UNIVERSITE DE DROIT ET DE SANTE - LILLE 2

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2017

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MISE EN PLACE D'UN OUTIL VISANT A FAVORISER LE LIEN VILLE-HOPITAL ET DIMINUER LE RISQUE D'ACCIDENT IATROGENIQUE

Elaboration d'une fiche de traitement intégrée aux courriers de sortie de l'hôpital de Seclin

Présentée et soutenue publiquement le 21 décembre 2017 à 18h00

Au Pôle Recherche de la Faculté

Par Thomas Rambaud

JURY

Président :
Monsieur le Professeur François PUISIEUX
Assesseurs :
Monsieur le Professeur Bertrand DECAUDIN
Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE
Directeur de Thèse :
Madame le Docteur Sophie BOURY-DEMEURE

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :

celles-ci sont propres à leurs auteurs.

GLOSSAIRE

INTRODUCTION *8*

I. MATERIEL ET METHODES *12*

A. Objectifs **12**

B. Matériel **12**

1. Outils existants 12
2. Tableau définitif 14
3. Mise en place dans les services de médecine 16
   a) Présentation du GHSC 16
   b) Genèse du projet 16
4. Rencontre des médecins généralistes du bassin seclinois 18

C. Méthodes **19**

1. Critères d'inclusion 19
2. Critères d'exclusion 19
3. Test de l'outil avant la période d'inclusion 19
4. Analyse de la qualité de remplissage de l'outil 19
5. Relevé de données 20
6. Enquêtes de satisfaction 21
   a) Médecins traitants 21
   b) Médecins hospitaliers 21
   c) Secrétaires 21
7. Analyse statistique 21

II. RESULTATS *23*

A. Effectifs et caractéristiques de la population étudiée **23**

1. Effectifs selon les services 23
2. Caractéristiques de la population étudiée 24
   a) Sexe 24
   b) Age 24

i. sur l'ensemble de l'effectif 24
ii. selon les services 24
c) Durée d'hospitalisation 25
i. sur l'ensemble de l'effectif 25
ii. selon les services 26
d) Nombre de traitements au domicile 26
e) Nombre de traitements à la sortie 27
3. Statut du dicteur 27
B. Exhaustivité et qualité de remplissage de l'outil 28
1. Exhaustivité 28
a) Présence du tableau 28
b) remplissage des différentes sous-parties 28
i. voie 28
ii. dosage 29
iii. dénomination 29
iv. commentaire 29
v. synthèse sur l'exhaustivité du remplissage 30
c) Incohérences 30
i. oubli de represcription de traitements du domicile 31
ii. ajout incohérent dans les traitements poursuivis 31
2. Présence et bon remplissage du tableau selon le service 32
a) Présence du tableau 32
b) Bon remplissage du tableau 33
3. Facteurs déterminant la présence et la qualité du tableau 34
a) Présence du tableau 34
b) Qualité de remplissage du tableau 35
C. Enquêtes de satisfaction 36
1. Médecins généralistes 36
2. Médecins hospitaliers et internes 37
3. Secrétaires hospitaliers 38
III. DISCUSSION 40

A. Résultats 40

1. Population 40

a) Effectifs selon les services 40

b) Caractéristiques de la population étudiée 40

i. âge et sexe 40

ii. durée d'hospitalisation et nombre de traitements 41

2. Exhaustivité 43

a) Présence du tableau 43

b) Remplissage de l'outil 43

c) Analyse des facteurs influant sur la présence et la qualité de remplissage du tableau 45

3. Enquêtes de satisfaction 48

a) Médecins généralistes 48

b) Médecins hospitaliers 50

c) Secrétaires 51

d) Synthèse des enquêtes 52

B. Forces et limites du travail 54

CONCLUSION 56

BIBLIOGRAPHIE 58

ANNEXES 64

Listes des abréviations

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

BMO : Bilan Médicamenteux Optimisé

CAQES : Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CRH : Compte Rendu d'Hospitalisation

CSG : Court Séjour Gériatrique

DPA : Dossier Patient

DSI : Dossier de Soins Informatique

GHSC : Groupe Hospitalier Seclin Carvin

HAS : Haute Autorité de Santé

IC : Intervalle de Confiance

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

OMEDIT : Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odds Ratio

URPS : Unions Régionales des Professionnels de Santé

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population dans le monde est un enjeu social et économique de santé publique. En France, selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), l'espérance de vie continue de progresser. Actuellement, elle est de 85,6 ans pour les femmes et 80,0 ans pour les hommes. Au 1er janvier 2016, la France compte 66,6 millions d'habitants. Les habitants âgés d'au moins 65 ans représentent 18,8% de la population. En 2060, on projette à 26,7% cette tranche d'âge [1].

L'allongement de la durée de vie s'accompagne naturellement d'un allongement de la durée de vie avec une pathologie chronique [2]. Chaque pathologie entraînant généralement une prescription de traitements spécifiques, les médicaments s'accumulent et on parle alors de polymédication. Celle-ci, définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou par l'administration d'un nombre excessif de médicaments », est fréquente chez les personnes âgées. Ainsi, le vieillissement de la population fait de la polymédication et des risques iatrogéniques qui en découlent un enjeu majeur de qualité des soins et d'efficience de la prescription [3].

Diverses études ont mis en avant les nombreux changements dans les traitements chroniques des patients lors des séjours hospitaliers [4-7]. En moyenne la moitié des traitements pris par un patient au domicile sont modifiés lors d'un séjour hospitalier [4-6]. Ces modifications sont introduites de manière intentionnelle mais également parfois non intentionnelle. Il peut s'agir alors soit d'un renseignement du traitement au domicile incomplet, d'un oubli de médicament non arrêté pendant l'hospitalisation lors de la rédaction de la lettre de sortie ou encore d'une substitution thérapeutique ou générique

sans reprise du traitement ambulatoire initial à la sortie. Selon une étude publiée dans le Journal de Pharmacie Clinique, 70% des patients ont subi au moins une modification inappropriée lors de l'analyse de l'ordonnance de sortie [8].

Dès lors, assurer la sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins est une priorité de santé publique. Une mauvaise communication lors des étapes de ce parcours de soins engendre des erreurs, et ce notamment à la sortie de l'hôpital [9, 10]. Dans une autre étude publiée dans le Journal of General Internal Medicine, on estime à environ un patient sur deux victime d'une erreur non intentionnelle de prescription lors de sa sortie [11].

