l'étude de Van Walraven (11), 27% des patients sortant ont été ré hospitalisés dans les trois mois suivants. Ce risque a pu être diminué pour les patients dont le médecin généraliste avait reçu le compte-rendu d'hospitalisation au préalable (RR = 0,74 - IC95 = [0,5 ; 1,11]).

L'HAS a publié en octobre 2014 (13) des recommandations visant à améliorer les informations transmises via le compte-rendu d'hospitalisation, stipulant que toutes les modifications thérapeutiques effectuées au cours de l'hospitalisation devaient être justifiées dans les comptes rendus d'hospitalisation.

Aucune étude à ce jour n'a évalué l'intérêt, dans le compte-rendu d'hospitalisation, de justifier les modifications de traitements dans un paragraphe distinct ni son impact sur le renouvellement des traitements effectué en ville.

Le service de gériatrie aigue dans lequel est réalisée l'étude a mis en place depuis 2013, une nouvelle trame de comptes rendus d'hospitalisation intégrant un paragraphe supplémentaire précédant le traitement de sortie et intitulé « modifications thérapeutiques ». Ce paragraphe recense les modifications de traitements effectuées pendant l'hospitalisation en les justifiant succinctement.

L'objectif de notre étude est d'évaluer l'intérêt de ce paragraphe et des justifications des modifications thérapeutiques, pour les médecins généralistes.

Notre étude étudiera également le devenir des traitements chroniques, au cours de l'hospitalisation puis en ville. Le paragraphe a-t-il été lu par les médecins généralistes ? En ont-ils tenu compte au moment du renouvellement de l'ordonnance ? En cas de modifications thérapeutiques, quelles en ont été les raisons ?

Première partie : [Matériel et méthode]

Nous avons réalisé une étude observationnelle prospective mono centrique. Tous les patients sortant du service de gériatrie aigue de l'hôpital Bretonneau entre le 13 avril le 16 octobre 2015 et rentrant à domicile ou en EHPAD, étaient inclus. Les patients transférés dans d'autres services ou en soins de suite n'étaient pas inclus pour des raisons pratiques de recueil des données, ces patients ne consultant pas leur médecin traitant dans le mois suivant la sortie du service de court séjour.

Les traitements d'entrée et de sortie ont été recueillis via les comptes rendus d'hospitalisation. Les médecins généralistes ont été contactés par téléphone à 6 semaines de la sortie des patients (les ordonnances hospitalières étant valables 1 mois). Ils étaient informés d'emblée de l'objectif de ma démarche et étaient libres de ne pas répondre. Deux questions leur étaient posées, l'une sur l'intérêt de justifier les modifications thérapeutiques effectuées à l'hôpital dans un paragraphe dédié et l'autre sur le renouvellement de l'ordonnance. Afin de limiter les biais liés au mode de recueil et de ne pas influencer l'interlocuteur, la première question était posée de façon ouverte « Que pensez-vous du paragraphe intitulé « modifications thérapeutiques » ? ». Puis il était demandé au médecin généraliste de lire l'ordonnance qu'il avait rédigée. En cas de modification par rapport à l'ordonnance de sortie, le médecin généraliste devait justifier les changements effectués.

L'évolution des traitements hospitaliers était analysée selon les modalités suivantes :

- Existence de modifications par rapport au traitement d'entrée
- Nombre de modifications effectuées
- Ajouts de traitements
- Retraits de traitements
- Modifications de posologie
- Changements de classe thérapeutique pour une même indication

Les médicaments ont été triés en classes thérapeutiques (classes les plus fréquemment utilisées en gériatrie) :

- Antalgiques
- Antihypertenseurs (IEC, ARA II, beta bloquant, diurétiques thiazidiques, inhibiteurs calciques)
- Diurétiques de l'anse (furosémide)
- Anti arythmiques
- Statines
- Psychotropes (anti dépresseurs, neuroleptiques, benzodiazépines et hypnotiques apparentés)
- Anticoagulants
- Antiagrégants plaquettaires
- Anti diabétiques oraux
- Insulines
- IPP
- Médicaments de supplémentation à visée hématologique (fer, B9, B12, EPO)
- Médicaments de correction de troubles ioniques (calcium et potassium)
- Anti épileptiques
- Anti parkinsoniens
- Autres (tous les médicaments n'appartenant pas aux classes suscitées)

Ont été exclus de l'analyse :

- Le paracétamol
- La vitamine D
- Les laxatifs
- Les crèmes anti-inflammatoire ou antimycosique
- Les antibiotiques
- Les perfusions sous-cutanées à visée de réhydratation

Le furosémide a volontairement été séparé des autres antihypertenseurs car, malgré son effet antihypertenseur il ne fait pas partie des médicaments recommandés en premier intention dans le traitement de fond de l'hypertension artérielle.

Le paracétamol, la vitamine D en ampoule et les laxatifs ont été exclus car leur présence ou non sur une ordonnance ne peut être systématiquement interprétée comme une modification. En effet le paracétamol est prescrit de façon courante et un patient peut refuser sa prescription s'il en possède déjà en quantité suffisante à domicile ou au contraire en demander s'il en a besoin. Les laxatifs sont également prescrits fréquemment et pour les mêmes raisons que pour le paracétamol ceux-ci peuvent apparaître ou non sur une ordonnance. Quant à la vitamine D, son rythme d'administration particulier peut être à l'origine de discordances entre prescription effective et présence ou non sur une ordonnance.

Les crèmes anti-inflammatoire, antimycosique et les antibiotiques font généralement l'objet de prescription de courte durée et peuvent donc manquer, à bon escient, sur l'ordonnance suivante. Leur présence ou leur absence ne peut donc pas être interprétée comme une modification thérapeutique.

Les résultats ont été analysés à l'aide du logiciel Excel 2010.

Partie 2 : [Résultats]

Chapitre 1 : [Population]

108 patients ont été inclus dans l'étude, à partir de leur date de sortie. Sur les 108 comptes rendus d'hospitalisation, 10 comptes rendus d'hospitalisation n'étaient pas conformes, à savoir qu'ils ne contenaient pas le paragraphe « modifications thérapeutiques », en raison d'un oubli du médecin hospitalier ayant dicté le compte-rendu. Pour ces 10 patients, les médecins traitants n'ont pas été contactés.

Parmi les 108 patients inclus, figuraient 64% (69) de femmes et 36% (39) d'hommes. La moyenne d'âge était de 86,1 ans (58 à 104 ans).

Tableau 1 : Caractéristiques de la population incluse

	%	nombre
FEMMES	64	69
HOMMES	36	39
Age moyen (années)		86,1 (58-104)

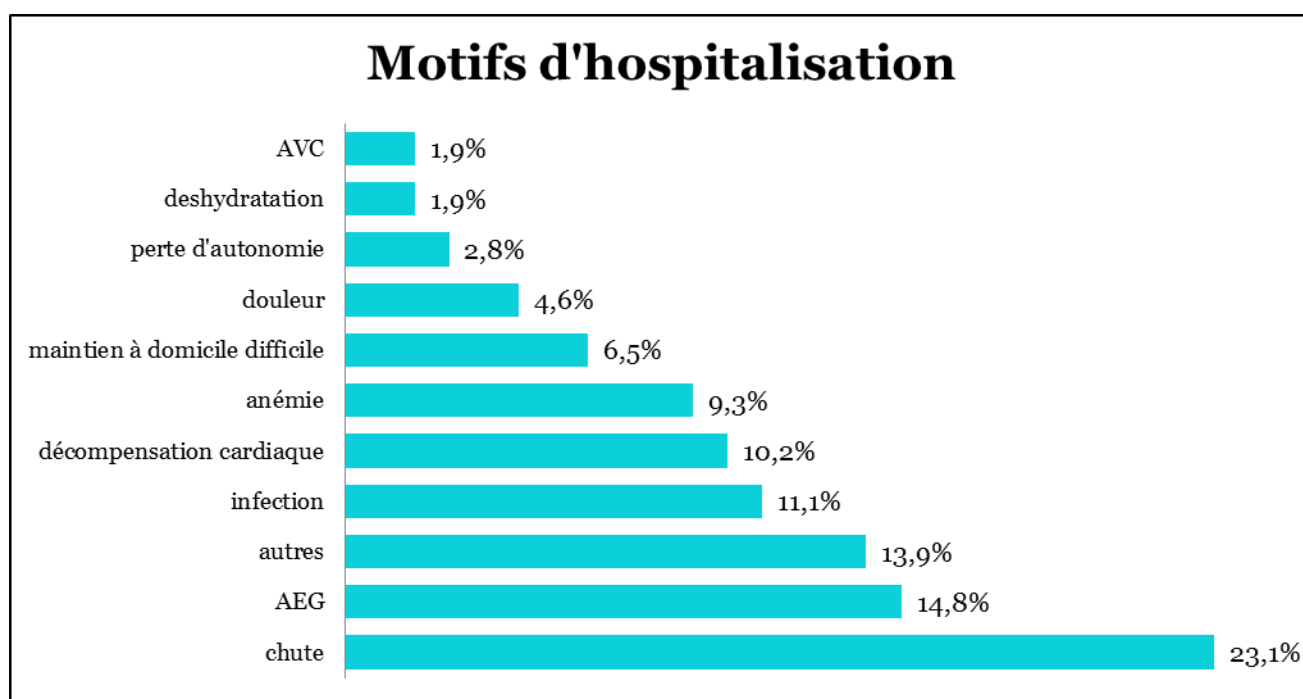
Les motifs d'hospitalisation étaient variés avec essentiellement des chutes, une altération de l'état général ou un problème infectieux.

Parmi les motifs d'hospitalisation « autres », on retrouve : perfusion d'aclasta, évaluation onco-gériatrique, hébergement (aidant principal hospitalisé), défécographie pré chirurgie pour prolapsus rectal, réévaluation du traitement anti parkinsonien, trouble du comportement, troubles cognitifs, prise en charge post-op d'un méningiome... chacun de ses motifs n'étant présent qu'une fois sur les 108 patients hospitalisés.

Tableau 2 : Motifs d'hospitalisation

Motifs d'hospitalisation	nombres	%
chute	25	23,1
AEG	16	14,8
autres	15	13,9
infection	12	11,1
décompensation cardiaque	11	10,2
anémie	10	9,3
maintien à domicile difficile	7	6,5
douleur	5	4,6
perte d'autonomie	3	2,8
déshydratation	2	1,9
AVC	2	1,9

Figure 1 : Motifs d'hospitalisation



98 médecins traitants ont été contactés. Tous les médecins ont accepté de participer.

Seuls 2 médecins n'avaient pas reçu le compte-rendu d'hospitalisation.

12 médecins généralistes n'ont pu lire les ordonnances qu'ils avaient renouvelées car elles avaient été faites lors d'une visite à domicile. Pour ces 12 ordonnances, nous avons fait le choix de croire les médecins « sur parole ».

Nous avons passé 243 appels correspondant à une moyenne de 2,5 (1 à 8) appels par médecin.

