



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Elaboration d'un document de synthèse des modifications
thérapeutiques du sujet âgé en sortie d'hospitalisation.
Un consensus sur le contenu entre gériatres hospitaliers et médecins
généralistes.**

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 22 septembre 2016 à 18 heures
Au Pôle Recherche
Par Matthieu Campagne

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François Puisieux

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Bertrand Decaudin

Monsieur le Docteur Marc Bayen

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Fabien Visade

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

BMO : bilan médicamenteux optimisé

CM : conciliation médicamenteuse

GH : gériatres hospitaliers

HAS : Haute Autorité de santé

MG : médecins généralistes

OMS : Organisation mondiale de la santé

RT : révision des thérapeutiques

SFPC : Société française de pharmacie clinique

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
I. Généralités	2
A. Contexte international	2
B. La conciliation médicamenteuse	3
C. Implication française.....	4
II. Le patient âgé.....	5
A. La conciliation médicamenteuse et le patient âgé.....	5
B. La révision des thérapeutiques et le patient âgé	6
C. La sortie d'hospitalisation : une situation à risque pour le patient âgé.....	6
III. Objectif de l'étude	7
Matériels et méthodes.....	9
I. Méthode.....	9
A. Définir la question posée	9
B. Choix de la méthode	9
II. Matériels	10
A. Les pré-soirées.....	10
B. La première soirée	11
C. L'entre-deux soirée.....	11
D. La deuxième soirée	12
Résultats	13
I. Résultats.....	13
A. L'énumération des idées	13
B. La reformulation des idées	16
C. Le vote et le classement des idées	18
II. Analyse des résultats.....	19
A. Idée prioritaire	20
B. Idées très importantes.....	21
C. Idées importantes.....	21
D. Idées secondaires	21
E. Idées accessoires.....	21
Discussion	22
I. Justification de la méthode	22
A. La méthode du groupe nominal.....	23
B. Avantages	23
C. Inconvénients	24
II. Apports de l'étude	25
A. Pour la communication entre professionnels de santé	25
B. Pour les patients.....	26
C. Pour les médecins généralistes.....	27
D. Pour les gériatres	27
E. Par rapport à la littérature.....	28
III. Limites de l'étude	30

A.	Limites méthodologiques.....	30
B.	Faible taux de participation	30
C.	Non représentativité de la population générale	30
IV.	Perspectives	30
A.	A l'échelle locale.....	30
B.	A l'échelle nationale.....	32
	Conclusion.....	33
	Références bibliographiques	34
	Annexes	38
	Annexe 1 : Feuille de génération des idées	38
	Annexe 2 : Feuille de vote.....	39

RESUME

Contexte : L'ordonnance du patient âgé doit bénéficier d'une attention particulière. Lors d'une hospitalisation, le traitement médicamenteux d'un patient âgé est souvent modifié. La sortie d'hospitalisation est particulièrement à risque d'erreurs médicamenteuses, liées notamment à une transmission insuffisante des changements de l'ordonnance entre les professionnels de santé. L'objectif de cette étude était d'établir un consensus sur les données à transmettre de l'hôpital vers la ville concernant les changements thérapeutiques au décours de l'hospitalisation du patient âgé.

Méthode : Une étude qualitative a été réalisée auprès de médecins généralistes et gériatres hospitaliers. La méthode de consensus dite par groupe nominal a été utilisée, nécessitant plusieurs étapes : génération et énumération des idées, discussion collective des items puis consensus par vote et classement de chaque item.

Résultats : Deux réunions regroupant médecins généralistes et gériatres ont permis d'obtenir un consensus concernant l'information attendue au décours d'une hospitalisation chez un patient âgé, sur les dix items suivants : 1. Traitements arrêtés, reconduits, introduits, modifiés. 2. Motif d'hospitalisation, éléments principaux de l'hospitalisation, diagnostic de sortie. 3. Traitement déclaré par le patient à son domicile. 4. Justificatif de l'introduction ou de l'arrêt des traitements. 5. Personne administrant le traitement. 6. Réévaluation des traitements. 7. Dernières valeurs biologiques d'intérêt. 8. Surveillance biologique ou clinique à instaurer. 9. Ordonnance remise au patient ou non. 10. Numéro dédié.

Conclusion : Cette étude propose un consensus des médecins généralistes et gériatres sur le document de synthèse des modifications thérapeutiques du sujet âgé, afin de préparer au mieux la sortie d'hospitalisation.

INTRODUCTION

I. Généralités

La sécurité des patients hospitalisés est un enjeu de santé publique. En France, 6 à 10% des admissions hospitalières journalières seraient dues à la iatrogénie médicamenteuse, intéressant plus d'un million de patients par an (1). Le ministère des affaires sociales et de la santé démontre même que les médicaments sont à l'origine de 40% des événements indésirables graves évitables en 2009, et expliquent 1,3% des hospitalisations par an, représentant 100 000 à 120 000 personnes (2).

De plus la proportion de patients présentant au moins une erreur médicamenteuse lors de son hospitalisation varie de 3,7 à 97% à l'admission et de 25 à 80% à sa sortie (3).

A partir de ce constat, plusieurs actions ont été menées afin de maîtriser le risque iatrogène. Ainsi nous présentons, dans un premier temps, ces actions d'un point de vue général, puis dans un second temps, centrées sur le sujet âgé, pour conclure cette première partie sur la présentation de notre étude.

A. Contexte international

Une des premières initiatives internationales était proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en 2007, en créant le projet High Five (4,5). L'objectif était de prévenir les accidents évitables à l'hôpital via des solutions standardisées autour de cinq problèmes, fréquents et graves, en matière de sécurité pour le patient. L'initiative High Five a ainsi permis de définir cinq « solutions de sécurité prioritaires », déployées dans cinq pays, sur une période de cinq ans. En ce sens, la sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins, ou réconciliation médicamenteuse, est un des cinq problèmes retenus. Il s'agit d'un processus formalisé, structuré, pluri-professionnel, et interactif. Les professionnels de santé, le patient et sa famille collaborent pour assurer la transmission d'une information exacte et complète sur les traitements médicamenteux du patient aux points de transition des soins : admission, transfert et

sortie d'hospitalisation. Ainsi, la conciliation médicamenteuse, en intégrant les traitements médicamenteux en cours du patient à une nouvelle prescription, contribue à la continuité des soins. Il relève d'une responsabilité partagée entre professionnels de santé et patients.

B. La conciliation médicamenteuse

De façon pratique, la conciliation médicamenteuse (CM) débute dans un premier temps par récupérer l'ensemble des traitements du patient lors de son hospitalisation, on parle alors de CM d'entrée. Pour cela, il est nécessaire de multiplier les sources d'information (patient, entourage, pharmacien, médecin traitant, dernière ordonnance, structure d'accueil, infirmière à domicile...) afin d'être exhaustif. Croiser trois sources d'informations tels que des entretiens avec le patient, pharmacien d'officine référent et médecin traitant permet d'obtenir une complétude de la liste de 94.1% (6).

Le recensement des traitements pris par le patient avant son hospitalisation, prescrits ou en automédication, permet d'aboutir à un Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO) (7).

Dans un second temps, les différences retrouvées entre ce BMO et la primo prescription hospitalière d'entrée, sont cotées en divergences par le pharmacien. Le médecin précise alors si elles sont intentionnelles ou non intentionnelles. Les divergences non intentionnelles sont équivalentes à des erreurs médicamenteuses, et pourront être corrigées.

L'équipe de pharmacie clinique est au cœur de ce travail de conciliation médicamenteuse. Ce sont les pharmaciens formés qui valident généralement les différentes étapes du processus, étant démontrés comme les plus efficace. En effet les pharmaciens documenteraient 3.6 divergences par patients après conciliation médicamenteuse contre 0.8 si celle-ci était réalisée par des médecins ($p < 0.001$) (8).

Ainsi, la CM aboutit à la rédaction d'une nouvelle prescription tenant compte et corrigeant les divergences retrouvées (9).

C. Implication française

Depuis plusieurs années la France peut s'appuyer sur différents outils dans son engagement d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, notamment par l'intermédiaire de ses sociétés savantes et de ses textes de lois.

Par exemple, la Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et Dispositifs médicaux associés, appelée REMED, est une méthode créée par la Société française de pharmacie clinique (SFPC) afin d'améliorer la qualité des soins et le risque iatrogène pour optimiser la prise en charge médicamenteuse des patients (10). Elle est spécifiquement ciblée sur les erreurs médicamenteuses, dans une démarche d'analyse pluri-professionnelle a posteriori. Elle permet de déterminer les causes et les conséquences de ces erreurs médicamenteuses, et de proposer des actions de prévention. Elle favorise ainsi l'amélioration des pratiques professionnelles liées aux soins, et la communication entre professionnels de santé.

Autre exemple, le Manuel de certification des établissements de santé, a été établi depuis 1999 et mis à jour en janvier 2014 par la Haute Autorité de santé (HAS) (11). Cette certification est inscrite à l'article L6113-3 du Code de Santé Publique et concerne tous les établissements de santé publiques et privés (12). Des critères fondamentaux pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ont été identifiés, et appelés Pratiques exigibles prioritaires.