En fin d'hospitalisation, les courriers de sortie sont destinés entre autre au médecin généraliste. Ce courrier doit contenir les informations sur les changements de traitement éventuels et doit ainsi favoriser la communication entre l'hôpital et le médecin traitant. Cependant, des études ont montré que ces lettres de sortie arrivent malheureusement souvent trop tard ou sont incomplètes [10,13]. De plus, 96% des médecins généralistes souhaiteraient avoir des informations sur les raisons d'un arrêt ou d'un changement de traitement, mais la majorité ne reçoit pas l'information désirée [12].

En 2005, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) a fait une mise au point dans le but d'alerter les professionnels de santé sur les règles générales s'appliquant à toute prescription chez le sujet âgé et notamment sur la nécessité de s'informer sur le parcours médicamenteux du patient lors de la rédaction de l'ordonnance [14]. Il semble donc utile d'effectuer une revue systématique de ces ordonnances afin d'optimiser la prescription médicamenteuse. On parle alors de conciliation médicamenteuse, définie par l'OMS comme un « processus pluriprofessionnel qui a vocation à garantir la continuité de la prise en charge médicamenteuse entre la ville et l'hôpital par :

- la prise en compte de tous les traitements pris par le patient qu'ils soient prescrits ou non lors de l'élaboration d'une nouvelle prescription
- la transmission et le partage des informations complètes et exactes des traitements du patient entre les professionnels de santé à tous les points de transition. »

Actuellement, 73% des professionnels de santé admettent n'avoir jamais entendu parler de conciliation médicamenteuse [15].

De nombreuses études ont montré l'effet positif de la conciliation sur la diminution des erreurs médicamenteuses [16,17].

Un article paru en 2014 dans le Pharmacien Hospitalier et Clinicien a montré que la mise en place d'une conciliation médicamenteuse dans un service de gériatrie permet l'adhésion du médecin traitant à l'optimisation de la prescription des patients âgés initiée dans le service [18].

Une autre étude réalisée à Strasbourg a montré l'efficacité de la conciliation tout au long du parcours de soins. [19]

De plus, si la conciliation réduit les erreurs médicamenteuses, elle est également efficace si elle est effectuée par l'intermédiaire d'un outil informatique [20].

A l'hôpital de Gonesse, en 2010, a été instauré, à l'issue de la conciliation de sortie, une carte de traitement destinée au patient et au médecin traitant. Cette initiative améliorait l'observance thérapeutique [21].

Par ailleurs, cinq pays (Allemagne, Australie, France, Pays Bas, USA) participent depuis 2006 au projet High 5s initié par l'Organisation mondiale de la santé, qui vise l'application de protocoles standardisés pour prévenir la survenue d'erreurs médicamenteuses et améliorer la sécurité du patient.

En France, le projet High 5s est coordonné par la Haute Autorité de santé (HAS), qui a retenu comme axe prioritaire la précision de la prescription des médicaments aux points de transition et notamment la lisibilité de l'ordonnance de fin d'hospitalisation. Ces recommandations récentes insistent sur l'élaboration et l'organisation du courrier de sortie et sur l'importance de stipuler les changements de posologie, les arrêts ou instaurations éventuels, ainsi que d'expliciter les raisons [22-24].

Enfin, un outil appelé « Mon traitement » a été développé par la filière gériatrique du Centre Hospitalier Régional et Universitaire (CHRU) de Lille, en partenariat avec l'Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT), le Réseau Santé-Qualité et l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Médecins Libéraux Nord Pas de Calais. Il s'agissait d'un tableau de traitement, rempli en fin d'hospitalisation et envoyé au médecin généraliste, incitant le prescripteur à réévaluer sa prescription. Une étude a analysé la faisabilité de l'outil et la qualité du remplissage. Le tableau, globalement bien rempli, était considéré comme utile et contribuait à favoriser la communication entre le généraliste et l'hôpital. Cependant, il existait des difficultés dues au temps de remplissage. Le projet était donc d'informatiser l'outil [25].

Dans ce contexte, afin d'améliorer la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse notamment lors du retour à domicile d'un patient hospitalisé, un outil a été mis en place au Groupe Hospitalier Seclin Carvin (GHSC). Cet outil vise, pour les soins primaires, à améliorer le lien ville-hôpital et, d'un point de vue institutionnel, à sécuriser le circuit du médicament en répondant aux exigences de l'HAS.

I. MATERIEL ET METHODES

A. Objectifs

L'objectif principal de cette thèse est d'intégrer aux Comptes Rendus d'Hospitalisation (CRH) des différents services de médecine du GHSC, un tableau de traitements médicamenteux, détaillant les éventuels ajouts, arrêts ou modifications de traitements et d'en expliciter les raisons.

Les objectifs secondaires sont :

- premièrement, d'analyser la qualité de remplissage et de déterminer d'éventuels facteurs d'erreurs de prescription du traitement de sortie
- deuxièmement, d'analyser la satisfaction ou non des médecins hospitaliers dictant le CRH, des secrétaires le rédigeant et des médecins traitants le recevant.

B. Matériel

1. Outils existants

Le tableau a été créé à partir des exigences de l'HAS, à savoir la nécessité de distinguer les traitements arrêtés, leurs modifications éventuelles ou la mise en place d'un nouveau traitement. Cet outil est donc adapté du «tableau de suivi du traitement» proposé par le groupe «PMSA-Prescription Médicamenteuse chez le sujet âgé» piloté par l'HAS [26].

Il répond aux critères définis par l'HAS concernant le document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24h [27].

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Traitements médicamenteux

Médicaments habituels avant l'admission *Nom (DCI OU de marque/générique) ; Dosage ; Dose ; Voie(s) d'administration ; Fréquence* *Il est recommandé de présenter les médicaments par domaine pathologique*	**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*

Par ailleurs, le tableau s'est inspiré d'outil-supports comme la fiche de traitement remise à la sortie des patients au CH de Lunéville :

Centre Hospitalier Lunéville

Médicament	Posologie				Commentaires éventuels	Prescrit sur ordonnance de sortie
	Matin	Midi	Soir	Nuit		
AEQUASYAL Spray buccal	1	1	1	1		
DIFFU K 600mg gel	1	0	0	0		
HEMIGOXINE 0,125mg cp	1	0	0	0		
LASILIX FAIBLE 20mg cp	1	0	0	0		
PARACETAMOL 500mg sachet	+1	+1	+1	0	Si besoin	
LUMIGAN 0,3 mg/ml collyre	1	0	0	0		
~~LYSANXIA 10mg cp~~	~~0~~	~~0~~	~~1~~	~~0~~	Médicament arrêté car potentiellement inapproprié chez la personne âgée	
SERESTA 10mg cp	0	0	1	0	Remplace Lysanxia 10mg cp	x
BISOPROLOL 2,5mg cp	1	0	0	0	Traitement de l'insuffisance cardiaque	x
NORFLOXACINE 400mg cp	1	0	1	0	Cystite à *E coli*, à poursuivre encore 3j	x

2. Tableau définitif

Le tableau définitif est organisé en quatre sous-parties que sont :

- traitements arrêtés,
- traitements du domicile poursuivis,
- traitements du domicile modifiés,
- traitements instaurés durant l'hospitalisation.