Chapitre 2 : [Intérêt du paragraphe « modifications thérapeutiques »]

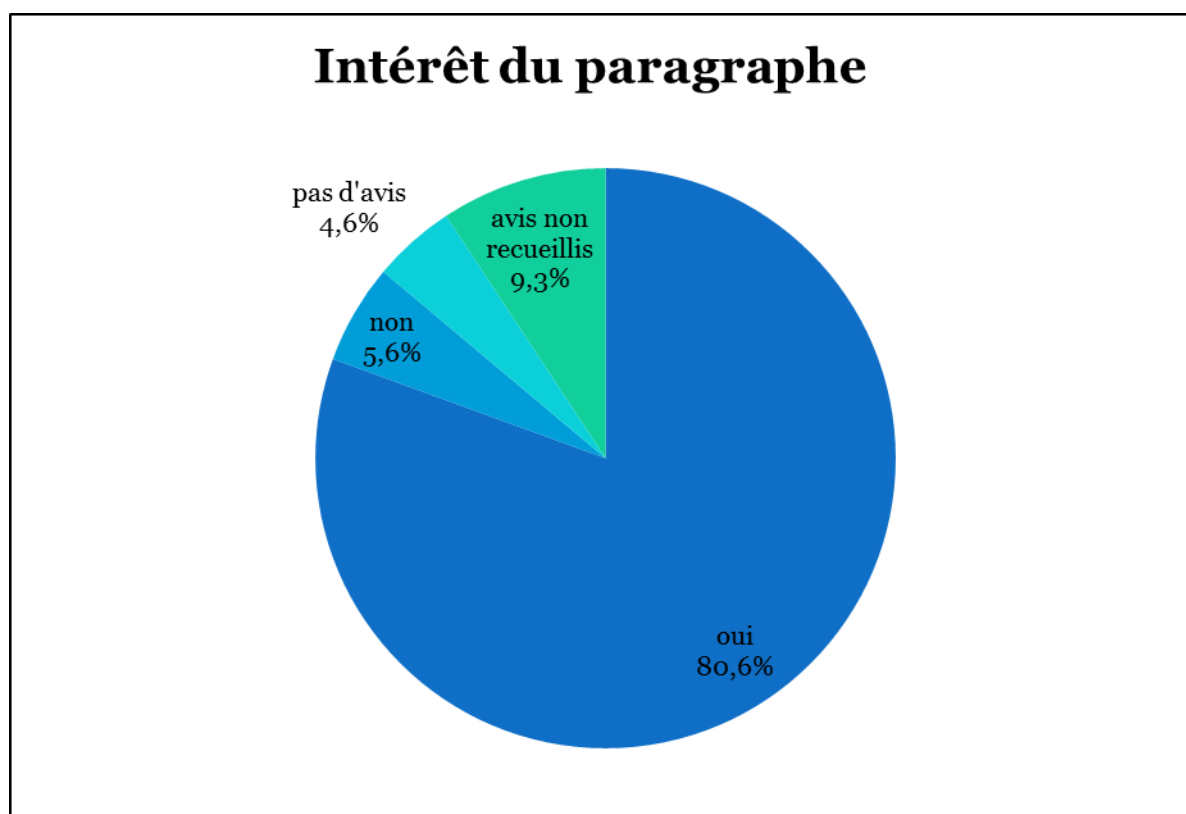
Tous les médecins ont lu le paragraphe. Parmi eux 80,6% (87) ont trouvé que ce paragraphe présentait un intérêt, 5,5% (6) ont trouvé qu'il ne présentait pas d'intérêt et 4,6% (5) n'avaient pas d'avis sur cette question.

Les 10 patients pour qui les comptes rendus d'hospitalisation n'étaient pas conformes et pour qui nous n'avons pas contactés les médecins traitants représentent 9,3% des patients.

Tableau 3 : Intérêt du paragraphe « modifications thérapeutiques »

Intérêt du paragraphe	nombres	%
Oui	87	80,6
Non	6	5,5
Pas d'avis	5	4,6
Avis non recueillis	10	9,3

Figure 2 : Intérêt du paragraphe « modifications thérapeutiques »



Chapitre 3 : [Devenir des prescriptions]

3.1 Prescriptions intra-hospitalières

A l'entrée chaque patient avait une prescription contenant en moyenne 5,9 médicaments.

A la sortie d'hospitalisation, chaque patient avait une prescription contenant en moyenne 5,6 médicaments.

Nous avons recensé 398 modifications correspondant à une moyenne de 3,7 modifications par patient.

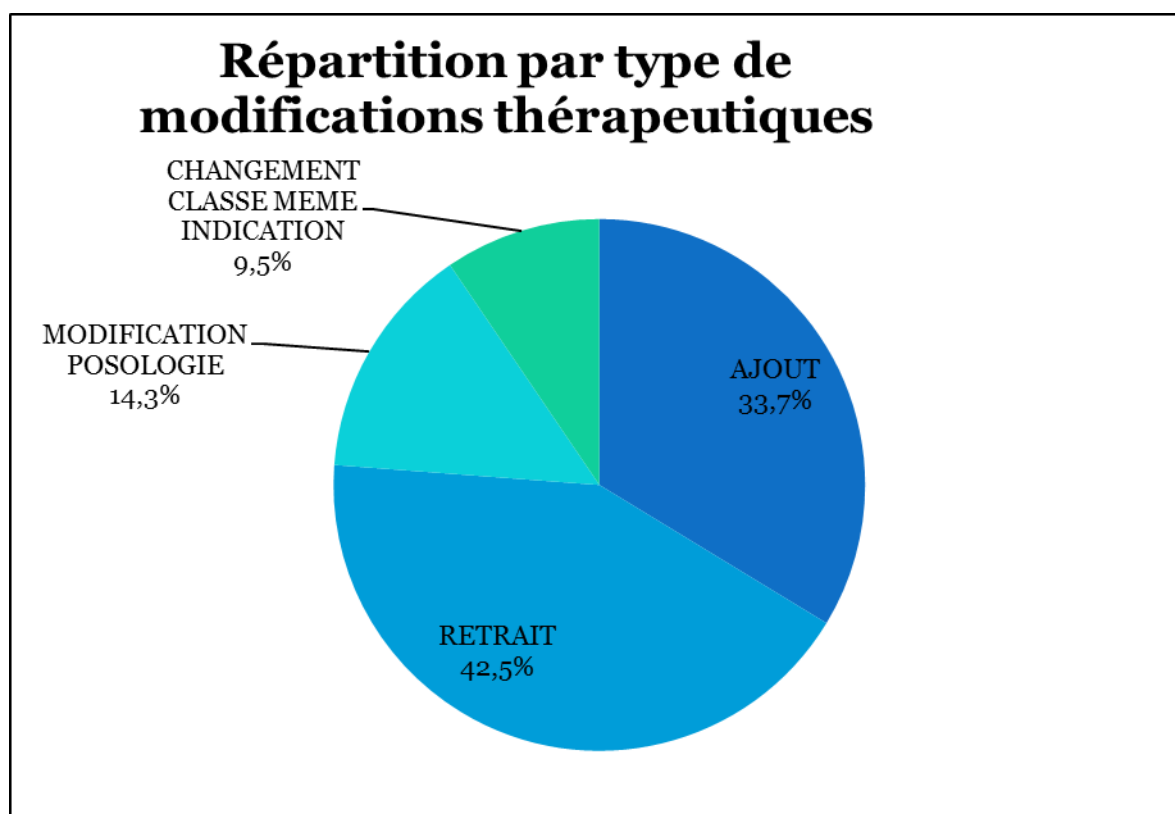
6 patients (5,5%) n'ont eu aucune modification thérapeutique.

Parmi ces modifications, on compte 134 ajouts de traitements (33,7%), soit une moyenne de 1,2 médicament par personne, 169 retraits de traitements (42,5%) soit une moyenne de 1,6 médicament par personne, 57 modifications de posologie (14,3%), soit une moyenne de 0,5 médicament par personne, et 38 changements de classe thérapeutique pour une même indications (9,5%) soit une moyenne de 0,4 médicament par personne.

Tableau 4 : Devenir des prescriptions

	Nombre	Traitement moyen /pers	Pourcentage des modifications
Nombre de traitements à l'entrée	642	5,9	
Nombre de traitements à la sortie	606	5,6	
Nombre total de modifications	398	3,7	100
Nombre total d'ajouts	131	1,2	33,7
Nombre total de retraits	169	1,6	42,5
Nombre total de modifications de posologie	57	0,5	14,3
Nombre total de changement de classe pour une même indication	38	0,4	9,5

Figure 3 : Répartition par type de modifications thérapeutiques



3.2 Répartition par classe thérapeutique

La classe thérapeutique la plus modifiée est celle des antihypertenseurs avec 72 modifications (18,1%). Parmi ces modifications, 70 ont été maintenues à 6 semaines.

La deuxième classe thérapeutique la plus modifiée est celle des psychotropes avec 68 modifications (17,1%). Parmi elles, 61 ont été maintenues à 6 semaines.

Puis par ordre décroissant, on a :

- les médicaments « autres », 63 modifications (15,8%), dont 60 sont maintenues
- les antalgiques, 29 modifications (7,3%) dont 28 sont maintenues à 6 semaines
- les diurétiques, 27 modifications (6,8%) dont 26 sont maintenues.

Pour les classes thérapeutiques suivantes toutes les modifications ont été maintenues à 6 semaines

- Les médicaments à visée de correction de troubles ioniques, 24 modifications (6%)
- les statines, 22 modifications (5,5%)
- les antiagrégants plaquettaires, 19 modifications (4,8%)

- les IPP et médicaments de supplémentation à visée hématologique, 17 modifications (4,3%)
- les anticoagulants et anti arythmiques, 10 modifications (2,5%)
- l'insuline, 6 modifications (1,5%)
- les ADO et les antiparkinsoniens, 5 modifications (1,3%)
- les antiépileptiques, 4 modifications (1%)

Tableau 5 : Répartition des modifications par classe thérapeutique

Répartition par classe thérapeutique	398	%
anti HTA	72	18,1%
psychotropes	68	17,1%
autres	63	15,8%
antalgiques	29	7,3%
diurétiques	27	6,8%
correction troubles ioniques	24	6,0%
statines	22	5,5%
antiagreg plaquettaires	19	4,8%
IPP	17	4,3%
suppl à visée hémato	17	4,3%
anticoagulants	10	2,5%
anti arythmiques	10	2,5%
insuline	6	1,5%
ADO	5	1,3%
anti parkinsoniens	5	1,3%
anti épileptiques	4	1,0%