Un d'entre eux concerne la prise en charge médicamenteuse, et notamment chez le sujet âgé. Il propose de mettre en œuvre des actions visant le bon usage des médicaments (notamment sur la pertinence des prescriptions), afin de diminuer la morbi-mortalité et la consommation de soins inappropriée liées à la poly-médication chez les personnes âgées.

Enfin, après que l'initiative High Five ait d'abord été testée au Canada, la France s'est jointe au projet en 2009, par l'intermédiaire de la HAS, associée à OMEDIT Aquitaine pour la réconciliation médicamenteuse (4). Il est à noter que ce projet ne concerne que des patients âgés de 65 ans et plus, l'OMS préférant cibler une population dite « à risque ».

II. Le patient âgé

Le patient âgé est particulièrement à risque.

C'est dans cette population qu'on relève la fréquence la plus élevée des polymédications et comorbidités, les rendant plus sensibles aux effets indésirables de certains traitements (13,14).

De plus, on a démontré que le nombre d'effets secondaires augmente proportionnellement avec la quantité de médicaments (2).

Enfin c'est dans les services de gériatrie que le taux d'effets indésirables d'origine médicamenteuse est le plus important (10.8%, IC95% 4.4 – 17.3%), comparé aux autres services de médecine (15).

Ainsi, les processus de lutte contre la iatrogénie se sont tournés, de façon logique, vers cette population.

A. La conciliation médicamenteuse et le patient âgé

La CM d'entrée serait particulièrement bénéfique au patient âgé. En effet, dans l'étude de Gleason et al., on a estimé à 50% le nombre de patients ayant au moins une erreur médicamenteuse chez les plus de 65 ans contre 33,8% chez les patients de 46 à 64 ans et 21,4% chez les patients de moins de 45ans, de manière significative (16).

De plus, cette étude a montré que les patients âgés (65 ans et plus) avaient un risque doublé d'avoir un effet indésirable iatrogène (OR = 2.17, IC95% 1.09-4.30).

C'est dans ce contexte que la HAS a émis des recommandations pour limiter le risque de ré-hospitalisation des personnes âgées. Parmi celles-ci on trouve l'optimisation des traitements et l'éducation du patient, avec l'utilisation du tableau PMSA (prescription médicamenteuse chez le sujet âgé), et la mise en œuvre de la CM (17).

En plus de ce processus, d'autres initiatives se sont mises en place, comme la révision des thérapeutiques en concertation pluridisciplinaire dans les services de gériatrie.

B. La révision des thérapeutiques et le patient âgé

Plusieurs outils ont été créés comme aide à la RT par les gériatres. On peut citer par exemple l'outil « START-STOPP » (Screening Tool of Alert doctors to the Right Treatment/Screening Tool of Older Person's potentially inappropriate Prescriptions) (18,19). Il permet d'évaluer les interactions médicamenteuses et les effets secondaires des médicaments, la prescription de thérapeutiques inappropriées ainsi que l'omission des thérapeutiques normalement appropriées.

D'autres outils existent. Par exemple la liste établie par Beers en 1991 et actualisée en 2003 de 48 médicaments inappropriés aux personnes âgées en institution ou à domicile (20). Enfin le Guide de Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Agées (PAPA) a lui été conçu par la Société Française de Gériatrie et de Gérontophilie et le Conseil National Professionnel de gériatrie, et regroupe 42 fiches de bonne prescription médicamenteuse adaptées aux personnes âgées de 75 ans et plus.

Nous avons pu voir que les points de transition du parcours de soins du patient âgé sont plus à risque d'erreurs médicamenteuses. La sortie d'hospitalisation n'y échappe pas et est au cœur de notre travail.

C. La sortie d'hospitalisation : une situation à risque pour le patient âgé

Plusieurs études ont démontré que le pourcentage de patient ayant au moins une erreur médicamenteuse retrouvée à la sortie d'hospitalisation était supérieur comparé à l'admission : 41% vs 38%(21), et 84,2% vs 33,7%. (21,22). Le nombre d'erreurs médicamenteuses sur l'ordonnance de sortie d'hospitalisation était corrélé à l'âge du patient dans cette dernière étude, ce qui n'est pas toujours retrouvé de manière significative dans la littérature (23).

Ainsi les sources d'erreurs médicamenteuses sont nombreuses, et certaines sont rencontrées de façon répétitive, avec en premier lieu l'omission d'une thérapeutique à 72%, suivi *ex aequo* par l'erreur de posologie et l'ajout de traitement (13%) (24). A la sortie d'hospitalisation, 34% des erreurs médicamenteuses retrouvées seraient à haut risque d'évènement indésirable pour le patient (par

exemple oubli de la Coumadine® sur l'ordonnance de sortie d'hospitalisation), et 64% à bas risque, tandis que 2% des erreurs médicamenteuses seraient directement à l'origine d'effets indésirables (24).

Même si toutes les erreurs médicamenteuses ne sont pas à l'origine d'effets secondaires, la plupart des événements indésirables potentiels d'origine médicamenteuse surviendraient à la sortie d'hospitalisation (75%) plutôt qu'à l'admission (25%) (25).

Dans un souci d'amélioration de la sécurité des patients lors de leur retour au domicile, des bases ont été posées concernant le document de sortie d'hospitalisation (26). Depuis octobre 2014, dans le cadre du Programme National de Sécurité du Patient, six éléments relatifs au séjour du patient doivent obligatoirement apparaître dans ce document : le motif d'hospitalisation, la synthèse médicale du séjour, les actes techniques, examens complémentaires ou biologiques, les traitements médicamenteux, la suite à donner et les événements indésirables survenus au cours du séjour. Les autres rubriques (antécédents, mode de vie, histoire de la maladie...) sont laissées au choix des équipes.

C'est dans ce contexte que notre travail s'intègre. Nous proposons, plus précisément, une étude sur le document de synthèse des modifications thérapeutiques du sujet âgé en sortie d'hospitalisation, afin d'améliorer la qualité et la continuité des soins entre la ville et l'hôpital.

III. Objectif de l'étude

Nous présentons une étude qualitative par méthode de consensus en groupe nominal composé d'experts étant médecins généralistes et gériatres.

L'objectif de l'étude est de déterminer les attentes de ces experts quant au document de synthèse des modifications thérapeutiques du sujet âgé en sortie d'hospitalisation. Ce projet entre dans un processus global d'optimisation de la prise en charge thérapeutique, par conciliation et révision médicamenteuse, proposée par le service de court séjour gériatrique et la pharmacie de l'hôpital Saint Philibert de

Lomme, en lien avec le Centre Hospitalier Régional et Universitaire (CHRU) de Lille et le département de médecine générale de l'université de Lille 2.

La question que nous nous sommes posée est : « Quelles sont les attentes des médecins généralistes et des gériatres quant au contenu de ce compte-rendu de réunion de concertation pluridisciplinaire médicamenteuse ? »

En découle la question posée aux experts, formulée ainsi :

« Sur le compte-rendu de réunion de concertation pluridisciplinaire médicamenteuse, qu'attendez-vous ? »

MATERIELS ET METHODES

I. Méthode

A. Définir la question posée

L'objectif était de définir le contenu du document de synthèse des modifications thérapeutiques du sujet âgé en sortie d'hospitalisation. Nous avons choisi une formulation simple et compréhensible pour que les experts puissent exprimer leurs idées clairement.

La question posée aux experts était formulée comme suit :

« Sur le compte-rendu de réunion de concertation pluridisciplinaire médicamenteuse, qu'attendez-vous ? »

Pour plus de clarté nous emploierons désormais le terme « document de synthèse des modifications thérapeutiques du sujet âgé en sortie d'hospitalisation », ou « document de synthèse ».

B. Choix de la méthode

Pour répondre à la question de recherche, le choix s'est porté sur une méthode de consensus dite en groupe nominal. Le consensus se définit comme un accord général, tacite ou exprimé de manière formelle, parmi les membres d'un groupe (27).

En effet il s'est avéré nécessaire de prendre l'avis des experts concernés par la question posée. Pour cela l'organisation de rencontres afin que chacun échange son point de vue était la solution la plus évidente. Elles permettent un dialogue direct entre les participants pour des échanges plus productifs.

Le but étant d'obtenir les idées de chacun, la méthode ne peut être que qualitative, car on interprète des idées, et on ne peut les quantifier. Nous justifierons le choix de la méthode du groupe nominal au début de la discussion.

II. Matériels

A. Les pré-soirées

Les chercheurs se sont rencontrés à plusieurs reprises afin d'organiser les rencontres.

Pour le groupe nominal composé de médecins généralistes et de gériatres nous avons défini le terme d'expert comme une personne ayant déjà été confrontée d'une manière ou d'une autre avec la CM (participation active, réception d'un courrier d'un patient ayant eu une conciliation médicamenteuse, etc.).