Ces sous-parties ont été organisées afin d'améliorer la lisibilité par le médecin traitant et les patients. Les traitements arrêtés ont été volontairement isolés, les traitements modifiés ont été différenciés des traitements instaurés.

Chaque sous-partie est divisée en cinq colonnes qui répondent aux critères HAS, à savoir :

- la voie d'administration
- le nom du médicament
- le dosage
- la posologie
- les commentaires éventuels (durée d'un traitement temporaire comme une antibiothérapie, indication lors d'une instauration de traitement, explication d'un éventuel arrêt, d'une modification de dosage ou de posologie).

Enfin, la phrase d'introduction du tableau a été choisie dans le but de faire part, au médecin généraliste recevant le courrier, qu'il s'agit là d'une proposition thérapeutique laissée à sa réévaluation.

Nous vous proposons de poursuivre le traitement suivant prescrit pour un mois à réévaluer par le médecin traitant :

TRAITEMENTS ARRETES

Voie	Nom	Dosage	Posologie	Indication/Commentaire/ Durée éventuelle

TRAITEMENT DE SORTIE

Traitements Du Domicile Poursuivis				

Traitements Du Domicile Modifiés				

Traitements Instaurés Durant l'Hospitalisation				

DIVERS :

Sensible à votre confiance, veuillez croire, Cher Confrère, en mes sentiments les meilleurs.

3. Mise en place dans les services de médecine

a) Présentation du GHSC

Situé au sud de la métropole lilloise, le GHSC gère 269 lits de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), avec une filière gériatrique labellisée de 118 lits d'hospitalisation complète.

Il s'agit d'un hôpital polyvalent du bassin de vie Lille Métropole, se situant à environ dix kilomètres du CHRU. Il dessert une partie de la couronne sud-est périurbaine de Lille et des communes extérieures au territoire communautaire, soit 224 263 habitants répartis prioritairement sur des petites communes. La densité de population est de 487,9 habitants/km2. Les patients du GHSC proviennent, pour environ deux tiers, du département du Nord et pour le tiers restant du Pas-de-Calais limitrophe [28].

b) Genèse du projet

Ce projet fait suite à un constat lors d'un stage de Niveau 1 de l'internat de médecine générale : la synthèse des traitements à la sortie de l'hôpital est le plus souvent incompréhensible, et les consultations qui en découlent de véritables casse-têtes. De plus, sensibilisé à la iatrogénie médicamenteuse lors de quatre stages en milieu gériatrique au cours du deuxième et troisième cycle des études médicales, la motivation personnelle principale était d'établir un outil visant à contrecarrer ce risque d'erreurs médicamenteuses à la sortie de l'hôpital.

La rencontre initiale, fin août 2015, des Dr Luyssaert et Descamps du pôle Pharmacie, a permis, en collaboration avec ces acteurs de terrain impliqués dans la sécurisation du circuit du médicament, d'affiner les modalités de mise en oeuvre de l'outil. Il avait été mis en avant l'importance d'un traitement du domicile bien renseigné dès le

début d'hospitalisation pour un outil efficace. Une première ébauche de tableau reprenant les critères HAS avait été élaborée. L'intérêt du pôle Pharmacie pour ce travail avait été fort, dans le but d'enclencher une prise de conscience, favorable à une mise en route d'un travail de conciliation au GHSC.

De nombreuses réunions ont eu lieu, s'étalant de novembre 2015 à mars 2016, afin d'élaborer l'outil définitif, de cadrer le projet et de présenter ce travail au niveau institutionnel :

- Fin novembre 2015, rencontre avec le Dr Cordier, alors président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME). Le projet était alors accueilli favorablement, d'autant que le Dr Cordier était de son côté très investi avec les médecins généralistes du secteur pour favoriser le lien ville-hôpital. Il était alors mis en avant l'importance d'un outil simple, pas trop chargé, bien lisible et percutant.
- Fin novembre 2015 également, rencontre du Dr Lemaitre, initiatrice d'un travail de conciliation au Court Séjour Gériatrique (CSG) du CHRU de Lille, pour discuter et appréhender les difficultés rencontrées lors de son travail.
- Ensuite, rencontre début janvier 2016 du Dr Lafitte, nouvelle présidente de CME et présidente du groupe « Dossier Patient » (DPA). Il avait alors été souligné l'importance d'un travail en accord avec les obligations institutionnelles actuelles et notamment les Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS), qui prennent en compte la qualité de rédaction de l'ordonnance de sortie en lien avec les recommandations de l'HAS.
- Début février 2016, officialisation du projet de manière institutionnelle en réunion DPA. Il avait alors été décidé que cet outil s'intégrerait initialement dans les services de Médecine, de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) et de CSG, puis pouvant s'étendre en définitive si les résultats étaient encourageants à l'ensemble du centre hospitalier.

- Début mars 2016, rencontre de Mme Decobert, cadre du pôle secrétariat, afin d'intégrer au mieux l'outil selon les normes imposées par l'informatique (police, taille, marges, bordures…), puis de l'ensemble des secrétaires des services de Médecine, de SSR et de CSG. Cette réunion était primordiale afin d'apporter des explications sur l'importance de ce travail et de les rendre actrices du projet.
- Enfin, tout au long du mois de mars 2016, rencontre de chacun des différents chefs de service de l'hôpital concernés par l'outil, de leurs confrères, et des étudiants, internes et externes, pour informer et sensibiliser sur la mise en place de l'outil, approuvé et validé par les instances en réunion DPA. Ces rencontres ont été décisives pour faire passer des messages primordiaux :

• lutte contre la iatrogénie
• renforcement du lien ville-hôpital
• importance d'un traitement du domicile bien renseigné pour faciliter la dictée du traitement de sortie.

En définitive, l'outil a été mis en route de manière effective début avril 2016 dans tous les services concernés.