Figure 4 : Répartition des modifications par classe thérapeutique

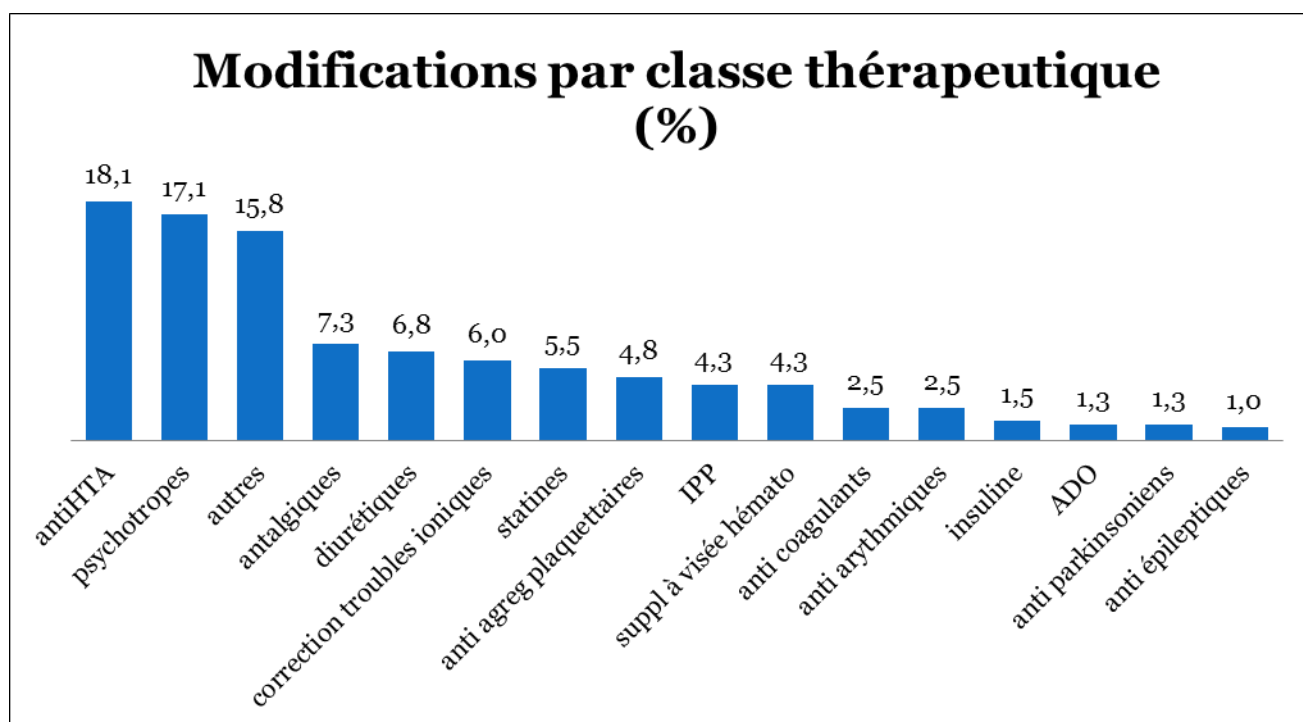
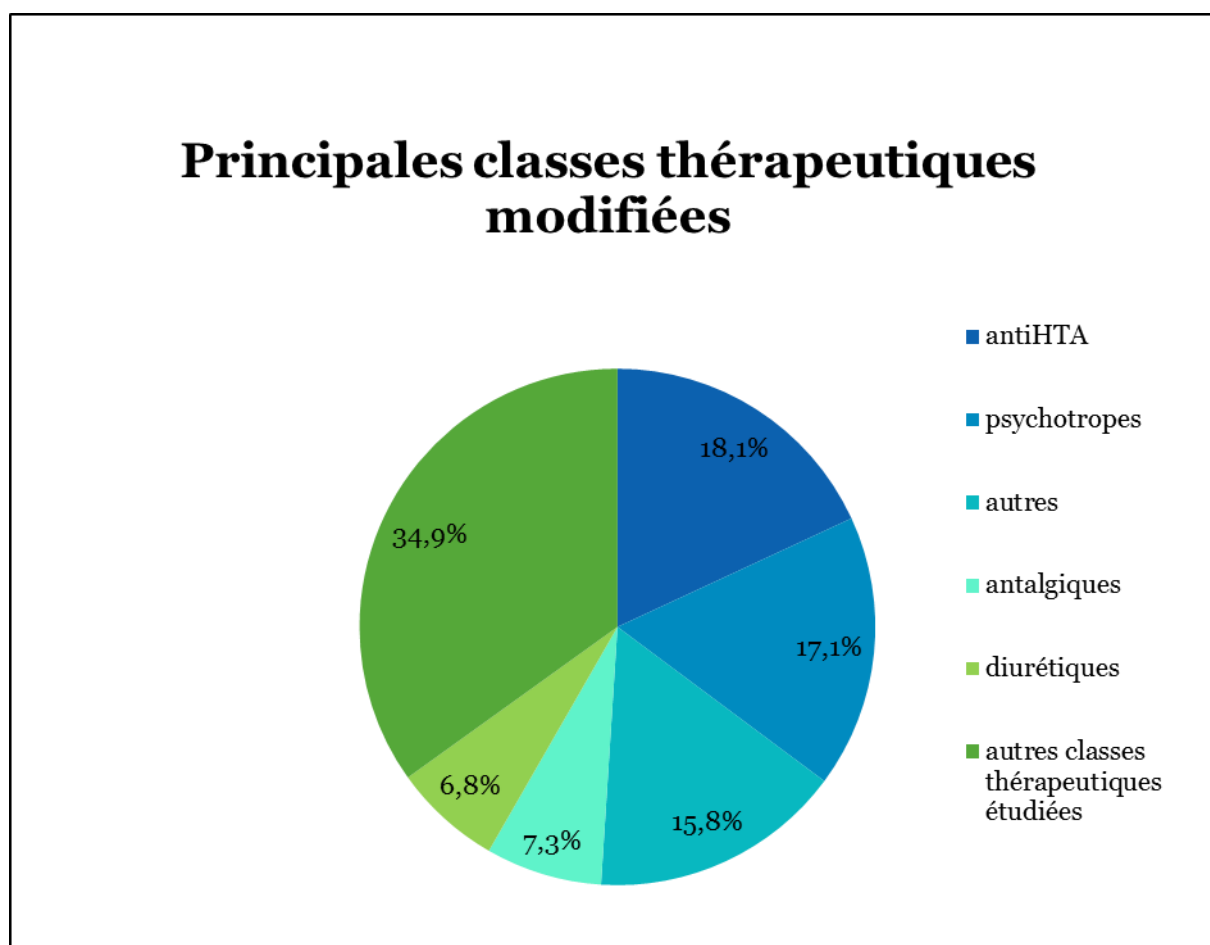


Figure 5 : Principales classes thérapeutiques modifiées



3.3 Prescriptions de ville

Pour les 98 patients sortis, 69 ordonnances (70,4%) ont été renouvelées dont 52 sans modification à 6 semaines de la sortie (53,1%), et 17 avec modifications (17,3%).

29 patients (29,6%) n'ont pas été revus par leur médecin traitant, il n'y a donc pas eu chez ses patients de renouvellement d'ordonnance.

Parmi les 69 ordonnances renouvelées, 75% contiennent les mêmes médicaments que les ordonnances de sortie et 25% contiennent des modifications.

Sur les 17 ordonnances modifiées, on retrouve 23 modifications soit 1,4 traitement par ordonnance modifiée.

Les raisons invoquées par les médecins généralistes pour justifier les changements de traitements effectués se répartissent ainsi : 9 modifications liées à un évènement intercurrent (52,9%), 4 modifications liées à un problème d'iatrogénie (23,5%), et 4 modifications liées à un désaccord avec les changements faits en milieu hospitalier (23,5%).

Figure 6 : Devenir des ordonnances en ville

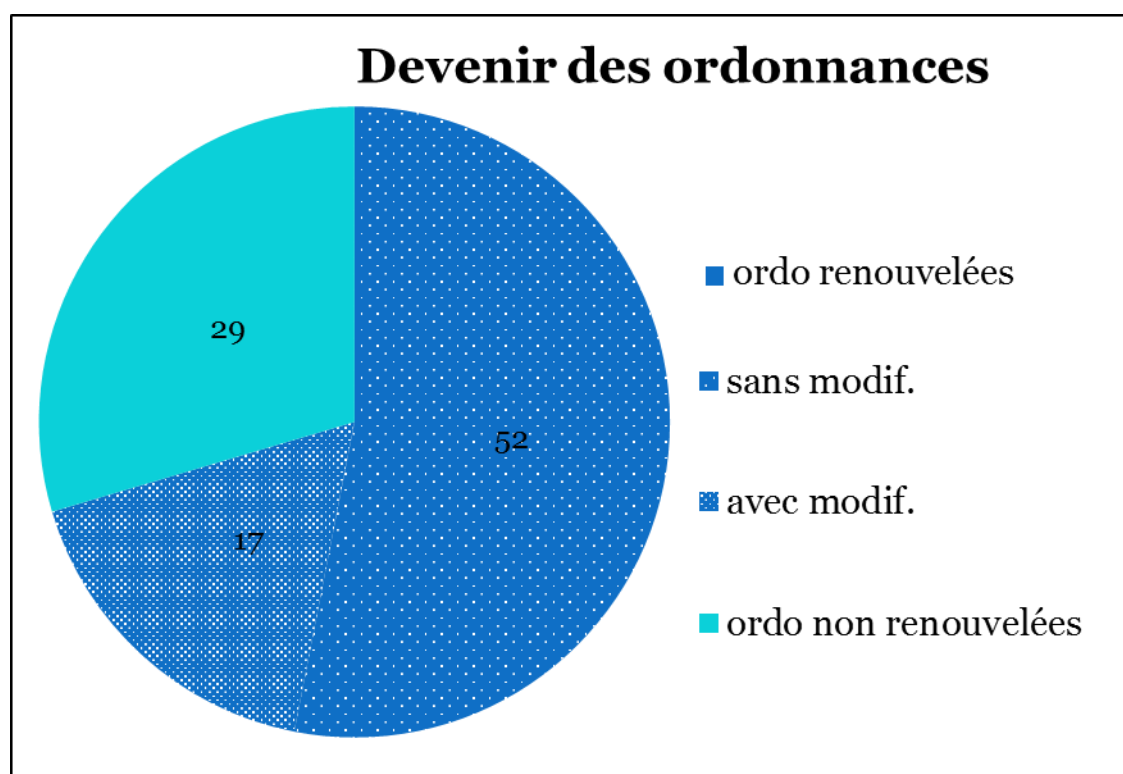
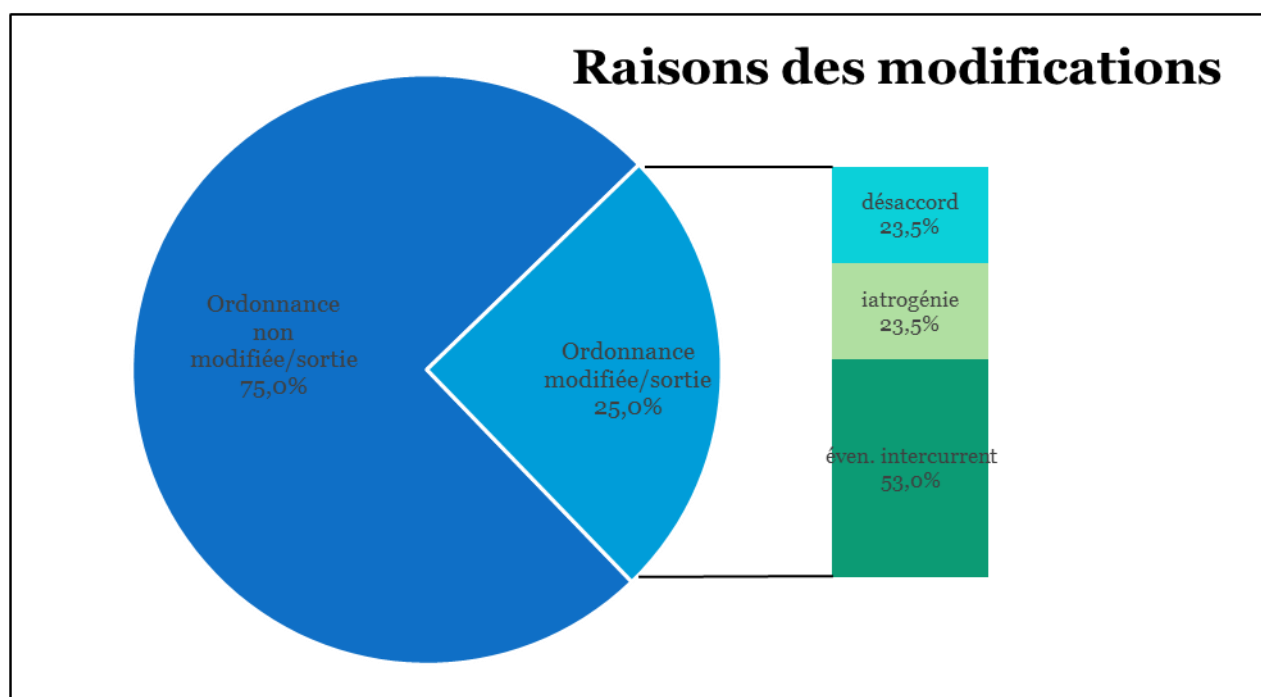


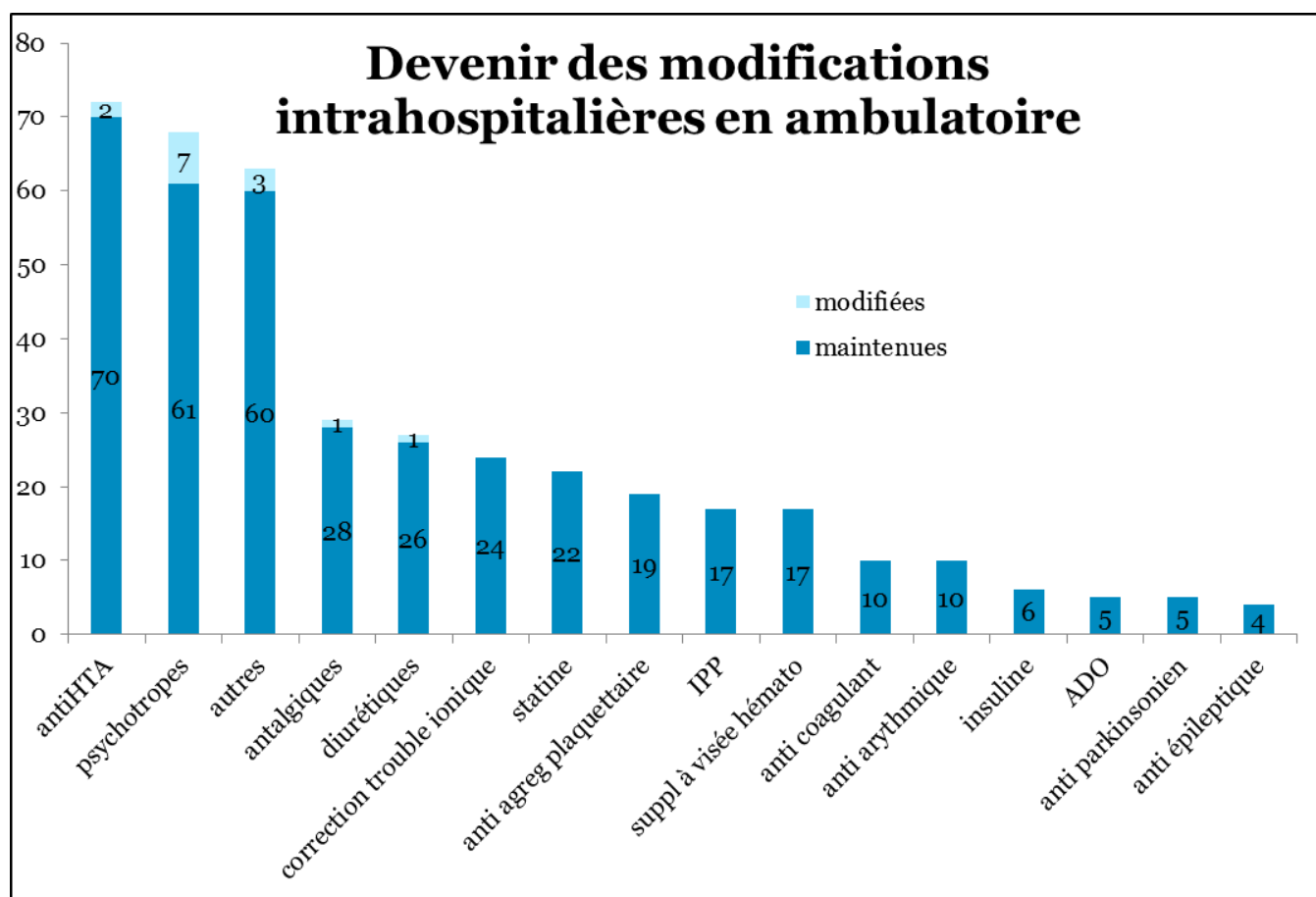
Figure 7 : Justifications des modifications ambulatoires