Nous avons rédigé en amont un courrier d'invitation (mis en annexe) expliquant l'objectif global du travail sans préciser la question de recherche. Il a été envoyé à la fois aux gériatres des hôpitaux du CHRU, de Saint-Philibert et de Saint-Vincent de Paul de Lille, du CHR d'Arras, et aux médecins généralistes. Le choix des médecins généralistes contactés s'est fait via les bases de données du Groupement des hôpitaux de l'institut catholique de Lille (GHICL), centré sur ceux ayant déjà eu une expérience quelle qu'elle soit avec la CM pour un de leurs patients. De même le choix des gériatres s'est fait sur ceux ayant déjà eu une expérience de CM dans leur service.

Les dates et le lieu des rencontres ont ensuite été établis en accord entre les chercheurs et l'animateur du groupe, les jeudis 7 et 14 janvier 2016 à 20h, à l'hôpital Saint-Vincent de Paul à Lille. Les médecins ont été recontactés par téléphone pour les en informer, et répondre aux éventuelles questions. Leur présence était confirmée s'ils pouvaient participer aux deux rencontres prévues. Beaucoup ont refusé devant l'impossibilité d'être présent aux deux rencontres : manque de temps, calendrier surchargé, réunions ou formations déjà prévues auparavant à ces dates.

Les médecins étaient recontactés la veille des rencontres dans le but d'augmenter le taux de participation.

B. La première soirée

Après l'accueil et la présentation de chaque participant, la rencontre a débuté par une présentation de l'objectif de l'étude par les chercheurs, et de sa méthode par l'animateur.

Ensuite l'animateur a distribué à tous les experts une feuille format A4 reprenant l'intitulé de la question posée. Les experts avaient comme consigne de noter chaque idée une à une sur cette feuille de manière personnelle, en silence, pendant 10 à 15 minutes. Aucune discussion n'était permise durant cette phase. Cette première étape est appelée la génération des idées. Un exemple de feuille d'idées générées par les experts est repris en annexe 1.

La deuxième étape a consisté en l'énumération des idées à tour de rôle. L'animateur a laissé la parole à chaque expert en faisant un tour de table, pour qu'ils puissent énumérer une seule idée à la fois par tour de table. De même, aucune discussion n'était permise durant cette phase. Autant de tours de table que nécessaire ont été réalisés jusqu'à épuisement des idées. Un secrétaire a été nommé qui a retranscrit l'ensemble des idées une à une dans un tableur type Excel projeté sur grand écran pour que chaque modification puisse être visible en direct par l'ensemble des participants.

La discussion qui s'en est suivie a défini la troisième étape. Les experts ont échangé entre eux leur point de vue, et chaque item a été rediscuté, réécrit, voire supprimé. Certains items similaires ont été fusionnés, d'autres ont été scindés. L'animateur a veillé à laisser la parole à chaque participant, et à éviter la monopolisation du discours par un éventuel leader. Lors de cette étape les chercheurs ont également eu la parole afin d'exprimer leur opinion ou d'explicitier un point mal compris par les experts.

C. L'entre-deux soirées

Les deux réunions ayant été convenues à l'avance, tous les participants à la première soirée étaient au courant de la date de la deuxième. Elle leur a été rappelée à la fin de la première soirée, et un courrier d'invitation de rappel a été

envoyé aux médecins hospitaliers. Les médecins généralistes ont été rappelés personnellement avant la deuxième réunion.

Dans cet intervalle, le listing des items a été remis au propre par le secrétaire mais aucune modification n'y a été apportée, car tout doit être validé par l'ensemble du groupe.

D. La deuxième soirée

Elle a débuté par une nouvelle discussion des items restants avant le vote. De nouveau certains ont été rediscutés, supprimés, fusionnés ou réécrits.

Le vote a constitué la quatrième étape. L'animateur a distribué à chaque expert un nombre de feuilles correspondant au nombre d'items à classer selon la volonté des chercheurs, ici dix. Chacun a dû classer par écrit de manière personnelle et anonyme les dix items qu'il a considérés comme les plus importants, en les notant d'un à dix, en précisant à chaque fois à quel item correspond chaque note. La note de 1 était la plus faible, la note de 10 la plus importante. Chaque note ne devait apparaître qu'une seule fois. Tous les items n'ont donc pas été classés par chaque expert. Aucune discussion n'a été possible durant cette phase. Aucune annotation n'a dû apparaître sur les feuilles pour conserver l'anonymat.

A l'issue du vote, toutes les feuilles ont été ramassées, mélangées puis dépouillées par l'animateur. Le dépouillement s'est fait à voix haute, et le secrétaire s'est chargé de retranscrire en regard de chaque item concerné la fréquence (le nombre de votes) et la puissance (la note) de chaque vote. Un exemple de feuille de vote est repris en annexe 2.

Les items ont été alors classés par rang de puissance, ou par rang de fréquence selon la volonté des chercheurs. Au vu de ces résultats, une nouvelle discussion a été possible afin de reformuler définitivement les items si nécessaire. Lors de cette discussion le consensus s'est avéré déjà établi et aucun item n'a été reformulé. De ce fait seul le premier vote a été suffisant et a constitué la hiérarchisation définitive.

RESULTATS

I. Résultats

Les médecins généralistes (MG) et gériatres hospitaliers (GH) se sont réunis les jeudis 7 et 14 janvier 2016, de 20h à 22h en moyenne, à l'hôpital Saint-Vincent de Paul de Lille.

Sur 7 MG contactés au départ ayant confirmé les deux dates, 4 sont effectivement venus à la première rencontre, et 3 à la deuxième, soit une représentativité de 57.1% et 42.9% respectivement.

Sur 7 GH contactés au départ ayant confirmé les deux dates, 6 sont effectivement venus à la première rencontre, et 5 à la deuxième, soit une représentativité de 85.7% et 71.4% respectivement.

Au total, 10 médecins étaient présents lors de la première réunion, et 8 lors de la deuxième.

A. L'énumération des idées

A la question : « Sur le document de conciliation des thérapeutiques médicamenteuses de sortie d'hospitalisation, qu'attendez-vous ? », 56 idées ont été proposées, reprises dans l'encadré 1 ci-dessous.

Encadré 1 : Liste des idées énumérées répondant à la question posée

1. Limiter le risque iatrogène
2. Connaître le traitement réellement pris par le patient
3. Motif d'hospitalisation
4. Ordonnance de sortie : traitement reconduit, traitement nouveau, traitement arrêté, traitement modifié
5. Meilleure qualité de prise en charge avec numéro dédié pour contact téléphonique éventuel
6. Traitement de sortie précis : dosage, posologie

7. Listing des thérapeutiques médicamenteuses ou autres (kinésithérapeutes, orthophonistes, biologie, infirmières, surveillance), disponible le jour de la sortie
8. Traitements interrompus, nouveaux traitements instaurés, modification des posologies et ou horaires de prises
9. Préciser si les traitements sont arrêtés volontairement ou non
10. Comparatifs médicaments à l'entrée et à la sortie avec posologie, forme et horaire de prise
11. Améliorer la communication médecins hospitaliers – médecins traitants
12. Durée des traitements préconisés : en séparant les traitements au long cours, ceux qui sont à réévaluer et quand, et ceux qui ont été stoppés
13. Motif du changement, pourquoi arrêt, pourquoi instauration
14. Éléments principaux de l'hospitalisation (insuffisance rénale, dénutrition, troubles cognitifs, ...)
15. Mettre le doigt sur les interactions médicamenteuses à prévoir
16. Changements thérapeutiques apportés et causes du changement par rapport au traitement initial, y compris l'arrêt
17. Adéquation entre projet thérapeutique et la faisabilité au moment du retour à domicile (médicaments délivrables en pharmacie de ville, sortie du patient à un horaire et à une date pratique pour la mise en place de l'ensemble des thérapeutiques)
18. Durée des traitements introduits et variations de posologie à prévoir
19. Pourquoi l'arrêt des traitements (arguments)
20. Justificatif des arrêts thérapeutiques
21. Réévaluation des traitements de fond
22. Autonomie du patient par rapport à sa prise médicamenteuse
23. Éléments spécifiques à réévaluer à distance de la sortie
24. Éléments de surveillance, suivi : prochaine biologie, prochaine consultation, mise en place d'un professionnel pour bonne préparation et délivrance du traitement
25. Fiche infirmier efficace pour la prise en charge par les infirmiers libéraux pour assurer la distribution des médicaments
26. Le patient et son entourage sont-ils au courant des changements : posologie,