4. Rencontre des médecins généralistes du bassin seclinois

Afin d'informer les médecins généralistes du secteur recevant les courriers, l'outil a été présenté lors d'une réunion de Formation Médicale Continue se déroulant au sein même de l'hôpital, en juin 2016, devant une trentaine d'entre eux.

C. Méthodes

1. Critères d'inclusion

Nous avons inclus tous les patients des services de médecine, de SSR et de CSG du GHSC, sortant d'une hospitalisation de plus de 24h, vers le domicile. La période d'inclusion s'étale du 18/04/2016 au 30/04/2016. Il a été choisi une durée supérieure à 24h au regard des critères HAS. Le choix de cette période s'expliquait par la nécessité d'analyser les courriers rédigés par les internes avant le changement de semestre. Ces deux semaines d'inclusion permettaient d'obtenir un nombre de courriers suffisant.

2. Critères d'exclusion

Nous avons exclu les courriers de transfert, de décès, de mutations et d'hospitalisation inférieure à 24h. L'outil n'a pas été mis en place dans les services de Pédiatrie, Gynécologie, Chirurgie et le Pôle Urgences.

3. Test de l'outil avant la période d'inclusion

L'outil a été testé début mars 2016 dans deux services pilotes : SSR et CSG, puis généralisé fin mars progressivement à l'ensemble des services concernés, suite aux rencontres successives des chefs de service et de leurs confrères.

4. Analyse de la qualité de remplissage de l'outil

La qualité de remplissage de l'outil a été évaluée selon la présence des critères suivants, côtés de manière binaire « oui/non » :

- l'outil est présent et intégré au courrier de sortie ; cet item est primordial, le courrier n'était pas analysé si le tableau n'était pas présent.

- les différentes sous-parties du tableau (traitements interrompus, traitements poursuivis, traitements modifiés, traitements instaurés) sont renseignées si elles doivent l'être.
- les différentes colonnes sont renseignées (voie, nom, posologie, dénomination).

Concernant la colonne « indication, commentaire, durée éventuelle », elle ne devait être renseignée que s'il y avait un arrêt, une modification ou une instauration de traitement ou une durée de traitement précise.

Pour être analysé, chaque CRH devait comporter le traitement du domicile. Ainsi, concernant d'éventuelles incohérences (discordances entre le traitement renseigné à l'entrée et le traitement de sortie), celles-ci étaient recherchées, décomptées et qualifiées.

5. Relevé de données

Pour chaque patient, des données exploitables statistiquement étaient recherchées, afin de dresser un portrait de la population :

- âge
- sexe
- service d'hospitalisation
- durée de séjour
- statut du médecin dictant le courrier
- nombre de traitements à l'entrée
- nombre de traitements à la sortie

6. Enquêtes de satisfaction

L'intérêt et la satisfaction vis-à-vis de l'outil ont été évalués auprès des médecins généralistes, des médecins hospitaliers et internes et des secrétaires.

a) Médecins traitants

Un questionnaire (ANNEXE 1) a été envoyé aux médecins traitants ayant reçu au moins un courrier contenant le tableau pendant la période d'inclusion. Ce questionnaire a été parallèlement transposé sur un site de réponse en ligne, afin de maximiser les chances de réponses.

b) Médecins hospitaliers

Un autre questionnaire (ANNEXE 2) a été envoyé aux médecins hospitaliers et internes ayant dicté les courriers pendant la période d'inclusion. Ce questionnaire a été adressé au format papier par l'intermédiaire des secrétariats des médecins concernés et sur un site de réponse en ligne pour les internes présents à cette période.

c) Secrétaires

Enfin, un dernier questionnaire (ANNEXE 3) a été adressé aux secrétaires des services concernés, également au format papier.

7. Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été effectuées par l'équipe de la Plateforme d'Aide Méthodologique du CHRU de Lille, concernant la partie étudiant la qualité du remplissage. Deux rencontres ont eu lieu et ont permis d'échanger et d'étoffer le travail. Une première

rencontre a permis de définir les modalités du recueil de données, transmis alors par l'intermédiaire d'un document au format excel. La deuxième rencontre avait pour but de rendre compte des résultats obtenus.

Une analyse univariée a été utilisée pour décrire la population, les effectifs dans chaque service, la présence du tableau et la qualité de remplissage dans l'effectif global.

Une analyse bivariée a été utilisée pour décrire la présence du tableau et la qualité du remplissage en fonction du service. Un test de Chi-2 a été utilisé pour étudier ces variables qualitatives.

Afin d'analyser les facteurs pouvant influer sur la qualité du remplissage, une analyse multivariée de régression logistique a été utilisée. Celle-ci était ajustée sur l'âge, le sexe, la durée de séjour, le nombre de traitements à l'entrée, le nombre de traitements à la sortie et le statut du dicteur. Si l'odds-ratio (OR) était supérieur à 1, cela signifiait que le facteur étudié augmentait la présence et la qualité du remplissage. Cet OR était d'ailleurs significatif lorsque l'intervalle de confiance excluait la valeur 1 et que $p < 0,05$.

II. RESULTATS

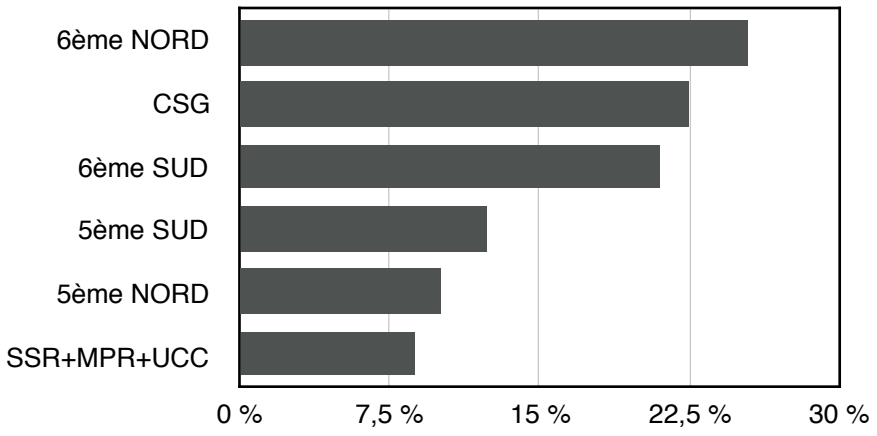
A. Effectifs et caractéristiques de la population étudiée

1. Effectifs selon les services

L'effectif total sur la période d'inclusion est de 138 patients.