3.4 Taux de maintien des modifications en ambulatoire

Parmi les 398 modifications intra-hospitalières relevées, seules 14 n'ont pas été maintenues en ambulatoire, soit un taux de maintien des modifications de 96,5%. 7 modifications concernent la classe des psychotropes, 3 concernent la classe « autres », 2 les antihypertenseurs, 1 les antalgiques et 1 les diurétiques.

Figure 8 : Devenir des modifications intra hospitalières en ambulatoire



Chapitre 4 : [Détails des modifications thérapeutiques au cours de l'hospitalisation]

4.1 Ajouts de médicaments

La classe thérapeutique la plus prescrite est celle des psychotropes avec 35 ajouts (26,1%). Viennent ensuite par ordre décroissant les médicaments « autres » (17,2%), les antalgiques (11,9%), les médicaments à visée de correction de troubles ioniques (9,7%), les antihypertenseurs (7,5%), les diurétiques (6,7%), les statines (5,2%), les IPP et les médicaments de supplémentation à visée hématologique (3,7%), les antiagrégants

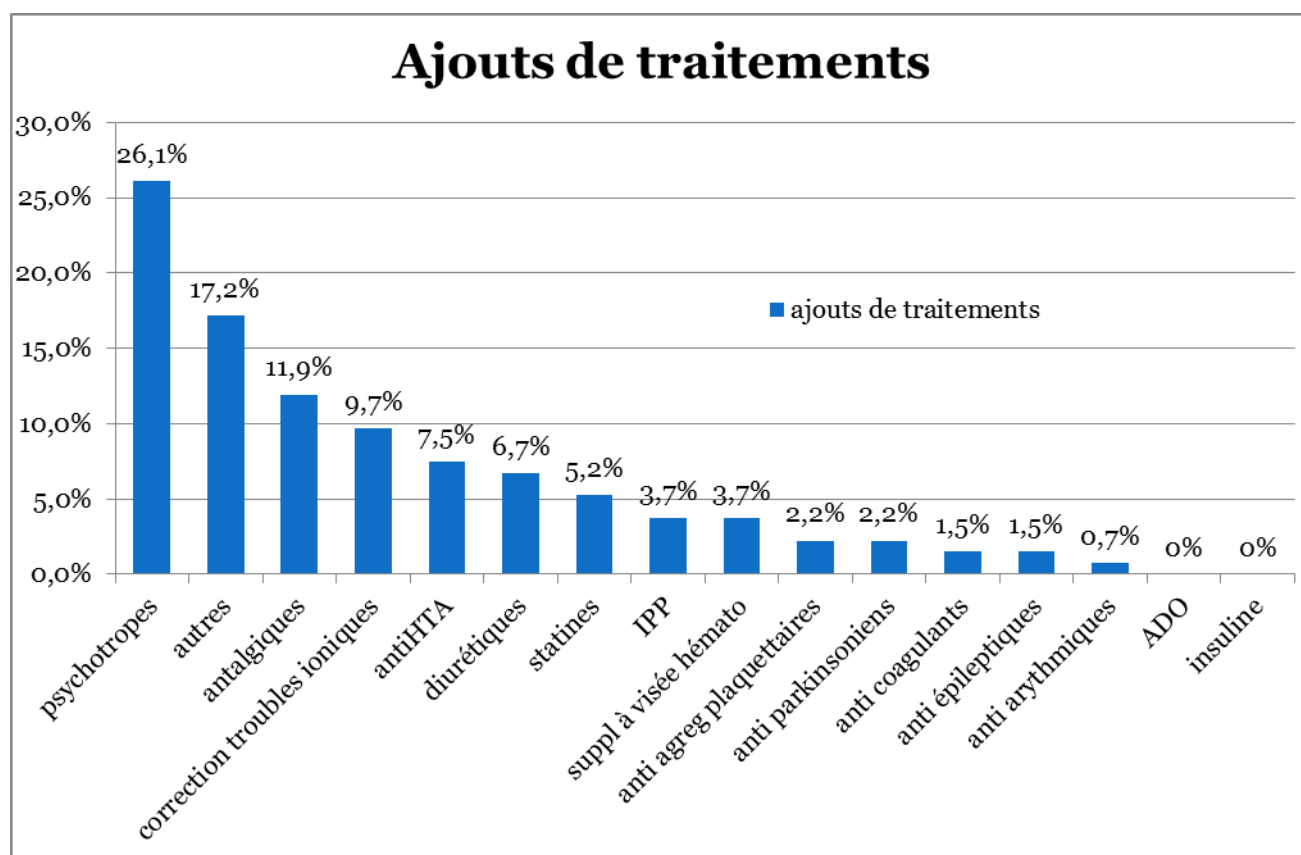
plaquettaires et les antiparkinsoniens (2,2%), les anticoagulant et antiépileptiques (1,5%), et les anti arythmiques (0,7%).

Aucune introduction d'ADO ni d'insuline.

Tableau 6 : Ajouts de traitements

Ajouts	134	%
antalgiques	35	26,1%
diurétiques	23	17,2%
antiHTA	16	11,9%
anti agreg plaquettaires	13	9,7%
anti coagulants	10	7,5%
anti arythmiques	9	6,7%
statines	7	5,2%
ADO	5	3,7%
insuline	5	3,7%
psychotropes	3	2,2%
IPP	3	2,2%
suppl à visée hémato	2	1,5%
correction troubles ioniques	2	1,5%
anti épileptiques	1	0,7%
anti parkinsoniens	0	0,0%
autres	0	0,0%

Figure 9 : Ajouts de traitements



4.2 Retraits de médicaments

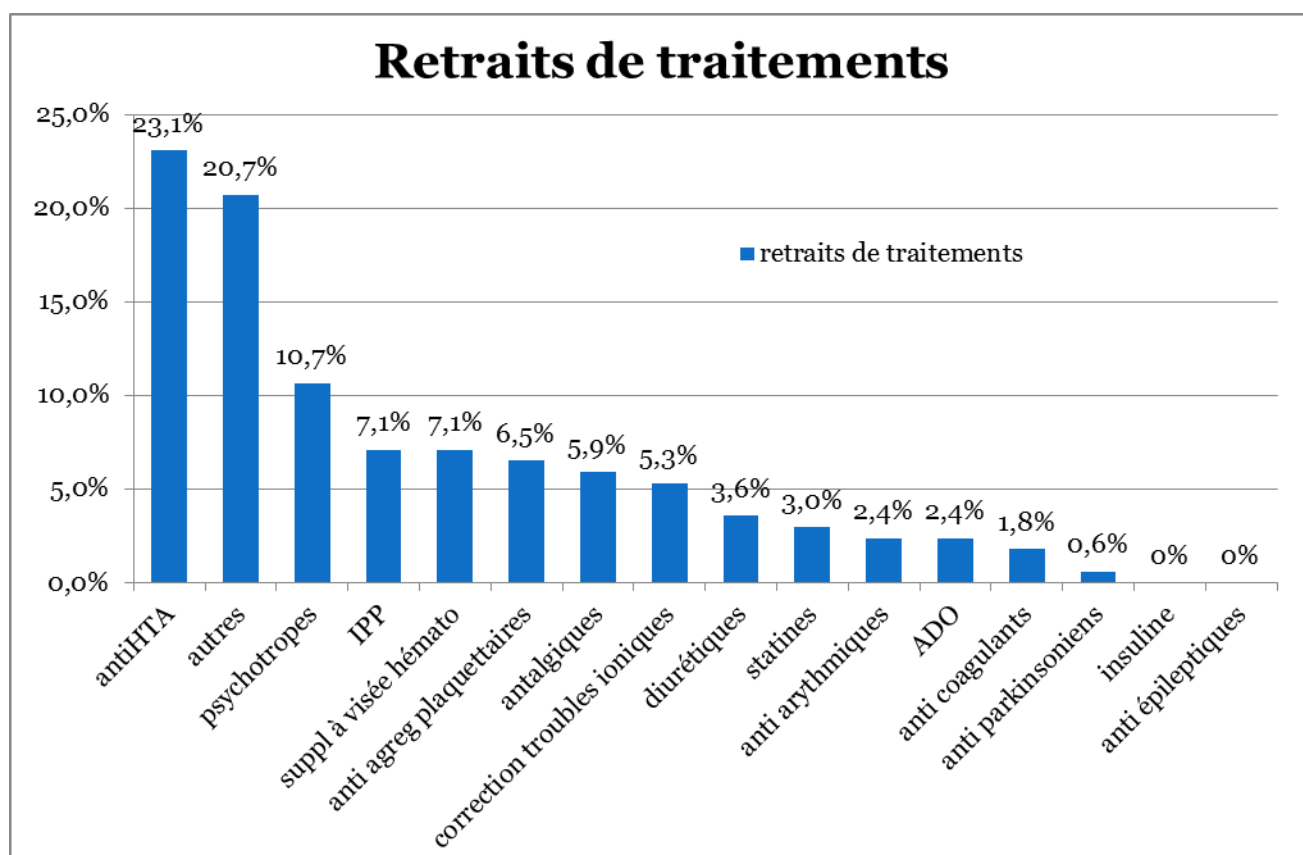
La classe thérapeutique qui a bénéficié du plus grand nombre de retraits de traitements est celle des antihypertenseurs avec 39 retraits (23,1%), suivie par les médicaments « autres » 35 retraits (20,7%) et celles des psychotropes 18 retraits (10,7%). Puis par ordre décroissant on retrouve les IPP et les médicaments de supplémentation à visée hématologique (7,1%), les antiagrégants plaquettaires (6,5%), les antalgiques (5,9%), les médicaments à visée de correction de troubles ioniques (5,3%), les diurétiques (3,6%), les statines (3%), les anti arythmiques et les ADO (2,4%), les anticoagulants (1,8%) et les anti parkinsoniens (0,6%).

Aucun retrait de traitement n'a concerné l'insuline ni les antiépileptiques.