- effets indésirables, mode de prise
27. Adaptation à la libre appréciation du médecin traitant en fonction du mode de vie du patient, souvent très différent du séjour hospitalier
 28. Surveillance biologique ou clinique à instaurer, surveillance des effets indésirables graves pour les nouveaux traitements instaurés
 29. Date des dernières valeurs biologiques d'intérêt, date du dernier INR pour les AVK
 30. Justificatif des nouvelles thérapeutiques
 31. Éviter les oublis à l'entrée comme à la sortie
 32. Justification de l'introduction ou de l'arrêt d'un traitement
 33. Recommandations officielles, et recommandations en rapport avec l'âge du patient
 34. Forme d'envoi du compte rendu avec le courrier médical : joindre l'ordonnance ou non ? Et quelle durée de l'ordonnance si oui ?
 35. Donner de la qualité pour le médecin traitant pour la consultation très importante de retour d'hospitalisation
 36. Y-a-t'il une ordonnance de sortie, et pour combien de temps
 37. Participation des médecins généralistes aux réunions de conciliation
 38. Recommandations et prévention par rapport aux vaccins, compléments alimentaires...
 39. Traitements à réévaluer : indiquer les conditions d'arrêt
 40. Indiquer le poids et la clairance de la créatinine du patient à sa sortie
 41. Favoriser l'éducation thérapeutique du patient
 42. Modalité de transmission au médecin traitant et au pharmacien
 43. Dernier INR et sa date
 44. Aide à la distribution du traitement : est-elle préconisée, est-elle prévue ?
 45. Compléments nutritionnels oraux : préciser la forme et goût préféré du patient
 46. Donner la biologie utile en lien avec le traitement
 47. Éviter les redondances
 48. Conseils donnés au patient
 49. Évolution éventuelle du traitement dans les semaines à venir
 50. Modalité de prise : si aidant professionnel ou non
 51. Événements iatrogéniques notables pendant l'hospitalisation

52. Décrire la surveillance du traitement
53. Allergies et contre-indications à des médicaments
54. Surveillance nécessaire du traitement : a-t-elle été expliquée au patient
55. Nouvelles contre-indications ou effets secondaires apparus durant l'hospitalisation
56. Données de surveillance requises, en lien avec les traitements

B. La reformulation des idées

Lors de cette étape les items ont été rediscutés un à un par les experts pour être soit réécrits, fusionnés, scindés ou supprimés. Cette discussion a eu lieu à cheval entre la première et la deuxième soirée.

Deux nouvelles idées ont été proposées lors de la discussion mais abandonnées car ne répondant pas à la question posée. Ces idées étaient énoncées comme suit : « Établir le listing de tous les correspondants (spécialistes d'organe, pharmacien). » et « Anticiper la sortie d'hospitalisation à plusieurs jours en prévenant le médecin traitant. »

Les autres modifications effectuées sont résumées dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : reformulation des idées

Idées	Type de modification	Commentaires
1, 2, 7, 15, 17, 23, 25, 27, 31, 33, 35, 42, 47	Supprimées	Ne répondaient pas à la question posée, ou trop vague.
3, 14, 51, 53, 55	Fusionnées	Idée 3 réécrite
4, 6, 8, 10, 12, 16, 18	Fusionnées	Idée 4 réécrite. Idées 12, 16 et 18 scindées
5, 11	Fusionnées	Idée 5 réécrite
9, 13, 16, 19, 20, 30, 32	Fusionnées	Idée 9 réécrite
12, 18, 21, 39, 49, 52, 56	Fusionnées	Idée 12 réécrite en axant sur la réévaluation des traitements. Notion de durée de traitement rajoutée à l'idée 4.
22, 24, 44, 50	Fusionnées	Idée 22 réécrite
26, 28	Réécrites	Utilisation de verbes d'action pour faciliter la lecture
29, 40, 43, 46	Fusionnées	-

34, 36	Fusionnées	Idée 34 réécrite
37	-	-
38, 45	Fusionnées	Idée 38 réécrite
41, 48, 54	Fusionnées	Idée 41 réécrite

Au final, un total de 16 idées reformulées a été défini, reprises dans l'encadré 2 ci-dessous.

Encadré 2 : Liste des idées reformulées après discussion

1. Préciser le traitement déclaré par le patient à son domicile : ordonnance, automédication...
2. Motif d'hospitalisation, éléments principaux de l'hospitalisation (insuffisance rénale, dénutrition, troubles cognitifs, événements iatrogéniques notables (nouvelles contre-indications, effets secondaires) ...), et diagnostic(s) de sortie
3. Ordonnance de sortie : traitements reconduits, traitements introduits, traitements arrêtés, traitements modifiés avec : dosage, posologie et variation de posologie à prévoir, horaire des prises, durée
4. Créer un numéro dédié pour contact téléphonique éventuel
5. Préciser la personne qui administre le traitement (patient, entourage, professionnel), et si elle a été contactée par le service pour le suivi (avec ses coordonnées si oui)
6. Justificatif / argumentation de l'introduction ou de l'arrêt des traitements
7. Réévaluation des traitements, quand, données de surveillance requises, conditions d'arrêt...
8. Indiquer les interactions médicamenteuses possibles à prévoir
9. Préciser le statut des médicaments : délivrance hospitalière ou non
10. Préciser si le patient et son entourage sont au courant des changements : posologie, effets indésirables, mode de prise
11. Surveillance biologique ou clinique à instaurer, surveillance des effets indésirables graves pour les nouveaux traitements instaurés
12. Date des dernières valeurs biologiques d'intérêt, date du dernier INR pour les AVK
13. Préciser si ordonnance remise au patient ou non, et pour quelle durée
14. Information sur la participation des médecins généralistes aux réunions de révision thérapeutique : oui/non

15. Recommandations et prévention par rapport aux vaccins, compléments alimentaires (forme)
16. Éléments d'éducation du patient (éducation thérapeutique, conseils et autre)

C. Le vote et le classement des idées

Ces 16 idées ont été soumises au vote. Chaque participant a classé de manière individuelle et anonyme les dix idées qui lui paraissaient les plus importantes, notées de 1 à 10. Les résultats se retrouvent dans le tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2 : résultats des votes

Idées	Votes	Puissance	Fréquence
1	8+6+4+4+8+9+7+8	54	8
2	9+9+7+5+10+1+10+9	60	8
3	10+10+10+10+9+10+8+10	77	8
4	2+5+5+3+1+2	18	6
5	6+7+9+5+3+3+6	39	7
6	9+8+9+7+7	40	5
7	6+6+7+6+8+5	38	6
8	1+2	3	2
9	1+2+4	7	3
10	3+1+4+2	10	4
11	5+6+2+7+5+4+3	32	7
12	4+1+8+7+6+5+4	35	7
13	3+4+8+3+2+1	21	6
14	-	0	0
15	2	2	1
16	3+1	4	2

Nous avons choisi de classer les idées par ordre de puissance, résultats retranscrits dans le tableau 3 ci-dessous. Les dix premières idées sont notées en gras. La fréquence est également précisée en regard des résultats.

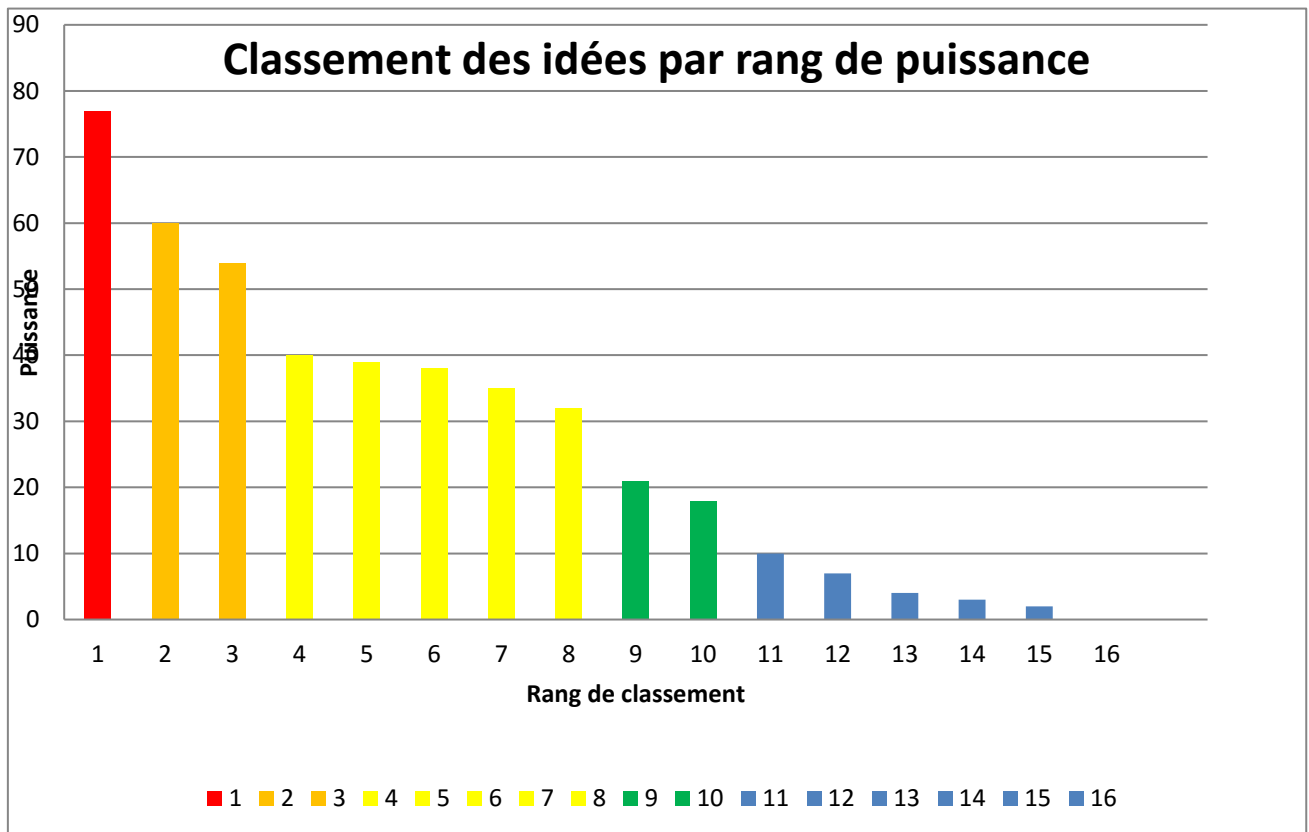
Tableau 3 : Classement des idées par rang de puissance