Le service 6ème NORD (Cardiologie) représente 25.36% des courriers envoyés au médecin traitant après une hospitalisation de plus de 24h. Le CSG (Court Séjour Gériatrique) 22.46%, le 6ème SUD (Pneumologie) 21.01%, le 5ème SUD (Endocrinologie et Rhumatologie) 12.32%, le 5ème NORD (Médecine Interne) 10.34%, le SSR (Soins de Suite et Réadaptation), la MPR (Médecine Physique et Réadaptation) et l'UCC (Unité Cognitive et Comportementale), regroupés sous le terme SSR par la suite, 8.69%.

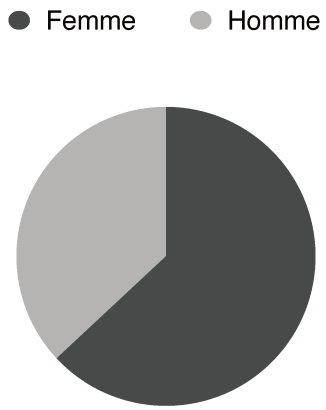
Service	Effectif	Proportion	IC 95%
6ème NORD	35	25,36 %	[18,35% ; 33,47%]
CSG	31	22,46 %	[15,8% ; 30,34%]
6ème SUD	29	21,01 %	[14,55% ; 28,77%]
5ème SUD	17	12,32 %	[7,34% ; 18,99%]
5ème NORD	14	10,14 %	[5,66% ; 16.44%]
SSR+MPR+UCC	12	8,69 %	[3,99% ; 13,4%]
Effectif total	138		



2. Caractéristiques de la population étudiée

a) Sexe

Sur 138 patients, 63.04% sont des femmes et 36.96% des hommes.

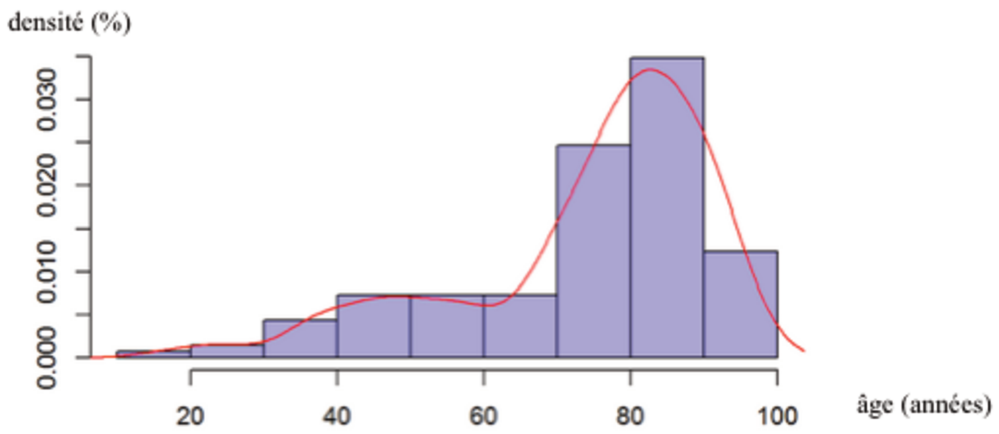


Sexe	Effectif	Proportion	IC 95%
Femme	87	63,04 %	[54,42% ; 71,1%]
Homme	51	36,96 %	[28,9% ; 45,38%]

b) Age

i. sur l'ensemble de l'effectif

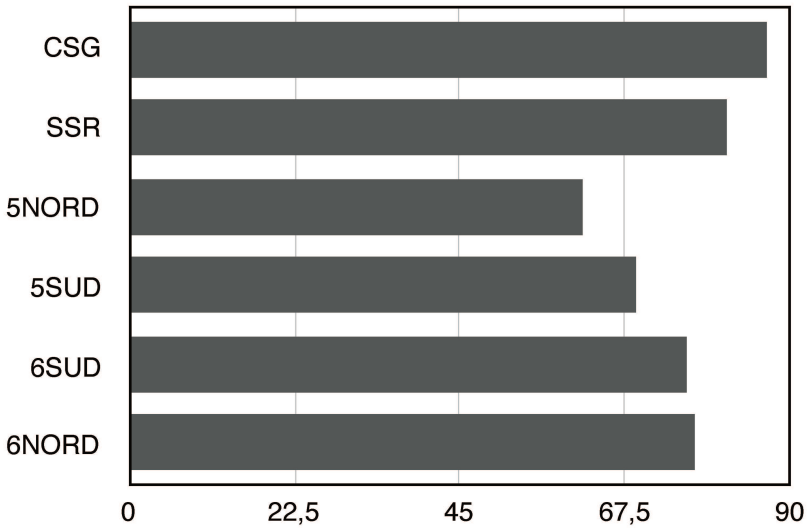
Concernant l'âge, la moyenne est de 74.14 ans. La médiane est de 79 ans.



ii. selon les services

Les médianes d'âge les plus élevées sont celles de la filière gériatrique, à savoir 87 ans en CSG et 81,5 ans en SSR, et donc plus élevées que la médiane de l'ensemble de

l'effectif (79 ans).

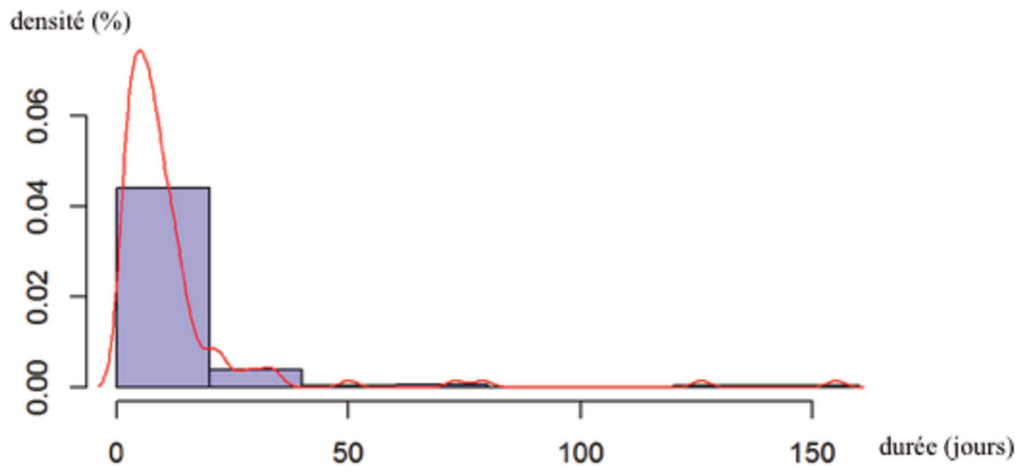


Age	CSG	SSR	5NORD	5SUD	6SUD	6NORD
Moyenne	85,13	67,85	52,75	57,94	69,93	72,19
Médiane	87	81,5	62	69	76	77