Tableau 7 : Retraits de traitements

Retraits	169	%
antiHTA	39	23,1%
autres	35	20,7%
psychotropes	18	10,7%
IPP	12	7,1%
suppl à visée hémato	12	7,1%
anti agreg plaquettaires	11	6,5%
antalgiques	10	5,9%
correction troubles ioniques	9	5,3%
diurétiques	6	3,6%
statines	5	3,0%
anti arythmiques	4	2,4%
ADO	4	2,4%
anti coagulants	3	1,8%
anti parkinsoniens	1	0,6%
insuline	0	0,0%
anti épileptiques	0	0,0%

Figure 10 : Retraits de traitements



4.3 Modifications de posologies

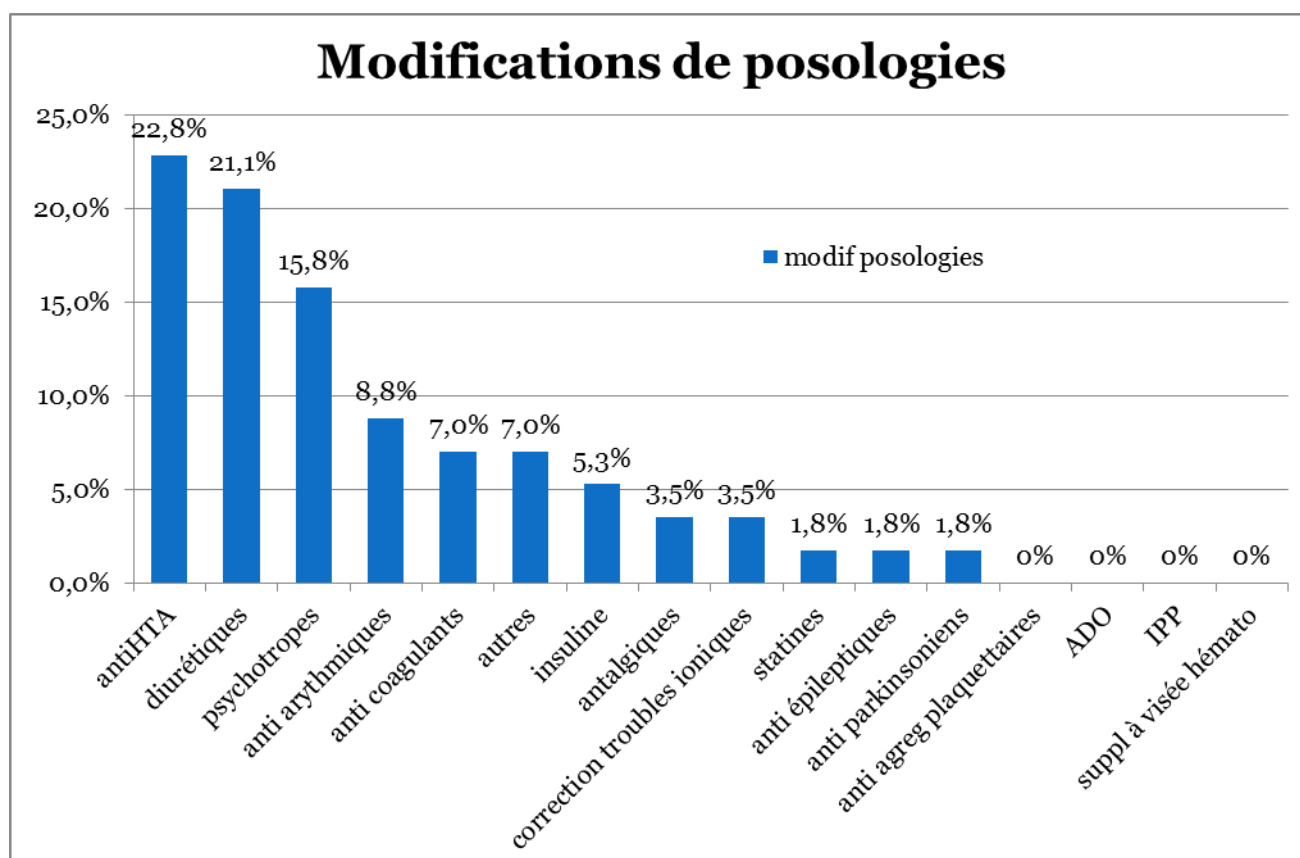
En termes de modifications de posologie, la classe thérapeutique la plus représentée est de nouveau celle des antihypertenseurs avec 13 modifications (22,8%), suivie de près par celle des diurétiques, 12 modifications (21,1%). Puis par ordre décroissant on a les psychotropes (15,8%), les anti arythmiques (8,8%), les anticoagulants et les médicaments « autres » (7%), l'insuline (5,3%) et les antalgiques et les médicaments à visée de correction de troubles ioniques (3,5%), et pour finir, les statines, les anti épileptiques et les anti parkinsoniens (1,8%).

Aucun changement de posologie n'a concerné les antiagrégants plaquettaires, les ADO, les IPP, ni les médicaments de supplémentation à visée hématologique.

Tableau 8 : Modifications de posologie

Modifications de posologie	57	%
antiHTA	13	22,8%
diurétiques	12	21,1%
psychotropes	9	15,8%
anti arythmiques	5	8,8%
anti coagulants	4	7,0%
autres	4	7,0%
insuline	3	5,3%
antalgiques	2	3,5%
correction troubles ioniques	2	3,5%
statines	1	1,8%
anti épileptiques	1	1,8%
anti parkinsoniens	1	1,8%
anti agreg plaquettaires	0	0,0%
ADO	0	0,0%
IPP	0	0,0%
suppl à visée hémato	0	0,0%

Figure 11 : Modifications de posologie



4.4 Changements de classe thérapeutique pour une même indication

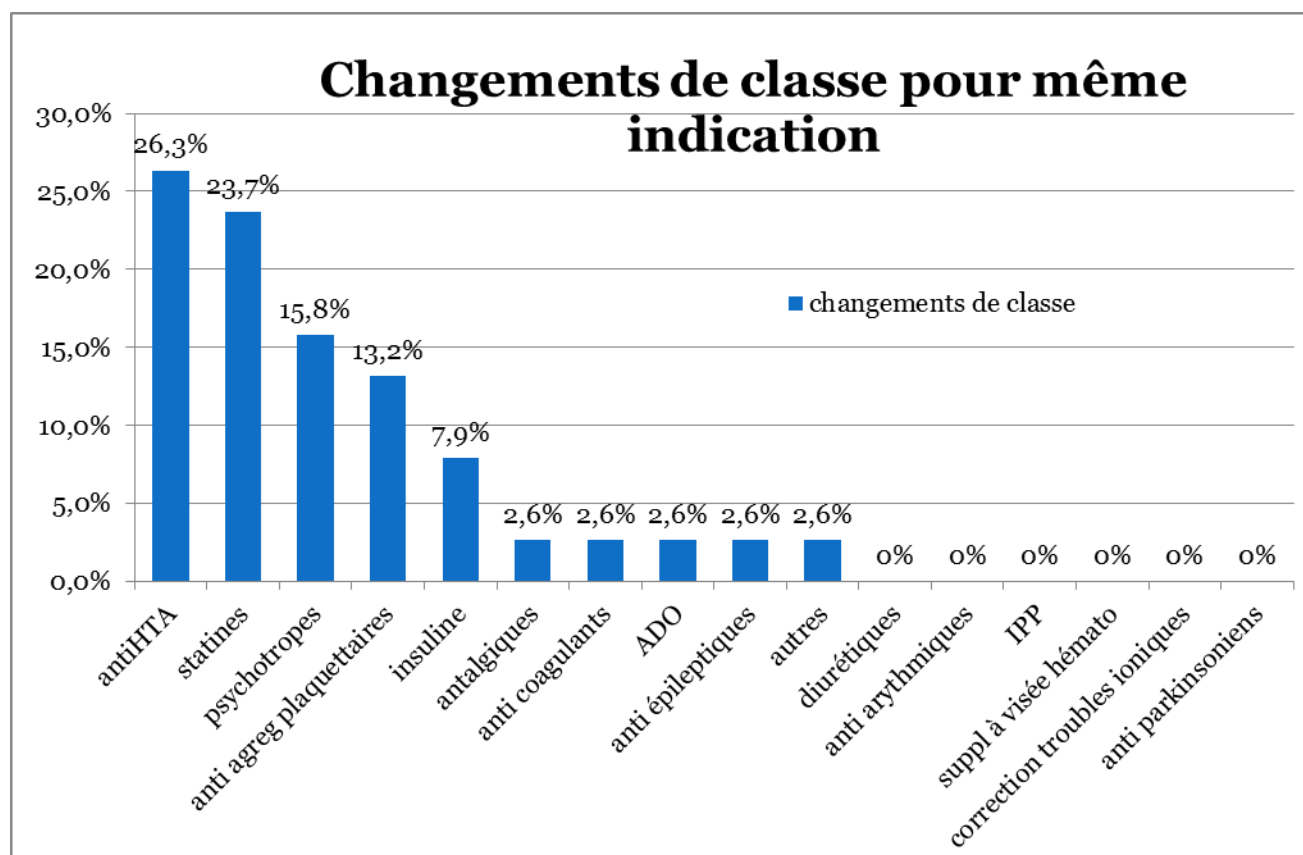
La classe thérapeutique encore une fois la plus modifiée est celle des antihypertenseurs avec 10 changements de classe pour une même indication (26,3%). Puis vient celle des hypolipémifiants (23,7%), puis les psychotropes (15,8%). Suivent par ordre décroissant les antiagrégants plaquettaires (13,2%), l'insuline (7,9%), les antalgiques, les anticoagulants, les ADO, les antiépileptiques et les médicaments « autres » (2,6%).

Aucune modification n'a été effectuée pour les diurétiques, les anti arythmiques, les anti parkinsoniens, les médicaments de supplémentation à visée hématologiques ni à visée de correction de troubles ioniques.

Tableau 9 : Changements de classe thérapeutique pour une même indication

Changements de classe	38	%
antiHTA	10	26,3%
statines	9	23,7%
psychotropes	6	15,8%
anti agreg plaquettaires	5	13,2%
insuline	3	7,9%
antalgiques	1	2,6%
anti coagulants	1	2,6%
ADO	1	2,6%
anti épileptiques	1	2,6%
autres	1	2,6%
diurétiques	0	0,0%
anti arythmiques	0	0,0%
IPP	0	0,0%
suppl à visée hémato	0	0,0%
correction troubles ioniques	0	0,0%
anti parkinsoniens	0	0,0%

Figure 12 : Changements de classe thérapeutique pour une même indication



Chapitre 5 : [Détail des modifications thérapeutiques faites par les médecins généralistes]

Sur les 23 modifications faites en ville, 8 concernent les psychotropes (34,8%), 5 la classe «autres» (21,7%), 4 les antihypertenseurs (17,4%), 3 les médicaments à visée de supplémentation hématologique (13%), 2 les antalgiques (8,7%), 1 les diurétiques (4,3%).

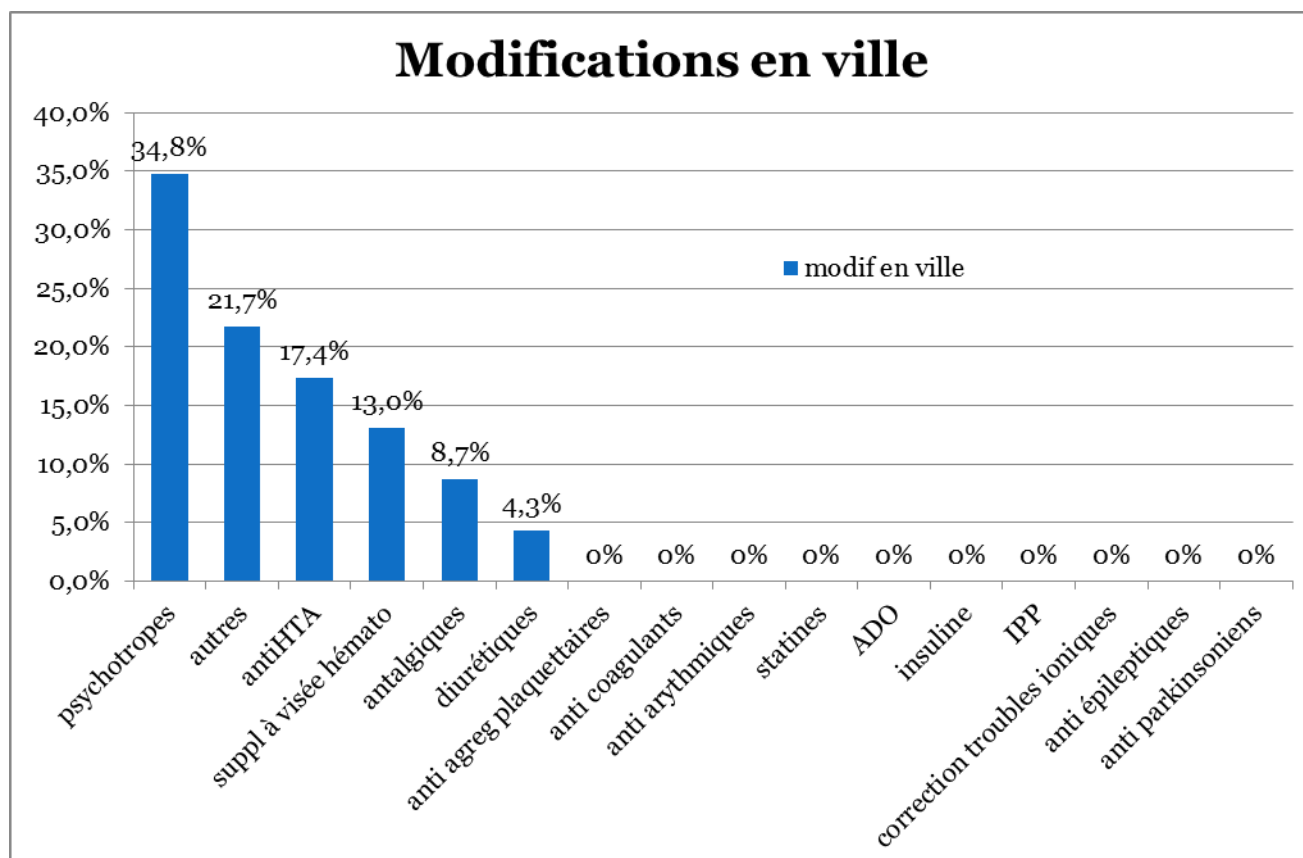
Aucune modification n'a été réalisée pour les autres classes thérapeutiques (antiagrégants plaquettaires, anticoagulants, anti arythmiques, statines, ADO, insuline, IPP, médicaments à visée de correction de troubles ioniques, antiépileptiques et antiparkinsoniens)