Rang	Idées	Puissance	Fréquence
1	3. Ordonnance de sortie : traitements reconduits, traitements introduits, traitements arrêtés, traitements modifiés avec : dosage, posologie et variation de posologie à prévoir, horaire des prises, durée.	77	8
2	2. Motif d'hospitalisation, éléments principaux de l'hospitalisation (insuffisance rénale, dénutrition, troubles cognitifs, événements iatrogéniques notables (nouvelles contre-indications, effets secondaires) ...), et diagnostic(s) de sortie.	60	8

3	1. Préciser le traitement déclaré par le patient à son domicile : ordonnance, automédication...	54	8
4	6. Justificatif / argumentation de l'introduction ou de l'arrêt des traitements.	40	5
5	5. Préciser la personne qui administre le traitement (patient, entourage, professionnel), et si elle a été contactée par le service pour le suivi (avec ses coordonnées si oui).	39	7
6	7. Réévaluation des traitements, quand, données de surveillance requises, conditions d'arrêt...	38	6
7	12. Date des dernières valeurs biologiques d'intérêt, date du dernier INR pour les AVK.	35	7
8	11. Surveillance biologique ou clinique à instaurer, surveillance des effets indésirables graves pour les nouveaux traitements instaurés.	32	7
9	13. Préciser si ordonnance remise au patient ou non, et pour quelle durée.	21	6
10	4. Créer un numéro dédié pour contact téléphonique éventuel.	18	6
11	10. Préciser si le patient et son entourage sont au courant des changements : posologie, effets indésirables, mode de prise	10	4
12	9. Préciser le statut des médicaments : délivrance hospitalière ou non.	7	3
13	16. Éléments d'éducation du patient (éducation thérapeutique, conseils et autre).	4	2
14	8. Indiquer les interactions médicamenteuses possibles à prévoir.	3	2
15	15. Recommandations et prévention par rapport aux vaccins, compléments alimentaires (forme).	2	1
16	14. Information sur la participation des médecins généralistes aux réunions de révision thérapeutique : oui/non.	0	0

II. Analyse des résultats

Nous avons choisi d'illustrer ces résultats par l'histogramme ci-après, afin de les analyser.

Figure 1 : Histogramme des résultats

Légende

■	Idée prioritaire
■	Idées très importantes
■	Idées importantes
■	Idées secondaires
■	Idées accessoires

L'histogramme a permis de dégager les idées par ordre de priorité en les regroupant comme prioritaires, très importantes, importantes, secondaires et accessoires.

A. Idée prioritaire

L'idée 3 est arrivée au rang 1. Elle s'est distinguée nettement et peut être considérée comme prioritaire.

Avec une fréquence de 8 (sur 8) elle a recueilli l'ensemble des votes. A 17 points de puissance devant l'idée classée deuxième, c'est l'idée indispensable devant apparaître sur le compte-rendu réunion de concertation pluridisciplinaire médicamenteuse retenue par les experts.

B. Idées très importantes

Les idées 2 et 1 sont arrivées respectivement au deuxième et troisième rang et sont considérées comme très importantes. Avec une fréquence de 8, elles ont recueilli toutes les deux l'ensemble des votes, avec une puissance qui reste élevée.

C. Idées importantes

Enumérées par rang de classement, les idées 6, 5, 7 12 et 11 sont considérées comme importantes, choisies par plus de la moitié des votants, pour une puissance moyenne.

D. Idées secondaires

Les idées 9 et 4 classées respectivement neuvième et dixième, sont considérées comme secondaires. Ces deux idées ont également été choisies par plus de la moitié des votants, mais avec une puissance plus faible.

E. Idées accessoires

Ce sont les idées classées après le rang 10, soit les idées classées des rangs 11 à 16. La fréquence des votes a varié de 0 à 4, et la puissance de 0 à 10. Il y a donc un écart important avec les idées de rang supérieur. Il est à noter que la dernière idée n'a reçu aucun vote. Au vu de leurs faibles puissances, ces idées ne seront pas nécessairement retenues dans le document final.

DISCUSSION

Les attentes des experts ont pu être clairement précisées au terme de ces rencontres. Ils ont proposé qu'apparaisse principalement dans le contenu du document de synthèse des modifications thérapeutiques du sujet âgé en sortie d'hospitalisation :

- Les traitements reconduits, introduits, modifiés et arrêtés (ainsi que la posologie, durée, horaire des prises...) avec leurs justifications et la réévaluation nécessaire.
- Le résumé d'hospitalisation (motif d'hospitalisation, éléments principaux d'hospitalisation et diagnostic de sortie), ainsi que les principales valeurs biologiques d'intérêt.
- La précision des traitements déclarés par le patient à son domicile ainsi que de la personne administrant le traitement à domicile.
- La surveillance nécessaire clinique ou biologique du patient et des effets indésirables graves des nouveaux traitements introduits.
- La notion d'une ordonnance remise au patient et pour quelle durée si oui.
- Un numéro dédié à créer pour contact téléphonique éventuel.

Ces propositions serviront de base à la création de ce document de synthèse.

I. Justification de la méthode

Nous avons utilisé une méthode de consensus pour cette étude, dite en groupe nominal. Il existe plusieurs méthodes de consensus utilisables : la méthode Delphi, la méthode RAND/UCLA, la conférence de consensus et la méthode du groupe nominal (28). Nous nous attarderons donc sur la méthode du groupe nominal utilisée pour cette étude.

A. La méthode du groupe nominal

La technique a été créée à la fin des années 1960 par Delbecq et Van de Ven (29). L'objectif est de recueillir des informations, puis de les classer au cours d'une réunion d'experts. Un coordinateur anime la réunion pour éviter l'apparition d'un leader d'opinion. Il doit avoir des compétences en animation de groupe afin de canaliser les échanges entre les participants (30).

Plusieurs étapes se succèdent :

- La génération des idées : elle se fait en silence, par écrit, sans discussion entre les membres du groupe.
- L'énoncé des idées : une seule idée à la fois est énoncée par les experts chacun à son tour, pendant autant de tours que nécessaire jusqu'à épuisement des idées, sans discussion entre les membres du groupe.
- La discussion : chaque idée est rediscutée par les membres du groupe pour être clarifiée.
- La hiérarchisation des idées : Chaque membre du groupe cote individuellement les idées par ordre d'importance.
- La compilation des résultats : Le coordinateur comptabilise l'ensemble des points pour chaque idée. Les idées ayant reçu le plus de points constituent les priorités du groupe.

B. Avantages

Tout d'abord cette technique de groupe nominal permet de répondre à la question posée. De plus, la structuration des procédures garantit la pondération des avis (30).

Cette technique permet l'expression libre de chacun, dans un cadre balisé, par la rédaction personnelle et silencieuse des idées. Les idées élaborées sont plus nombreuses et plus créatives comparé aux autres méthodes de consensus (31).

Notre volonté de rencontrer les experts concernés par le sujet pour permettre une discussion fructueuse et un échange de point de vue entre les différentes

professions concernées concordait avec la technique du groupe nominal, contrairement à la méthode Delphi qui n'offre pas d'interaction possible (32).

C'est une méthode qui nécessite peu de moyens financiers (envoi postal des courriers d'invitation uniquement), et qui demande peu de temps, tant pour les organisateurs que pour les experts (deux réunions maximum, pas de temps préparatoire, pas de questionnaire préalable), ce qui n'est pas négligeable au vu des emplois du temps chargés de chacun (33).

De plus, la diffusion immédiate des résultats procure un sentiment de satisfaction des participants. Ce sentiment ainsi que la sensation d'être acteur du changement contribue à l'intérêt des experts dans l'amélioration des soins (33).

En résumé cette méthode permet la rencontre et l'échange entre les différents experts concernés, participatifs, motivés et pertinents, où chacun peut exprimer son opinion. Econome en temps et en argent, elle permet d'élaborer un grand nombre d'idées avec des résultats immédiats, répondant au problème posé.

C. Inconvénients

Malgré les nombreux avantages ayant orienté le choix de la méthode vers cette technique, certains inconvénients existent et méritent d'être cités (31,34).

Tout d'abord le nombre limité de sujets pouvant être abordés, car les experts ne répondent seulement qu'à l'unique question posée.