c) Durée d'hospitalisation

i. sur l'ensemble de l'effectif

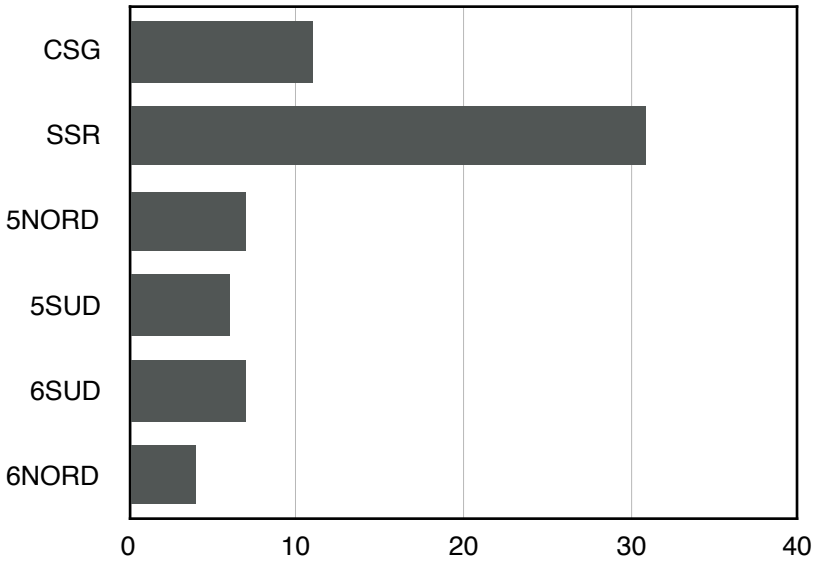
Concernant la durée d'hospitalisation, la moyenne est de 12,13 jours. La médiane, plus représentative là aussi, est de 8 jours.



ii. selon les services

La durée d'hospitalisation est la plus élevée dans la filière gériatrique, à savoir en CSG (médiane à 11 jours) et SSR (médiane à 31 jours).

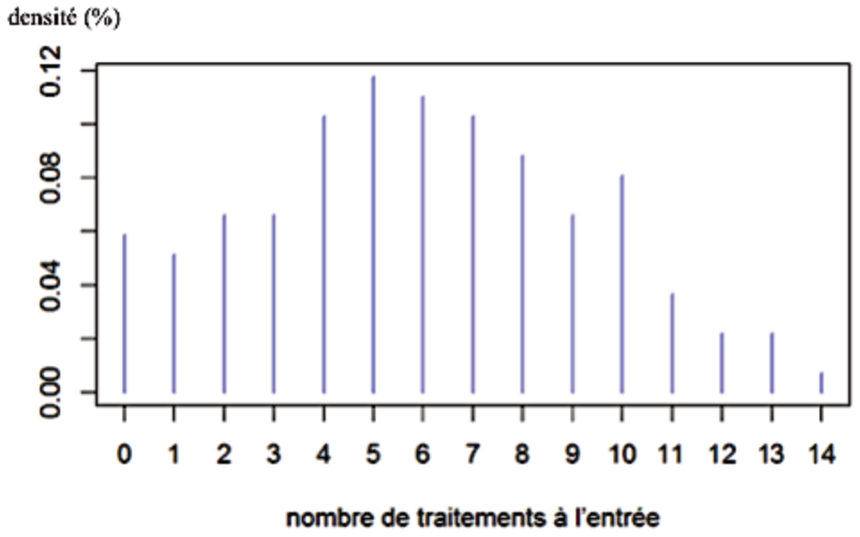
Durée d'hospitalisation	CSG	SSR	5NORD	5SUD	6SUD	6NORD
Moyenne	10,77	52,17	10,35	5,77	9,23	5,22
Médiane	11	31	7	6	7	4



d) Nombre de traitements au domicile

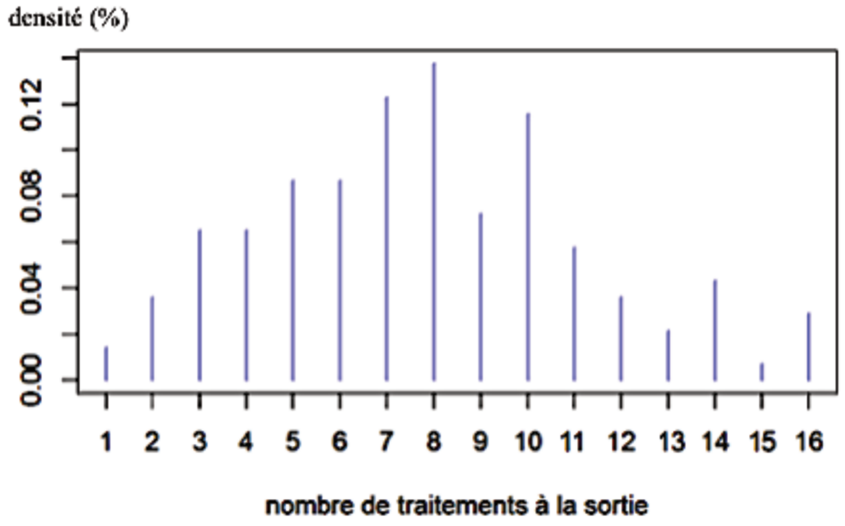
Tous les courriers analysés comportaient un traitement du domicile renseigné.

La moyenne du nombre de traitements au domicile renseignés dans le courrier de sortie est de 5.93. La distribution est harmonieuse, comme le montre le diagramme ci-dessous. La médiane est de 6.



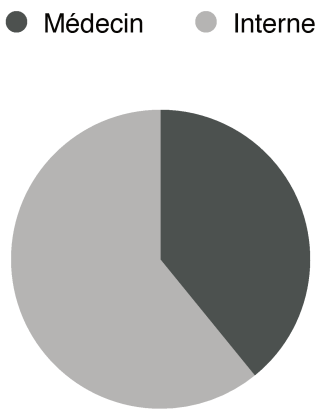
e) Nombre de traitements à la sortie

La moyenne du nombre de traitements à la sortie est de 7.81. La distribution est tout aussi harmonieuse. La médiane est de 8.