Parmi ces 23 modifications, 14 concernaient des adaptations thérapeutiques faites en milieu hospitalier.

Tableau 10 : Modifications ambulatoires

Modifications en ville	nombres	%
psychotropes	8	34,8%
autres	5	21,7%
antihypertenseurs	4	17,4%
suppl. à visée hémato	3	13,0%
antalgiques	2	8,7%
diurétiques	1	4,3%
anti agreg. plaquettaires	0	0,0%
anti coagulants	0	0,0%
anti arythmiques	0	0,0%
statines	0	0,0%
ADO	0	0,0%
insuline	0	0,0%
IPP	0	0,0%
correction troubles ioniques	0	0,0%
anti épileptiques	0	0,0%
anti parkinsoniens	0	0,0%

Figure 13 : Modifications ambulatoires



Chapitre 1 : [Résultats]

1.1 Intérêt du paragraphe

Le résultat majeur de cette étude est l'intérêt porté par les médecins généralistes à la justification des modifications thérapeutiques puisque 81% d'entre eux y sont favorables.

Plusieurs raisons ont été mentionnées par les médecins généralistes qui apportent des arguments qualitatifs complémentaires, à l'introduction de ce paragraphe dans les comptes rendus d'hospitalisation :

- Il permet de limiter les erreurs d'interprétation, et ce, particulièrement pour les arrêts de traitement, afin d'éviter que ceux-ci ne soient interprétés comme des oublis
- Un paragraphe distinct attire l'œil, participant à limiter les erreurs de prescription
- Il apporte un gain de temps important en cabinet car il évite de devoir rappeler les services hospitaliers pour confirmation d'arrêts ou argumentation des modifications faites
- Il permet aux médecins généralistes d'apprendre, de se former et de se tenir à jour
- Il permet d'anticiper et éventuellement d'adapter les traitements pour d'autres malades
- Il permet d'expliquer aux patients les modifications effectuées et donc d'en favoriser l'observance
- Un intérêt particulier est rapporté pour les visites à domicile avec la justification qu'il est plus facile de retenir les modifications seules plutôt que le traitement complet.

A contrario, l'argument principal invoqué par les non partisans du paragraphe « modifications thérapeutiques » est celui du manque de temps pour lire des CRH souvent trop longs. Ils disent ne lire généralement que la conclusion et le traitement de sortie.

Par ailleurs j'ajouterai qu'en tant qu'ancienne interne, chargée d'écrire les comptes rendus d'hospitalisation, la rédaction de ce paragraphe permet de faire un historique rapide de l'hospitalisation sur le plan thérapeutique, de mieux comprendre ce qui a été entrepris, il

oblige à comparer traitement d'entrée et traitement de sortie, et aboutit sans doute à moins d'erreurs dans les ordonnances de sortie.

Ces résultats sont intéressants dans le sens où il s'agit de la première étude qui évalue l'intérêt de justifier les modifications dans un paragraphe distinct et non dans le paragraphe «évolution dans le service», souvent très détaillé, et qui analyse son importance à la fois d'un point de vue personnel pour le médecin généraliste et d'un point de vue plus objectif sur la continuité des soins (influence sur le maintien des modifications en ville). En effet la première partie de l'entretien téléphonique visait à évaluer l'intérêt de ce paragraphe pour le médecin généraliste dans sa pratique quotidienne et la deuxième partie avait pour objectif d'étudier sa répercussion sur les modifications faites en ville.

Un travail de thèse réalisé en 2012 à l'hôpital Lariboisière (13) retrouvait que les modifications thérapeutiques explicitées dans les comptes rendus d'hospitalisation avaient un taux de maintien significativement plus élevé que celles non explicitées (100% versus 79% ; $p < 0,0001$). Il s'agissait d'une étude incluant 84 patients, sortant d'un service de médecine interne. Sur les 260 modifications de traitements enregistrées, seules 70 (26,9%) étaient mentionnées dans les comptes rendus d'hospitalisation, toujours au chapitre « évolution dans le service », et toutes ont été maintenues à 2 mois de la sortie d'hospitalisation.

Ceci vient confirmer la pertinence des nouvelles recommandations de la HAS (14), qui recommande de justifier toutes les modifications de traitements qui constituent une différence entre traitements de sortie et traitements d'entrée. La HAS précise la nécessité d'une « justification de l'arrêt, de la suspension temporaire, de la modification d'un traitement ou de la mise en place d'un nouveau traitement au cours de l'hospitalisation » et indique que « la justification d'une non prescription d'un traitement classiquement recommandé (applicable pour insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde) est recommandée afin d'éviter que cela puisse être considéré comme un oubli par le(s) médecin(s) qui prendra(ont) le patient en charge à la sortie de l'hospitalisation ». Ces éléments appartiennent aux rubriques obligatoires du document de sortie d'hospitalisation (Annexe 1).

1.2 Principaux résultats

1.2.1 Taux de modifications

Le premier résultat que l'on note est le nombre important de modifications thérapeutiques (398 modifications, soit 3,7 modifications /patient) effectuées en intra-hospitalier.

On retrouve ces mêmes résultats dans la littérature (5, 4, 13, 15) avec un nombre parfois encore plus important comme c'est le cas dans l'étude française (13) avec 1168 modifications pour 206 patients, soit 5,7 modifications/patient.

Ce qui interpelle ensuite est le fait que ces nombreux changements n'influent pas de manière significative sur le nombre moyen de médicaments entre l'ordonnance d'entrée et celle de sortie (5,9 versus 5,6 ; $p=0,03$).

En effet, on a tendance à penser que les services de gériatrie effectuent un « écrémage » des ordonnances. C'est effectivement ce que montrait une étude française (16) qui concluait à une réduction significative du nombre de médicaments entre l'entrée et la sortie d'hospitalisation (5,2+/- 0,11 to 4,5+/-0,07). Les résultats de notre étude ne sont pas aussi francs car bien qu'il existe une faible diminution du nombre de traitements prescrits, ce chiffre n'est pas significatif. On retrouve d'ailleurs des résultats plus proches de ceux de notre étude dans l'analyse (3) qui conclut à un nombre total de prescriptions à la sortie sensiblement plus important qu'à l'entrée, avec des moyennes qui ne sont statistiquement pas différentes ($p<0,0001$), soit un nombre de médicaments quasi identique à l'entrée et à la sortie d'hospitalisation. L'hospitalisation n'entraînerait donc pas forcément une diminution du nombre de médicaments mais permettrait une meilleure équilibration des traitements.

Dans notre étude, 6 patients (5,6%) n'ont eu aucune modification de leur traitement, résultats comparables avec l'étude allemande de Himmel et al. (4) qui avait un pourcentage de 4,3% de patients sans aucune modification intra hospitalière. La thèse de 2012 (13) retrouvait quant à elle un taux de 14,3% de patients chez qui aucune modification thérapeutique n'avait été effectuée au cours de l'hospitalisation. La population de cette étude était plus jeune que la nôtre avec une moyenne d'âge à 70,6 ans mais paradoxalement le nombre de médicaments à l'entrée était également plus élevé avec une moyenne de 6,2 médicaments par ordonnance.

1.2.2 Taux de maintien des modifications en ambulatoire

Notre étude conclut à un très fort taux de maintien des modifications intra-hospitalières en ambulatoire (96,5%) à 6 semaines de la sortie.

Cependant ces 96,5% de maintien des modifications sont à corrélérer à un autre résultat, celui également élevé du nombre de patients qui n'avaient pas revu leur médecin généraliste à 6 semaines de la sortie et pour qui il a donc été impossible de savoir si le renouvellement de l'ordonnance par le médecin traitant s'était fait avec ou sans modifications par rapport au traitement de sortie d'hospitalisation. Il s'agit d'une donnée importante car près de 30% des patients (29) n'avaient pas revu leur médecin traitant au moment de notre appel.

Au-delà de la question du taux de maintien des modifications, il est tout même intéressant d'analyser pourquoi y a-t-il un nombre si élevé de patients qui n'avaient pas consulté leur médecin traitant alors que leur ordonnance arrivait à échéance (pour rappel le traitement de sortie était prescrit pour 1 mois). Plusieurs réponses peuvent être envisagées :

- Un changement de médecin traitant. Pour une raison géographique (changement de domicile afin de permettre un rapprochement avec l'entourage) ou, cas fréquent, le patient a perdu en autonomie, ne peut plus se déplacer et son médecin ne fait pas de visites à domicile
- Le décès du patient
- La ré hospitalisation
- Le placement en EHPAD

Ce chiffre reste néanmoins important et n'est pas retrouvé dans d'autres études.

La question qui se pose et qui présente le plus d'intérêt est celle de l'influence du paragraphe « modifications thérapeutiques » et des justifications de changements de traitements sur le maintien des modifications. Malheureusement la méthodologie choisie ici ne permet pas de répondre formellement à cette question mais uniquement de suggérer qu'il existe bien un lien positif entre ces 2 données.

C'est ce que semble également montrer d'autres études. La thèse publiée en 2012 (13) affirme qu'il existe un rapport entre taux de maintien des modifications thérapeutiques et

justifications de ces modifications dans les comptes rendus d'hospitalisation avec un résultat significatif (100% versus 79%, $p < 0,0001$). Si l'on compare avec d'autres études, comme celle de Himmel W et al. (15), par exemple, on retrouve un taux de maintien des modifications beaucoup moins élevé à 66,1%. Or dans son analyse, seuls 3,8% des modifications étaient détaillées dans les documents de sortie, suggérant là encore une relation causale entre les modifications explicitées dans les comptes rendus d'hospitalisation et le respect de ces modifications en ambulatoire.

1.2.3 Principales classes modifiées

Les 5 classes thérapeutiques les plus modifiées sont les antihypertenseurs, les psychotropes, les médicaments « autres », les antalgiques et les diurétiques.

- Les antihypertenseurs sont en première position, avec environ 1 modification sur 5. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce phénomène :

- Le contrôle pluriquotidien de la tension artérielle en milieu hospitalier permet une analyse plus précise des tensions artérielles et peut révéler des variations importantes de tensions au cours du nyctémère et amener à modifier le traitement en cas de risque d'hypotension artérielle ou au contraire de tensions trop élevées.

- Possibles mesures altérées de la tension artérielle à l'hôpital en raison du changement de rythme de vie et de l'environnement du patient (repas, sommeil, stress lié à l'hospitalisation, pathologie justifiant l'hospitalisation), phénomène particulièrement sensible chez les personnes âgées.