Le format de la réunion en elle-même, trop restreint, ne permet pas une génération exhaustive des idées. En effet, les experts n'ont pas le temps de penser à certaines idées dans le temps imparti. De plus, certaines idées peuvent être écartées bien que pertinentes, par le vote et le principe même du consensus.

L'absence d'anonymat lors de la génération des idées peut freiner certains experts à exposer leurs opinions, par peur ou par timidité.

Un manque d'expérience de l'animateur qui doit veiller à répartir également la parole à l'ensemble des membres du groupe, pourrait favoriser l'apparition d'un leader d'opinion ainsi que l'absence de représentation des idées des autres membres du groupe.

Enfin l'absence de généralisation possible à une population plus large, due aux caractéristiques des participants (à la fois ceux étant conviés à l'étude et ceux y participant).

II. Apports de l'étude

A. Pour la communication entre professionnels de santé

L'optimisation de la communication ville – hôpital a pour but une meilleure coordination des soins.

- La communication est en effet un élément essentiel de ce travail. Les GH et les MG pourraient échanger et croiser leurs informations si ces derniers contactaient le service hospitalier via le numéro dédié. De plus ceux-ci auraient un accès direct aux coordonnées des professionnels associés aux soins de leurs patients : infirmière à domicile, ou autre personne ressource pour la délivrance des médicaments par exemple.
- La surveillance clinico-biologique à instaurer est aussi un élément important ayant fait consensus. Elle rend compte d'une volonté d'harmoniser la prise en charge globale du patient.
- La continuité des soins serait améliorée grâce à une plus grande clarté dans la lecture de l'ordonnance. Cela pourrait permettre également de diminuer le risque d'erreur de prise, que ce soit par le patient lui-même ou par une tierce personne qui délivre les médicaments.

B. Pour les patients

Nous cherchions à obtenir l'avis des médecins sur l'information à transmettre afin d'améliorer la continuité des soins et la communication entre professionnels de santé. Aussi, même s'il n'a pas été impliqué dans les groupes de discussion, le patient garde évidemment une place primordiale. Son rôle actif est sous-entendu par le fait que ces travaux s'intègrent dans un processus global de conciliation médicamenteuse. Ainsi les informations transmises regroupent des éléments de la conciliation médicamenteuse de sortie prodiguée au patient. Plusieurs axes sont en ce sens mis en valeur au travers de ce travail :

- L'amélioration de l'observance : le patient pourrait mieux comprendre pourquoi ses médicaments sont prescrits et notamment pourquoi certains ont été arrêtés, d'autres poursuivis, etc., ce qui pourrait favoriser son adhésion aux traitements.
- La coordination de soins autour du patient : les acteurs de santé du patient sont, à la sortie d'hospitalisation, au même niveau d'information concernant les données médicamenteuses. Ce document est voulu comme une photographie du patient lors du retour à domicile. En effet, au-delà des éléments thérapeutiques, les données médicales de l'hospitalisation seront aussi inscrites sur le compte-rendu. C'est une idée importante puisqu'elle se trouve au deuxième rang de notre liste.
- L'harmonisation de la prise en charge entre les professionnels de santé : en améliorant la communication, on optimise la prise en charge du patient. Que ce soit pour les soignant du patient ou pour les professionnels de premier recours, médecins ou pharmaciens. Le patient se retrouve ainsi au centre d'un plan de soins transmis à tous les acteurs afin d'améliorer sa prise en charge.
- La diminution des ré-hospitalisations évitables à court terme : c'est un des buts recherchés au décours, mais cela devra être évalué par une étude interventionnelle de plus grande ampleur.

C. Pour les médecins généralistes

- L'amélioration de la continuité des soins : de même que pour le patient, le MG pourrait mieux gérer les traitements de ses patients lorsque ceux-ci ont été modifiés s'il en comprend la raison. De plus il serait au fait des interactions médicamenteuses, ainsi que des adaptations de posologies à prévoir.
- L'amélioration du suivi et de la surveillance de son patient en sortie d'hospitalisation, grâce au résumé des principaux événements d'hospitalisation, et aux éléments de surveillance nécessaires, cliniques ou biologiques.
- L'amélioration de la connaissance de son patient : en prenant acte de l'automédication de son patient par exemple, ou d'autres informations qu'il ignorait peut-être auparavant.

D. Pour les gériatres

- La communication, toujours au premier plan, est l'élément principal de ce travail. Une partie de la prise en charge gériatrique, notamment l'évaluation iatrogénique, sera ainsi transmise aux acteurs du domicile.
- L'optimisation du lien vers les professionnels de ville, autour du patient et de son document de synthèse des modifications thérapeutiques.
- L'amélioration de la sécurisation de la prescription médicamenteuse : par l'amélioration de l'observance du patient et de la bonne lecture de l'ordonnance.
- L'amélioration du suivi, avec accès à ces mêmes documents lors d'une prochaine hospitalisation potentielle.

E. Par rapport à la littérature

Ce document est la synthèse d'un processus global débutant dès l'hospitalisation jusqu'au retour au domicile du patient. Ce processus comprend la conciliation médicamenteuse et la révision pluridisciplinaire des thérapeutiques du patient.

Dans la littérature, la conciliation médicamenteuse a déjà prouvé son efficacité chez le patient âgé. Par exemple aux Pays-Bas, le taux de patients de plus de 65 ans ayant au moins une divergence médicamenteuse a chuté de 62 à 32% après conciliation médicamenteuse (OR=0.29, IC95% 0.23-0.37) (35).

D'un autre côté, la révision pluridisciplinaire des thérapeutiques du patient fait l'objet d'évaluation, comme dans le projet MEDREV. Cette étude, en cours de recrutement, s'intéresse à l'impact de la révision des prescriptions médicamenteuses sur la sécurité et le coût de la prise en charge médicamenteuse de patients âgés (au moins 65 ans), hospitalisés en centre hospitalier universitaire.

Enfin, l'association d'une CM avec RT a également fait la preuve de son efficacité.

En effet en Suède, l'association CM et RT versus CM seule a permis une diminution du nombre de réadmissions à trois mois chez des patients de plus de 65 ans (6 patients vs 12, $p=0.0469$) (36). Il a également été prouvé dans cette étude qu'il y avait une baisse importante du nombre de médicaments inappropriés chez les patients bénéficiant de l'association CM et RT (51% vs 39%).

Ainsi, on retrouve dans la littérature l'intérêt de combiner plusieurs actions afin de proposer un processus efficace. L'efficacité peut par exemple s'évaluer par le taux de ré-hospitalisation. En ce sens, des méta-analyses indiquent qu'une action unique de CM ne permet pas de diminuer le taux de ré-hospitalisation, et qu'une action combinée est nécessaire afin d'y arriver (37,38). D'autre part, les stratégies intra-hospitalières tentant de réduire le risque de ré-hospitalisation doivent être mieux définies.

Cette analyse est en accord avec les recommandations de la HAS. Dans un de ses rapports, la HAS argumente l'importance d'associer plusieurs actions

hospitalières afin de réduire le risque de ré-hospitalisation et de proposer des actions hospitalières plus efficaces (17).

C'est également un fait partagé entre les différents acteurs de la prise en charge, dont les pharmaciens cliniciens. En effet, Spinewine et al., dont les travaux ont contribué au développement de la pharmacie clinique et de la CM, met en relief l'intérêt de cette approche pluridisciplinaire, alliant plusieurs processus hospitaliers (39).

De plus, son analyse permet de décrire les fondements d'un système optimal de prise en charge thérapeutique du patient. En ce sens, on relève l'importance de la mise à disposition d'une information structurée et exhaustive en temps utile pour les patients et les prestataires de soins de première ligne.

Ainsi, en accord avec les travaux déjà réalisés, notre document de synthèse est un outil renforçant la sécurisation du parcours de soins par une meilleure transmission des informations de l'hôpital vers la ville.

Par ailleurs, notre document de synthèse est le fruit de la collaboration entre pharmaciens et gériatres. La participation des équipes pharmaceutiques est primordiale, et est une des clés d'une bonne prise en charge. On a pu constater à travers différentes études l'importance du développement de la pharmacie clinique, au lit du malade.

En effet l'association d'un pharmacien à une équipe pluridisciplinaire permettait une réduction du taux de ré-hospitalisation toutes causes de 29% (OR 71% ; IC95% 0.54-0.94), pour une population âgée en moyenne de 70 ans, d'après une méta-analyse (40).

Autre exemple, en Suède l'intervention d'un pharmacien pour des patients hospitalisés de plus de 80 ans a permis une diminution du taux de ré-hospitalisations à 12 mois de 16% au total (hospitalisations et passages aux urgences confondus), et de 47% pour les seuls passages aux urgences (41)

Enfin, en Irlande du nord, des pharmaciens cliniciens se sont inscrits dans cette lignée en intervenant à chaque étape du séjour hospitalier des patients, de l'admission à la sortie. Les patients ayant bénéficié de l'intervention de l'équipe pharmaceutique ont eu une durée de séjour moins longue de deux jours ($p= 0.003$), ainsi qu'un taux de ré-hospitalisation à un an plus faible (40.8% vs 49.3%, $p= 0.027$),

comparé aux patients bénéficiant de soins hospitaliers standards. Une ré-hospitalisation à un an serait ainsi évitée pour 12 patients bénéficiant de l'intervention des pharmaciens cliniques (42).