3. Statut du dicteur

La répartition des médecins hospitaliers ayant dictés les courriers est la suivante : 60,87% d'internes et 39,13% de médecins hospitaliers.



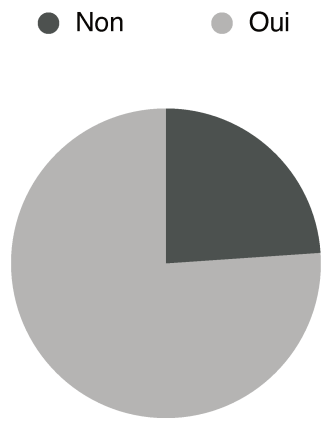
Statut	Effectif	Proportion	IC 95%
Médecin	54	39,13 %	[30,94% ; 47,8%]
Interne	84	60,87 %	[52,2% ; 69,06%]

B. Exhaustivité et qualité de remplissage de l'outil

1. Exhaustivité

a) Présence du tableau

Sur 138 courriers de sortie, 105 comprenaient l'outil mis en place, soit 76,09%.

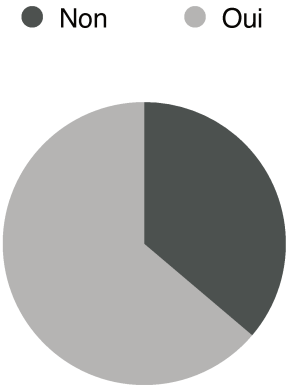


Présence d'un tableau	Effectif	Proportion	IC 95%
Non	33	23,91 %	[17,07 ; 31,91]
Oui	105	76,09 %	[68,09 ; 82,93]

b) remplissage des différentes sous-parties

i. voie

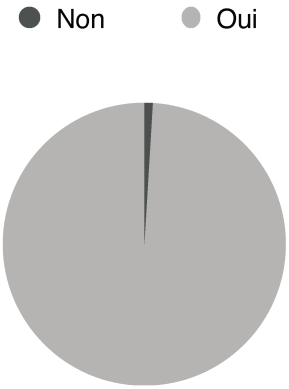
Sur 105 tableaux, la voie était renseignée 67 fois, soit 63,81%.



Voie renseignée	Effectif	Proportion	IC 95%
Non	38	36,19 %	[27,04% ; 46,15%]
Oui	67	63,81 %	[53,85% ; 72,96%]

ii. dosage

Sur 105 tableaux, le dosage n'était omis qu'une seule fois.



Dosage renseigné	Effectif	Proportion	IC 95%
Non	1	0,95 %	[0,02% ; 5,19%]
Oui	104	99,05 %	[94,81% ; 99,98%]

iii. posologie

Sur les 105 tableaux, la posologie était renseignée dans 100% des cas.

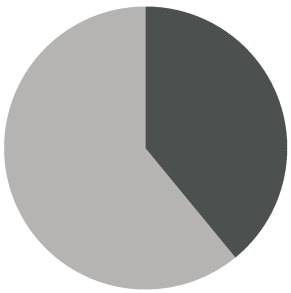
iv. dénomination

Sur les 105 tableaux, la dénomination des médicaments était renseignée dans 100% des cas.

v. commentaire

Si un commentaire était nécessaire (durée de traitement, justification d'arrêt ou

d'introduction d'une traitement, modification d'une posologie), celui-ci était attendu dans le tableau. Dans 39,05% des cas, ce commentaire était absent alors qu'il était considéré comme nécessaire.



Présence d'un commentaire	Effectif	Proportion	IC 95%
Non	41	39,05 %	[30.25% ; 49,59%]
Oui	64	60,95 %	[50,41% ; 69,75%]

vi. synthèse sur l'exhaustivité du remplissage

Sur 105 tableaux présents, 63 étaient complets et ne comportaient pas d'incohérences, soit 60%.

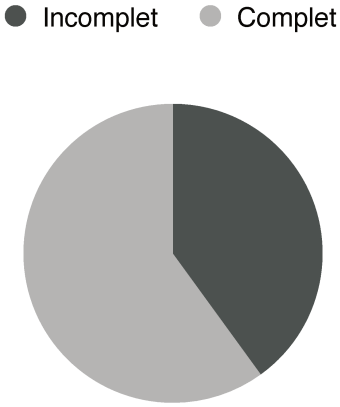


Tableau	Effectif	Proportion	IC 95%
Incomplet	42	40 %	[30,63% ; 49,37%]
Complet	63	60 %	[50,63% ; 69,37%]

c) Incohérences

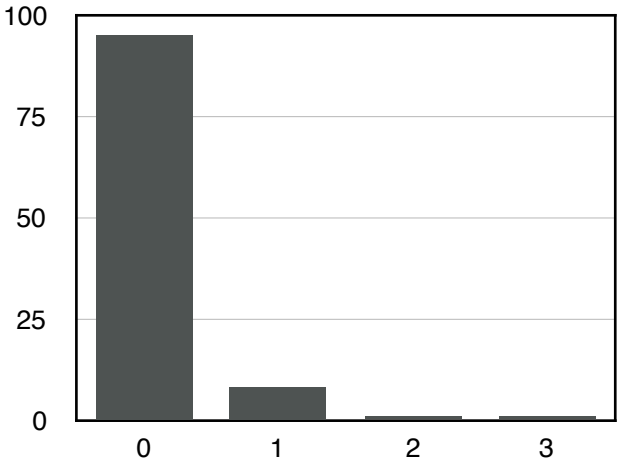
A la lecture des tableaux lors du recueil de données, deux types d'erreurs ont été mises en avant.

i. oubli de represcription de traitements du domicile

Il s'agit d'un oubli de represcription d'un ou de plusieurs traitements du domicile dans la sous-partie « traitements du domicile poursuivis ».

Dix tableaux comportaient au moins cette incohérence :

- huit n'en comptaient qu'une
- un en comportait deux
- un en comportait trois.