- Il existe un très large choix de molécules parmi les 5 classes d'antihypertenseurs recommandés en première intention par l'HAS, ainsi que de nombreuses options d'associations de molécules. Les préférences personnelles de certains médecins, l'indisponibilité de certaines spécialités dans les pharmacies hospitalières peuvent également être des explications.

On constate là encore un très fort taux de maintien en ambulatoire puisque 97,2% (70 sur 72) de ces modifications sont maintenues à 6 semaines de la sortie.

Si l'on regarde plus en détails, on constate qu'il y a eu relativement peu d'ajouts d'antihypertenseurs (7,5%) par rapport aux autres types de modifications thérapeutiques (autour de 25%). Ceci s'explique premièrement par le faible taux de découverte

d'hypertension artérielle pendant l'hospitalisation, justifiant l'introduction d'un nouveau traitement ; et deuxièmement par le fait que lorsqu'une équilibration du traitement est nécessaire, celle-ci se fait plus volontairement en modifiant la posologie d'un traitement déjà pris et bien toléré ou en changeant complètement de classe thérapeutique, c'est-à-dire en remplaçant le traitement pris par un autre, limitant ainsi le nombre de traitements sur l'ordonnance, facteur de meilleure observance. En effet il est bien établi que la poly médication diminue l'observance thérapeutique. (17,18)

- En deuxième position, juste derrière les antihypertenseurs on retrouve les psychotropes. Classe thérapeutique large car elle concerne aussi bien les hypnotiques que les anxiolytiques de type benzodiazépine, les antidépresseurs et les neuroleptiques. Les neuroleptiques sont en réalité quasiment non prescrits dans la population de notre étude car il existe un service de psycho-gériatrie au sein de l'hôpital où a été réalisée l'inclusion des patients. Par conséquent la grande majorité des patients présentant des antécédents psychiatriques lourds ou hospitalisés pour des motifs psychiatriques sont prioritairement adressés en psycho-gériatrie et non en gériatrie aigue. Les antidépresseurs, pour les mêmes raisons sont relativement peu représentés. Les 2 spécialités majoritaires sont donc les benzodiazépines et les hypnotiques apparentés. Cette classe thérapeutique est en première position pour les ajouts de traitements. Ceci s'explique aisément par l'hospitalisation-même qui représente pour les patients et a fortiori les sujets âgés un changement de cadre, facteur de stress, d'anxiété, de troubles du comportement et de difficultés d'endormissement.

Il s'agit également de la classe thérapeutique où le taux de maintien des modifications, bien que toujours très élevé, est le plus faible (89,7%). En effet un retour à domicile permet souvent la disparition des symptômes décrits plus haut et donc l'absence de nécessité de maintenir ces traitements, source de iatrogénie connue, particulièrement chez le sujet âgé (19, 20, 21).

- En troisième position se trouve la classe « autres ». Cette classe semble très représentée mais elle inclut en réalité un grand nombre de médicaments différents. La grande majorité d'entre eux ne sont retrouvés qu'une seule fois. On peut citer par exemple le baclofène, l'ebixa, l'hexaquine, le corvasal, l'idéos, la scopolamine, le firmagon, le colchimax...

Certaines classes thérapeutiques sont retrouvées à plusieurs reprises sans jamais, cependant, dépasser 5 modifications (soit <1% des modifications). Il s'agit des dérivés nitrés à visée anti-angineuse (5 retraits car ils augmentent le risque de chute), des alpha bloquants, de la vitamine C, des corticoides, du levothyrox, des antiémétiques, du ditropan prescrit dans l'incontinence urinaire, de l'allopurinol, de la ventoline, du singulair, du gutron, et du tanganil.

Parmi les modifications « autres » faites en intra hospitaliers, 3 n'ont pas été maintenues. Il s'agit de de la colchicine réintroduite devant la récurrence des symptômes, du ditropan et de la trinitrine réintroduits également, devant un désaccord du médecin généraliste pour qui ses médicaments étaient indiqués aux vues des symptômes de son patient.

- Les antalgiques sont également parmi les classes thérapeutiques les plus modifiées avec une majorité d'ajouts (11,9%). Ce chiffre peut être directement corrélé aux motifs d'hospitalisation enregistrés. En effet 4,6% des patients étaient hospitalisés pour prise en charge de la douleur, mais surtout 23,1% entraient pour chute, dont la conséquence principale est la douleur (contusion, hématomes, plaies, fractures...).

Parmi ces modifications, une n'a pas été poursuivie devant une mauvaise tolérance.

- Enfin on retrouve les diurétiques avec essentiellement des modifications de posologie (21,1%). Les motifs d'hospitalisation enregistrés peuvent à nouveau justifier ce chiffre puisque la décompensation cardiaque est le cinquième motif d'hospitalisation par ordre de fréquence (10,2%). Et les chutes ou les infections, deux autres principaux motifs d'hospitalisation sont pourvoyeurs de décompensation cardiaque. Il s'agit, pour la plupart, de patients ayant des antécédents de décompensations cardiaques ultérieures pour lesquels ils étaient déjà sous diurétique et chez qui nous avons majoré ces traitements.

Chapitre 2 : [Limites de l'étude]

Cette étude présente plusieurs limites qui doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats et qui montrent la nécessité de réaliser des études complémentaires.

Il existe tout d'abord des biais liés au mode de recueil des données. Tous les médecins contactés ont accepté de répondre. Mais ils étaient régulièrement dérangés au cours de

consultations et n'ont souvent donné que des réponses rapides et succinctes afin d'abrégier au plus vite la conversation téléphonique. On ne dispose donc que de peu d'informations qualitatives sur les raisons données par les médecins généralistes concernant l'intérêt que présente ce paragraphe et pas suffisamment pour pouvoir les chiffrer. Cependant avec les quelques éléments dont nous disposons, et le nombre important de praticiens favorables à son introduction, ce paragraphe, mentionnant et justifiant les modifications thérapeutiques semble vraisemblablement pouvoir apporter une amélioration dans la coordination des soins.

Par ailleurs une autre limite à l'interprétation des résultats est celle des visites à domicile. En effet, pour les patients ne pouvant se déplacer et pour qui les médecins se rendent à domicile, les ordonnances sont généralement rédigées manuellement et ne sont donc pas enregistrées informatiquement. Seules des informations concernant d'éventuelles modifications avaient été rentrées dans le logiciel. Pour ces patients, les médecins généralistes n'ont donc pas pu lire l'ordonnance renouvelée. Cette situation de visites à domicile étant faiblement retrouvée (12 patients sur 98), nous avons pris le parti de faire confiance aux praticiens plutôt que de sortir ces patients de l'étude.

Il s'agit d'une étude mono centrique, incluant des médecins généralistes d'un secteur précis regroupant essentiellement 3 arrondissements parisiens et incluant une population exclusivement gériatrique. Cette population, de plus en plus représentée en médecine générale, a la particularité d'être très souvent poly-médiquée. Comme démontré dans de nombreuses études antérieures et confirmé dans nos résultats, une hospitalisation est source de nombreuses modifications thérapeutiques, d'où l'intérêt d'autant plus important pour ces populations à expliciter les changements effectués, ce qu'indiquent les réponses des médecins généralistes. Si d'autres études venaient confirmer nos résultats, pourquoi ne pas extrapoler à d'autres populations et d'autres services hospitaliers pour ainsi tendre vers une généralisation de ce paragraphe dans les comptes rendus d'hospitalisation.

Une autre limite est celle du délai de réception des CRH. Dans notre étude seuls 2 médecins n'avaient pas reçu les comptes rendus d'hospitalisation à 5 semaines de la sortie. Ce chiffre est bien plus élevé dans la majorité des études retrouvées dans la littérature (7, 22, 23). Bien que n'ayant pas pu constater l'ajout du paragraphe « modifications thérapeutiques », ces 2 médecins ont pu donner leur avis quant à son intérêt. A ce propos, un des problèmes soulevés

par les médecins généralistes interrogés est celui de l'inadéquation entre délai de réception des CRH et première visite des patients après la sortie d'hospitalisation. En effet de nombreux patients n'attendent pas que leur ordonnance arrive à échéance pour consulter leur médecin traitant mais prennent rendez-vous dans les jours qui suivent voire le lendemain de leur sortie. Ils n'ont en général comme seul document, s'ils l'ont apporté avec eux, leur ordonnance de sortie. Une étude de 2013 (24) montre d'ailleurs qu'un contact entre le patient et son médecin traitant dans les 24h suivant la sortie d'hospitalisation diminue les erreurs de traitement. On note ici une autre piste d'amélioration qui consisterait à remettre au patient, le jour de sa sortie, un document contenant les informations majeures de son hospitalisation, nécessaire à la continuité et à la sécurisation des soins, à transmettre aux professionnels de santé devant poursuivre sa prise en charge ambulatoire.

L'HAS en fait état dans ses dernières recommandations concernant le document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24h (14). Elle parle de « créer un seul « document de sortie » qui vaut « compte rendu d'hospitalisation » : il est remis le jour de la sortie, soit dans sa version complète, soit dans une version intermédiaire qui sera complétée dans un deuxième temps avec les résultats non disponibles le jour de la sortie ».

Le suivi de cette recommandation semble réalisable dans les services de soins de suite et de rééducation où les sorties peuvent être anticipées mais il paraît beaucoup plus compromis dans les services de MCO. Un lourd projet de mise en place d'un système d'information patient est actuellement en cours de déploiement à l'AP-HP depuis 2008. Le logiciel ORBIS de la société AGFA Healthcare (25), gère à la fois un dossier patient intégré multimédia et un outil de pilotage de la prise en charge médicale du patient. L'ensemble des informations acquises durant le séjour d'un patient est centralisé et peut être intégré dans tout type de document et notamment dans un document de sortie équivalent à un CRH. Une perspective d'amélioration en termes de qualité de l'information transmise et du délai de réception des CRH semble envisageable. Cependant, ce logiciel présente encore des dysfonctionnements et est loin d'être fonctionnel sur les 39 sites de l'AP-HP, comme l'a relevé le dernier audit mené par la Direction interministérielle des systèmes d'information et de communication de l'Etat réalisé entre mai et juillet 2015 (26).

Conclusion

Aux vues des conclusions de cette étude et en les comparant à d'autres travaux, la communication via le CRH semble être un facteur déterminant dans la cohérence, la coordination, et la sécurisation des soins à l'interface hôpital/ville.

Bien que la méthodologie choisie pour cette étude ainsi que les biais inhérents au recueil des données ne permettent pas de confirmer statistiquement l'influence du contenu des comptes rendus d'hospitalisation et plus particulièrement du paragraphe « modifications thérapeutiques » sur le maintien ambulatoire des modifications thérapeutiques, l'intérêt porté par les médecins généralistes sur ce paragraphe est majeur et le très fort taux de maintien laisse penser qu'il existe une réelle corrélation.

D'autres études semblent souhaitables pour démontrer avec plus de preuves l'intérêt du paragraphe étudié ici. Il pourrait être intéressant par exemple de comparer le maintien des modifications thérapeutiques à la sortie de 2 services distincts, l'un faisant des comptes rendus d'hospitalisation classiques et l'autre ayant introduit le paragraphe « modifications thérapeutiques ».