III. Limites de l'étude

A. Limites méthodologiques

Certaines feuilles de vote ont été annotées malgré la consigne contraire. Bien qu'aucun nom propre n'apparaisse, l'anonymat n'a pas été entièrement respecté.

B. Faible taux de participation

Le faible nombre d'experts présents (dix à la première réunion puis huit à la deuxième) a pu avoir un impact sur le nombre d'idées générées au départ, qui n'étaient limitées que par leur imagination, ainsi que sur la discussion. Cependant les experts présents étaient impliqués, car un grand nombre d'idées a tout de même été généré, et la discussion riche.

C. Non représentativité de la population générale

Le faible nombre d'experts conviés limite la généralisation du propos. Par ailleurs une limite d'auto-sélection se crée dès lors que les experts conviés acceptent de participer à l'étude. En effet, le volontariat suggère un intérêt commun des experts pour la recherche et la pédagogie et empêche une hétérogénéité maximale dans le pool d'experts, la population ciblée étant l'ensemble des MG et des GH. Or la population source est différente, car les MG et les GH présents ont tous déjà été confrontés à la CM et sont considérés alors comme experts. Ces experts ne peuvent donc pas être représentatifs de l'ensemble des MG et des GH.

IV. Perspectives

A. A l'échelle locale

Cette étude s'associe à d'autres travaux, dont deux études similaires en groupe nominal.

- La première a pris l'avis des pharmaciens officinaux et d'hôpitaux sur le même thème pour aboutir également à une liste d'idées. En effet, le pharmacien est le premier professionnel vu par le patient en sortie d'hospitalisation. Il est donc un acteur incontournable de ce processus d'échange d'informations. Le pharmacien est aussi indispensable dans ce type de travail, puisqu'il s'intègre dans la continuité des prises en charge par conciliation médicamenteuse. C'est ainsi un moyen de conforter le lien entre médecins hospitaliers et pharmaciens cliniciens, mais aussi, grâce à ce travail, avec les acteurs du domicile.
- La deuxième étude a réuni les quatre professions concernées (pharmaciens d'officines et d'hôpitaux, MG et GH). Ces experts se sont appuyés sur les idées résultant des deux premières études pour obtenir le consensus final sur le document de synthèse des modifications thérapeutiques du sujet âgé en sortie d'hospitalisation. En effet, l'utilisation de plusieurs groupes d'experts pour avoir différents points de vue et donc différents résultats, apporte une validité à la méthode en permettant une évaluation complète du problème (43).
- Enfin, une dernière étude réalisée en parallèle s'attardera sur le ressenti des MG concernant ce document de synthèse.

La finalité de ces études est la création d'un document de synthèse des modifications thérapeutiques du sujet âgé en sortie d'hospitalisation, destiné à être diffusé aux professionnels de santé concernés : MG, pharmaciens d'officines et autres correspondants. Le but est l'amélioration la prise en charge médicamenteuse du patient âgé.

Enfin ce travail est un exemple d'optimisation de la communication entre les acteurs hospitaliers et du domicile. Il met en valeur une harmonisation des pratiques en améliorant la continuité des soins entre professionnels de santé. Le patient se retrouve ainsi au centre d'un processus d'échange d'informations de son ordonnance de sortie d'hospitalisation. Il bénéficie donc d'une sorte de plan personnalisé de soin, axé sur ses thérapeutiques, à une époque où l'échange de tels éléments entre professionnels est au cœur des préoccupations. L'informatisation de ces données,

via des logiciels dédiés, et partagées entre tous les acteurs, est une perspective d'avenir, qui faciliterait davantage la prise en charge globale.

B. A l'échelle nationale

La diffusion de ce document de synthèse semble, pour le moment, restreint à une échelle locale. Mais il pourrait être élargi, par exemple par l'évaluation de son utilisation.

Notre travail s'intègre donc dans un projet plus global, qui évaluera le taux de ré-hospitalisations évitables à court terme des patients âgés ayant bénéficié d'une conciliation médicamenteuse avec révision des thérapeutiques, sur plusieurs sites hospitaliers, comparés à celui des patients ayant reçu des soins hospitaliers standards. Ce projet, nommé « OPTISORT », est à l'initiative du GHICL en lien avec le CHRU de Lille, et sept autres centres hospitaliers participants. Ces derniers pourront se baser sur ce document de synthèse afin d'uniformiser les résultats de cette future étude.

CONCLUSION

En conclusion, les résultats de cette étude participent à la création d'un document de synthèse des modifications thérapeutiques du sujet âgé en sortie d'hospitalisation consensuel, validé scientifiquement par les experts concernés : MG, GH, pharmaciens d'officines et hospitaliers.

Ils répondent aux objectifs de santé publique actuels en s'inscrivant dans une optique d'amélioration de la qualité des soins par la sécurisation de l'ordonnance, l'amélioration de la communication hôpital – ville, et de la coordination des soins.

Ce document de synthèse sera intégré dans une étude de plus grande ampleur qui permettra son évaluation, notamment en termes de temps de transmission. L'objectif in fine est la diminution du taux de ré-hospitalisations évitables à court terme des patients âgés.

Enfin, notre travail s'intègre dans les suites de plusieurs projets pluri-professionnels entre MG, GH, pharmaciens hospitaliers et d'officines, dont l'alliance a pour but la lutte contre la iatrogénie. La création de processus structurés, s'ajoutant à ceux déjà existant, permet ainsi l'amélioration de la communication entre les acteurs de santé dans l'intérêt premier du patient.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Imbs JL, Pouyane P, Haramburu F, Welsch M, Decker N, Blayac JP, et al. Adverse drug reaction: Prevalence in French public hospitals. *Thérapie*. 1 janv 1999;54(1):21-7.
2. Enquête Nationale sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins - Description des résultats 2009 - Rapport final - serieetud110.pdf [Internet]. [cité 17 avr 2016]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud110.pdf>
3. Fiche Mémo – La conciliation médicamenteuse – SFPC MAJ Juillet 2015 [Internet]. [cité 19 avr 2016]. Disponible sur: <http://sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/1492-sfpc-memo-conciliation-maj-juillet-2015/0.html>
4. DAQSS / SDC / A. Broyart – Fiche projet Hight5s – Etat au 23 avril 2014 [Internet]. [cité 21 sept 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-07/fiche_descriptive_projet_high5s.pdf
5. The High 5s Project Interim Report [Internet]. [cité 19 avr 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/High5_InterimReport.pdf?ua=1
6. Bonhomme J, Dony A, Baum T, Doerper S, Piney D, Dufay E. La juste liste des médicaments à l'admission du patient hospitalisés. De la fiabilité des sources d'information. 2013.
7. Dufay E, Baum T, Doerper S, Conrard E, Dony A, Piney D. Conciliation des traitements médicamenteux: détecter, intercepter et corriger les erreurs médicamenteuses à l'admission des patients hospitalisés. *ResearchGate*. 8:130-8.
8. Mergenhagen KA, Blum SS, Kugler A, Livote EE, Nebeker JR, Ott MC, et al. Pharmacist- versus physician-initiated admission medication reconciliation: impact on adverse drug events. *Am J Geriatr Pharmacother*. août 2012;10(4):242-50.
9. SFPC – Guide de gestion des risques associés aux produits de santé V100214 [Internet]. [cité 23 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/957-sfpc-fiche-conciliation-medicamenteuse/0.html>
10. SFPC – La Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et Dispositifs associés [Internet]. [cité 3 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/817-sfpc-manuel-remed-2014/0.html>
11. Manuel de certification des établissements de santé V2010 - édition janvier 2014 [Internet]. [cité 27 sept 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf
12. Code de la santé publique - Article L6113-3. Code de la santé publique.