BIBLIOGRAPHIE

1. Sécurité sociale. La prise en charge hospitalière des personnes âgées. Juillet 2012 [en ligne] Disponible sur : http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/eclairage_maladie_prise_en_charge_hospitaliere_personnes_agees.pdf
2. Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Editio. [en ligne]. Disponible sur : <http://parcoursdesante-paerpa.com/editio/>
3. Farbos F. Optimisation thérapeutique dans un service de post-urgence gériatrique : suivi des recommandations hospitalières par le médecin généraliste [ressource électronique] sous la direction de Lebaudy C : Université de Bordeaux, 2014. Thèse : Pharmacie : Bordeaux : 2014. Disponible sur : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01107392>
4. Himmel W, Kochen MM, Sorns U, Hummers-Pradier E., Drug changes at the interface between primary primary and secondary care. *Int J Clin Pharmacol Ther* [en ligne]. 2004 Feb;42(2):103-9. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15180171>
5. Grimmsmann T, Schwabe U, Himmel W. The influence of hospitalisation on drug prescription in primary care, a large scale follow-up study. *Eur J Clin Pharmacol* [en ligne]. 2007 Aug;63(8):783-90. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17549465>
6. Yemm R, Bhattacharya D, Wright D, Poland F. What constitutes a high quality discharge summary? A comparison between the views of secondary and primary care doctors. *Int J Med Educ* [en ligne]. 2014 Jul 5;5:125-31. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4207187/>
7. Sunil Kripalani, MD, MSc; Frank LeFevre, MD; Christopher O. Phillips, MD, MPH; Mark V. Williams, MD; Preetha Basaviah, MD; David W. Baker, MD, MPH Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians Implications for Patient Safety and Continuity of Care. *JAMA* [en ligne]. 2007;297(8):831-841. Disponible sur : <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=205790>
8. Van Walraven C, Rokosh E. What is necessary for high-quality discharge summaries? *Am J Med Qual* [en ligne]. 1999 Jul-Aug;14(4):160-9. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10452133>

9. Paquette-Lamonge N, McLean WM, Besse L, Cusson J. Evaluation of a new integrated discharge prescription form. *Ann Pharmacother* [en ligne]. 2001 Jul-Aug;35(7-8). Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11485150>
10. Moore C, Wisnivesky J, Williams S, McGinn T. Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. *J Gen Intern Med* [en ligne]. 2003 Aug;18(8):646-51. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12911647>
11. Van Walraven C, Seth R, Austin PC, Laupacis A. Effect of discharge summary availability during post-discharge visits on hospital readmission. *J Gen Intern Med* [en ligne]. 2002 Mar;17(3):186-92. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11929504>
12. Mudge AM, Shakhovskoy R, Karrasch A. Quality of transitions in older medical patient with frequent readmissions : opportunities for improvement. *Eur J Intern Med* [en ligne]. 2013 Dec;24(8):779-83. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24055382>
13. Coutellier M. Impact d'une hospitalisation dans un service de médecine sur les traitements prescrits au long cours en médecine générale [ressource électronique] sous la direction de Bergmann JF : Université Paris Diderot, 2012. Thèse : médecine : Paris : 2012. Disponible sur : http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3710_Impact_d%5Cune_hospitalisation_en_medecine_sur_les_traitements_prescrits_au_long_cours_en_medecine_generale.pdf
14. HAS. Document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24h [en ligne]. 24/10/2014. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1777678/fr/document-de-sortie-d-hospitalisation-superieure-a-24h
15. Himmel W, Tabache M, Kochen MM. What happens to long term medication when general practice patients are referred to hospital. *Eur J Clin Pharmacol* [en ligne]. 1996;50(4):253-7. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8803514>
16. Lachamp M, Pauly V, Sambuc R, Thirion X, Potard I, Molines C, Retornaz F. Impact de la modification des prescriptions chez les sujets âgés en service de court séjour gériatrique en termes de coût. *Revue de médecine interne* [en ligne]. 33(2012) 482–490. Disponible sur : http://cgd13.fr/media/page_fichiers/M.Lachamp_2012_v2.pdf
17. Crespillo-García E , Rivas-Ruiz F , Contreras Fernández E , Castellano Muñoz P , Suárez Alemán G , Pérez-Trueba E, Knowledge, perceptions and attitudes involved in adherence to treatment elderly patients polymedicated from qualitative perspective. *Revista de*

- Calidad Asistencial : Organo de la Sociedad Espanola de Calidad Asistencial* [en ligne]. 2013, 28(1):56-62]. Disponible sur : <http://europepmc.org/abstract/MED/23237924>
18. Mansur N, Weiss A, Hoffman A, Gruenewald T, Beloosesky Y, Continuity and adherence to long term drug treatment by geriatric patients after hospital discharge : a prospective cohort study. *Drugs Aging* [en ligne]. 2008;25(10):861-70. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18808210>
 19. HAS. Améliorer la prescription de psychotropes chez le sujet âgé. 07/11/2007 [en ligne]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601523/en/ameliorer-la-prescription-des-psychotropes-chez-la-personne-agee
 20. ANSM. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. 08/01/2014 [en ligne]. Disponible sur : <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-en-2013-de-la-consommation-des-benzodiazepines-en-France-Point-d-Information>
 21. Legrain S, consommations médicamenteuses chez le sujet âgé : consommation, prescription, iatrogénie et observance. HAS [en ligne]. 2005. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf
 22. Penney TM, Delayed communication between hospitals and general practitioners: where does the problem lie, *BMJ* [en ligne], volume 297, July 1988. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1834181/pdf/bmj00293-0034b.pdf>
 23. Wilson S, Ruscoe W, Chapman M, Miller R. General practitioner-hospital communications : a review of discharge summary. *J Qual Clin Pract* [en ligne]. 2001 Dec;21(4):104-8. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11856404>
 24. Lindquist LA, Primary care physician communication at hospital discharge reduces medication discrepancies. *Journal of Hospital Medicine* [en ligne] 8(12):672-7 · December 2013. Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/259207696_Primary_Care_Physician_Communication_at_Hospital_Discharge_Reduces_Medication_Discrepancies
 25. AGFA Healthcare. Système d'information médicale de soins. 20/01/2016 [en ligne]. Disponible sur :

http://www.agfahealthcare.com/france/fr/main/solutions_np/systemes_info_sante/medical_soins/index.jsp

26. Ticsanté. Système d'information ORBIS de l'AP-HP : un audit relève des risques graves de défaillance et d'indisponibilité. 19/11/2015 [en ligne]. Disponible sur : http://www.ticsante.com/Systeme-d-information-Orbis-de-l-AP-HP-un-audit-releve-des-risques-graves-de-defaillance-et-d-indisponibilite-NS_2720.html

ANNEXE 1

HAS - Document de sortie d'hospitalisation>24h

Identification du patient : *(au minimum : Nom de naissance, Date de naissance, Sexe)*

Médecin traitant : *(Nom et coordonnées)*

Date d'entrée d'hospitalisation :

Date de sortie d'hospitalisation *(voire date de décès le cas échéant) :*

Hôpital et Service(s) d'hospitalisation :

Professionnel référent de la prise en charge du patient pendant hospitalisation : *(nom, fonction)*

Mode d'entrée : *(programmé/urgence/ transfert et qui a adressé le patient le cas échéant)*

Destination du patient à la sortie :

Coordonnées du rédacteur du document de sortie :

Date de rédaction :

Liste de diffusion du document de sortie :

Personne de confiance *(optionnel et si désignation valable au-delà de la durée d'hospitalisation)*

Statut de ce document

Document de sortie valant pour CRH : Oui ☐ Non ☐.

Si Non, ce document sera complété dans un deuxième temps et envoyé au médecin traitant dans les jours suivant la sortie.

(Rubriques Obligatoires)

1. Motif d'hospitalisation

2. Synthèse médicale du séjour

• Pathologies prises en charge et leur situation à la sortie

• Patient porteur/contact de BMR ou BHRé : Non ☐ Oui ☐ si oui préciser :

• Transfusion Non ☐ Oui ☐ si oui préciser :

3. Actes techniques, examens complémentaires et biologiques Résultats pertinents normaux et anormaux

- Actes techniques
- Examens complémentaires
- Examens biologiques

4. Traitements médicamenteux

Médicaments habituels avant l'admission <i>Nom (DCI OU de marque/générique) ; Dose ; Voie(s) d'administration ; Fréquence Il est recommandé de présenter les médicaments par domaine pathologique</i>	Médicaments à la sortie - « idem » si pas de changement ; - réécrire si modifications dans traitement ; - préciser « Arrêt » si arrêt	Commentaires - Date d'arrêt (ou durée) pour les médicaments pas au long cours (notamment chimio et antibio) - Justification de l'arrêt, de la suspension temporaire, de la modification d'un traitement ou de la mise en place d'un nouveau traitement au cours de l'hospitalisation - Cible à atteindre en termes de dose en cas de titration progressive ou de paramètre de suivi (par ex. INR) - Préciser « essai thérapeutique » le cas échéant
Domaine : - -		
Domaine : - -		
Domaine : - -		

Etc.

5. Suite à donner

Non ☐ Oui ☐ si oui préciser ci-dessous

Volet continuité des soins

○ RDV médicaux : Non ☐ Oui ☐ si oui les indiquer (en précisant si RDV pris ou à prendre par le patient)

○ Examens complémentaires à faire : Non ☐ Oui ☐ si oui les indiquer (en précisant si RDV pris ou à prendre par le patient)

○ Soins infirmiers : Non ☐ Oui ☐ si oui les indiquer

○ Soins de rééducation : Non ☐ Oui ☐ si oui les indiquer

○ Examens dont les résultats sont en attente : Non ☐ Oui ☐ si oui les indiquer

Volet médicosocial

○ Actions déjà mises en place (par l'hôpital avant la sortie) : Non ☐ Oui ☐ si oui les indiquer

○ Actions préconisées (dont la mise en place est à organiser) : Non ☐ Oui ☐ *si oui les indiquer*

○ Demande d'ALD : Non applicable ☐ Faite ☐ A demander ☐ s

○ Points de vigilance : Non ☐ Oui ☐ *si oui les indiquer*

- **Conseils, recommandations** (par ex si chimiothérapie ou si patient inclus dans essai thérapeutique : préciser les événements indésirables possibles et la conduite à tenir), **surveillance particulière** (applicable pour : AVK, diurétiques, chimiothérapie)

(Rubriques laissées au choix des équipes)

Antécédents

Événements indésirables (dont allergies) Obligatoire si survient au cours de l'hospitalisation

- Type de réaction adverse ou d'allergie :
- Type de manifestation :
- Sévérité de la réaction : Haute ☐, Modérée ☐, Basse ☐.
- Statut : Actif ☐, Inactif ☐, Chronique ☐, Intermittent ☐, Récurrent ☐, Résolu ☐.
- Agent responsable :
- Commentaires :

Mode de vie (*Tabac, alcool, activité physique, régime alimentaire*)

Histoire de la maladie

Examen Clinique et statut fonctionnel

Evolution dans le service.

Actes techniques, examens complémentaires et biologiques (non mis dans 3)

Liste des éléments remis au patient

Titre : Paragraphe sur les modifications thérapeutiques dans les comptes rendu d'hospitalisation : intérêt dans la pratique quotidienne en médecine de ville

Résumé : Le transfert ville-hôpital-ville donne lieu à de nombreuses modifications thérapeutiques, sources d'erreurs médicales. Le compte-rendu d'hospitalisation est le principal mode de communication entre les médecins hospitaliers et les médecins généralistes, d'où l'importance de son contenu. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'intérêt pour les MG de justifier les modifications thérapeutiques dans un paragraphe distinct et d'en analyser l'impact sur le maintien des modifications en ambulatoire. Il s'agit d'une étude descriptive prospective incluant 108 patients hospitalisés en gériatrie aigüe dans un hôpital parisien. Les médecins généralistes étaient contactés 6 semaines après la sortie. 80,7% d'entre eux ont confirmé l'intérêt du paragraphe étudié. Sur les 398 modifications enregistrées en intra hospitalier, 384 ont été maintenues en ville (96,5%). Notre étude montre qu'un paragraphe justifiant les modifications thérapeutiques dans les comptes rendus d'hospitalisation est un élément essentiel pour les médecins généralistes, et qu'il permettrait probablement une meilleure continuité thérapeutique à l'interface entre l'hôpital et la médecine ambulatoire.

Mots clés : document de sortie, modifications thérapeutiques, continuité des soins, médecin généraliste, gériatrie

Title : Analysis on therapeutic changes in discharge letters : interest in daily practice in primary care

Abstract : Hospitalization results on numerous therapeutic changes, source of medical errors. The hospitalization discharge report is the primary documentation used between hospital doctors and general practitioners, hence the importance of its content. The objective of this study was to evaluate the importance for general practitioners to justify therapeutic changes in a distinct paragraph of the discharge letter and to analyse its impact on primary care modifications. This is a case study including 108 patients hospitalized in the Geriatrics Department of a Parisian hospital. GPs were contacted six weeks after the discharge of their patient. 80.7% of them confirmed the interest of paragraph studied. Of the 398 prescription modifications made in-hospital, 384 were maintained by the GPs (96.5%). The study shows that justifying the therapeutic changes in discharge letters is essential for GPs, and probably allows better therapeutic continuity at the interface between hospital and primary care.

Keywords : Discharge letter, therapeutic changes, continuity of care, general practitioner, geriatrics

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06