13. Klarin I, Wimo A, Fastbom J. The association of inappropriate drug use with hospitalisation and mortality: a population-based study of the very old. *Drugs Aging*. 2005;22(1):69-82.
14. Laroche M-L, Bouthier F, Merle L, Charmes J-P. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. *Rev Médecine Interne*. juill 2009;30(7):592-601.
15. Michel P, Quenon JL, Djihoud A, Tricaud-Vialle S, de Sarasqueta AM. French national survey of inpatient adverse events prospectively assessed with ward staff. *Qual Saf Health Care*. oct 2007;16(5):369-77.
16. Gleason KM, McDaniel MR, Feinglass J, Baker DW, Lindquist L, Liss D, et al. Results of the Medications At Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) Study: An Analysis of Medication Reconciliation Errors and Risk Factors at Hospital Admission. *J Gen Intern Med*. mai 2010;25(5):441-7.
17. HAS. Note méthodologique et de synthèse bibliographique. « Comment réduire le risque de ré-hospitalisations évitables des personnes âgées ? ». Avril 2013. [Internet]. [cité 19 avr 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/annexe_methodo_rehospitalisations_evitables_vf.pdf
18. Yayla ME, Bilge U, Binen E, Keskin A. The Use of START/STOPP Criteria for Elderly Patients in Primary Care. *Sci World J*. 2013;2013:1-4.
19. Hill-Taylor B, Sketris I, Hayden J, Byrne S, O'Sullivan D, Christie R. Application of the STOPP/START criteria: a systematic review of the prevalence of potentially inappropriate prescribing in older adults, and evidence of clinical, humanistic and economic impact. *J Clin Pharm Ther*. oct 2013;38(5):360-72.
20. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med*. 8 déc 2003;163(22):2716-24.
21. Vira T, Colquhoun M, Etchells E. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Qual Saf Health Care*. avr 2006;15(2):122-6.
22. Knez L, Suskovic S, Rezonja R, Laaksonen R, Mrhar A. The need for medication reconciliation: a cross-sectional observational study in adult patients. *Respir Med*. oct 2011;105 Suppl 1:S60-66.
23. Climente-Martí M, García-Mañón ER, Artero-Mora A, Jiménez-Torres NV. Potential Risk of Medication Discrepancies and Reconciliation Errors at Admission and Discharge from an Inpatient Medical Service. *Ann Pharmacother*. 1 nov 2010;44(11):1747-54.
24. Osorio SN, Abramson E, Pfoh ER, Edwards A, Schottel H, Kaushal R. Risk factors for unexplained medication discrepancies during transitions in care. *Fam Med*. 2014;46(8):587-596.

25. Pippins JR, Gandhi TK, Hamann C, Ndumele CD, Labonville SA, Diedrichsen EK, et al. Classifying and Predicting Errors of Inpatient Medication Reconciliation. *J Gen Intern Med.* sept 2008;23(9):1414-22.
26. HAS Document de sortie - Fiche d'utilisation 2014 [Internet]. [cité 25 sept 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/document_de_sortie_fiche_utilisation_23102014.pdf
27. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ.* 5 août 1995;311(7001):376-80.
28. Bourrée F, Michel P, Salmi LR. Consensus methods: Review of original methods and their main alternatives used in public health. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique.* déc 2008;56(6):e13-21.
29. Delbecq AL, Ven AHV de. A Group Process Model for Problem Identification and Program Planning. *J Appl Behav Sci.* 7 janv 1971;7(4):466-92.
30. Letrilliart L, Vanmeerbeek M. A la recherche du consensus: quelle méthode utiliser? *Exercer* [Internet]. 2011 [cité 17 janv 2016];99. Disponible sur: <http://orbi.ulg.be/handle/2268/101916>
31. Jones SC. Using the nominal group technique to select the most appropriate topics for postgraduate research students' seminars. *J Univ Teach Learn Pract.* 2004;1(1):4.
32. Coker J, Tucker J, Estrada C. Nominal group technique: a tool for course evaluation. *Med Educ.* 1 nov 2013;47(11):1145-1145.
33. Harvey N, Holmes CA. Nominal group technique: An effective method for obtaining group consensus. *Int J Nurs Pract.* 1 avr 2012;18(2):188-94.
34. Roeden JM, Maaskant MA, Curfs LMG. The Nominal Group Technique as an Evaluation Tool for Solution-focused Coaching. *J Appl Res Intellect Disabil.* 1 nov 2012;25(6):588-93.
35. van den Bemt PMLA, van der Schrieck-de Loos EM, van der Linden C, Theeuwes AMLJ, Pol AG, Dutch CBO WHO High 5s Study Group. Effect of medication reconciliation on unintentional medication discrepancies in acute hospital admissions of elderly adults: a multicenter study. *J Am Geriatr Soc.* août 2013;61(8):1262-8.
36. Hellström LM, Bondesson Å, Höglund P, Midlöv P, Holmdahl L, Rickhag E, et al. Impact of the Lund Integrated Medicines Management (LIMM) model on medication appropriateness and drug-related hospital revisits. *Eur J Clin Pharmacol.* juill 2011;67(7):741-52.
37. Rennke S, Nguyen OK, Shoeb MH, Magan Y, Wachter RM, Ranji SR. Hospital-initiated transitional care interventions as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med.* 5 mars 2013;158(5 Pt 2):433-40.

38. Kwan JL, Lo L, Sampson M, Shojania KG. Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med.* 5 mars 2013;158(5 Pt 2):397-403.
39. Mallet L, Spinewine A, Huang A. The challenge of managing drug interactions in elderly people. *Lancet Lond Engl.* 14 juill 2007;370(9582):185-91.
40. Koshman SL, Charrois TL, Simpson SH, McAlister FA, Tsuyuki RT. Pharmacist care of patients with heart failure: a systematic review of randomized trials. *Arch Intern Med.* 14 avr 2008;168(7):687-94.
41. Gillespie U, Alassaad A, Henrohn D, et al. A comprehensive pharmacist intervention to reduce morbidity in patients 80 years or older: A randomized controlled trial. *Arch Intern Med.* 11 mai 2009;169(9):894-900.
42. Scullin C, Scott MG, Hogg A, McElnay JC. An innovative approach to integrated medicines management. *J Eval Clin Pract.* oct 2007;13(5):781-8.
43. Van de Ven AH, Delbecq AL. The nominal group as a research instrument for exploratory health studies. *Am J Public Health.* mars 1972;62(3):337-42.

ANNEXES

Annexe 1 : Feuille de génération des idées

GRUPE NOMINAL CONCILIATION MEDICAMENTEUSE
7 janvier 2016

Sur le compte rendu de réunion de concertation pluridisciplinaire médicamenteuse, qu'attendez-vous ?

- 1 Les traitements arrêtés volontairement
- 2 Pourquoi les traitements arrêtés volontairement l'ont été (ou quelques mots)
- 3 La date et la valeur du dernier INR associé à l'AVK (hautes dates d'une valeur biologique modifiée par traitement)
- 4 Les traitements à ré-ordonner et arrêter au décès, indiquer les conditions d'arrêt
- 5 Compléments nutritionnels oraux ; préciser la forme (jus, crème ...)
- 6 Nombre de passages IDE au domicile quand adaptation du plan d'aide (non médicamenteux)
- 7 Produits de soins si aidat non professionnel et présent in au cabinet.
- 8 Nouvelles voies médicamenteuses (ornettes et pourquoi (ou effets secondaires suspectés du traitement initié à l'hôpital).

Annexe 2 : Feuille de vote

GROUPE NOMINAL CONCILIATION MEDICAMENTEUSE
7 janvier 2016
CLASSEMENT INDIVIDUEL

N° de l'Item : | 5 |

Enoncé :

Préciser la personne qui administre le ttt

Note : | 6 |

AUTEUR : Nom : Campagne

Prénom : Matthieu

Date de Soutenance : jeudi 22 septembre 2016

Titre de la Thèse : Elaboration d'un document de synthèse des modifications thérapeutiques du sujet âgé en sortie d'hospitalisation.

Un consensus sur le contenu entre gériatres hospitaliers et médecins généralistes.

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : conciliation médicamenteuse, patient âgé, sortie d'hospitalisation, révision médicamenteuse, consensus.

Résumé :

Contexte : L'ordonnance du patient âgé doit bénéficier d'une attention particulière. Lors d'une hospitalisation, le traitement médicamenteux d'un patient âgé est souvent modifié. La sortie d'hospitalisation est particulièrement à risque d'erreurs médicamenteuses, liées notamment à une transmission insuffisante des changements de l'ordonnance entre les professionnels de santé. L'objectif de cette étude était d'établir un consensus sur les données à transmettre de l'hôpital vers la ville concernant les changements thérapeutiques au décours de l'hospitalisation du patient âgé.

Méthode : Une étude qualitative a été réalisée auprès de médecins généralistes et gériatres hospitaliers. La méthode de consensus dite par groupe nominal a été utilisée, nécessitant plusieurs étapes : génération et énumération des idées, discussion collective des items puis consensus par vote et classement de chaque item.

Résultats : Deux réunions regroupant médecins généralistes et gériatres ont permis d'obtenir un consensus concernant l'information attendue au décours d'une hospitalisation chez un patient âgé, sur les dix items suivants : 1. Traitements arrêtés, reconduits, introduits, modifiés. 2. Motif d'hospitalisation, éléments principaux de l'hospitalisation, diagnostic de sortie. 3. Traitement déclaré par le patient à son domicile. 4. Justificatif de l'introduction ou de l'arrêt des traitements. 5. Personne administrant le traitement. 6. Réévaluation des traitements. 7. Dernières valeurs biologiques d'intérêt. 8. Surveillance biologique ou clinique à instaurer. 9. Ordonnance remise au patient ou non. 10. Numéro dédié.

Conclusion : Cette étude propose un consensus des médecins généralistes et gériatres sur le document de synthèse des modifications thérapeutiques du sujet âgé, afin de préparer au mieux la sortie d'hospitalisation.

Composition du Jury :

Président :

Monsieur le Professeur François Puisieux

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Bertrand Decaudin

Monsieur le Docteur Marc Bayen

Monsieur le Docteur Fabien Visade