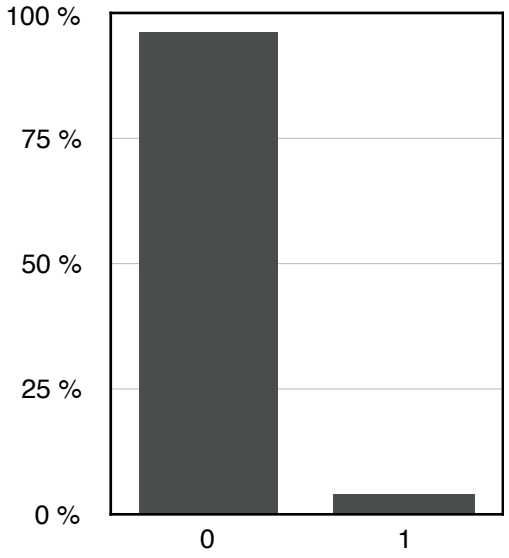


Incohérence d'oubli	Effectif	Proportion	IC 95 %
0	95	90,48 %	[83,18% ; 95,34%]
1	8	7,62 %	[3,35% ; 14,46%]
2	1	0,95 %	[0,02% ; 5,19%]
3	1	0,95 %	[0,02% ; 5,19%]

ii. ajout incohérent dans les traitements poursuivis

Il s'agit de de la prescription d'une nouvelle molécule dans la partie « traitements du domicile poursuivis ».

Quatre tableaux comportaient une fois cette erreur.



Ajout incohérent	Effectif	Proportion	IC 95 %
0	101	96,19 %	[90,53% ; 98,95%]
1	4	3,81 %	[1,05% ; 9,47%]

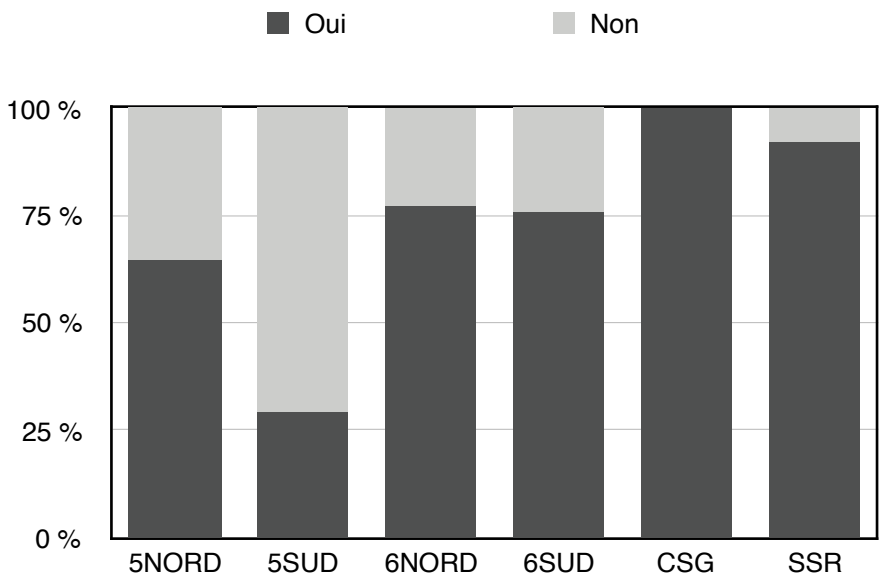
2. Présence et bon remplissage du tableau selon le service

a) Présence du tableau

Au CSG, le tableau était présent dans 100% des cas. Au 5ème NORD 64,29%, au 5ème SUD 29,41%, au 6ème NORD 77,14%, au 6ème SUD 75,86% et au SSR 91,67%.

Présence d'un tableau	5NORD	5SUD	6NORD	6SUD	CSG	SSR
Non	35,71 %	70,59 %	22,86 %	24,14 %	0 %	8,33 %
Oui	64,29 %	29,41 %	77,14 %	75,86 %	100 %	91,67 %

Le Mosaicplot suivant représente la proportion des tableaux présents selon le service.

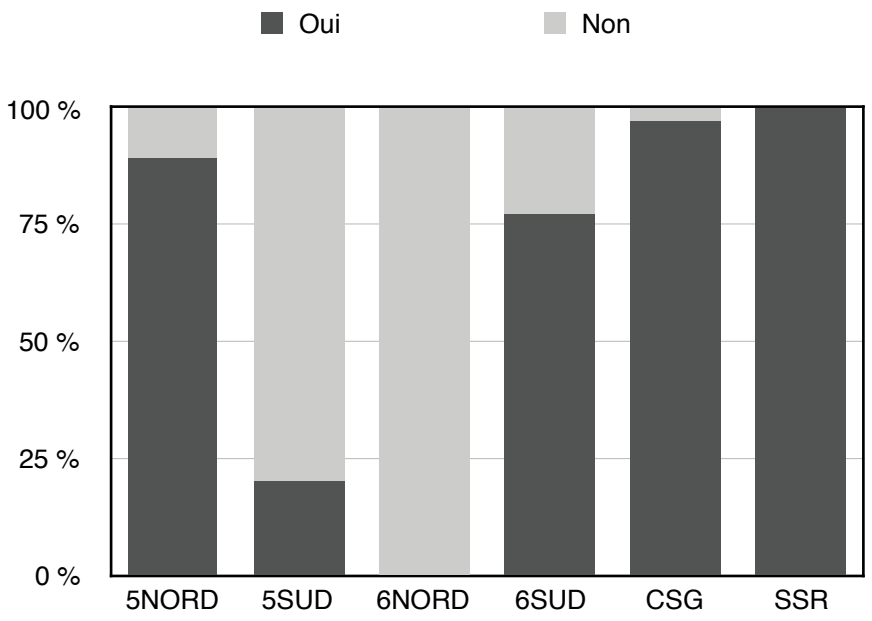


b) Bon remplissage du tableau

Un tableau était considéré comme bien rempli s'il comportait les différentes sous-parties, si chaque colonne était renseignée et s'il n'y avait pas d'incohérences dans le remplissage.

En SSR, les tableaux présents étaient complets et bien remplis dans 100% des cas. Au CSG dans 96,27 %, au 5ème NORD dans 88,89%, au 6ème SUD dans 77,27 % et au 5ème SUD dans 20% des cas. Au 6ème NORD, tous les tableaux présents étaient incomplets, car la voie d'administration n'était jamais renseignée.

Bon remplissage	5NORD	5SUD	6NORD	6SUD	CSG	SSR
Oui	88,89 %	20 %	0	77,27 %	96,77 %	100 %
Non	11,11 %	80 %	100 %	22,73 %	3,23 %	0 %



3. Facteurs déterminant la présence et la qualité du tableau

Nous avons effectué une analyse multivariée afin de déterminer les facteurs pouvant influencer la présence et le remplissage du tableau.

Les facteurs étudiés étaient :

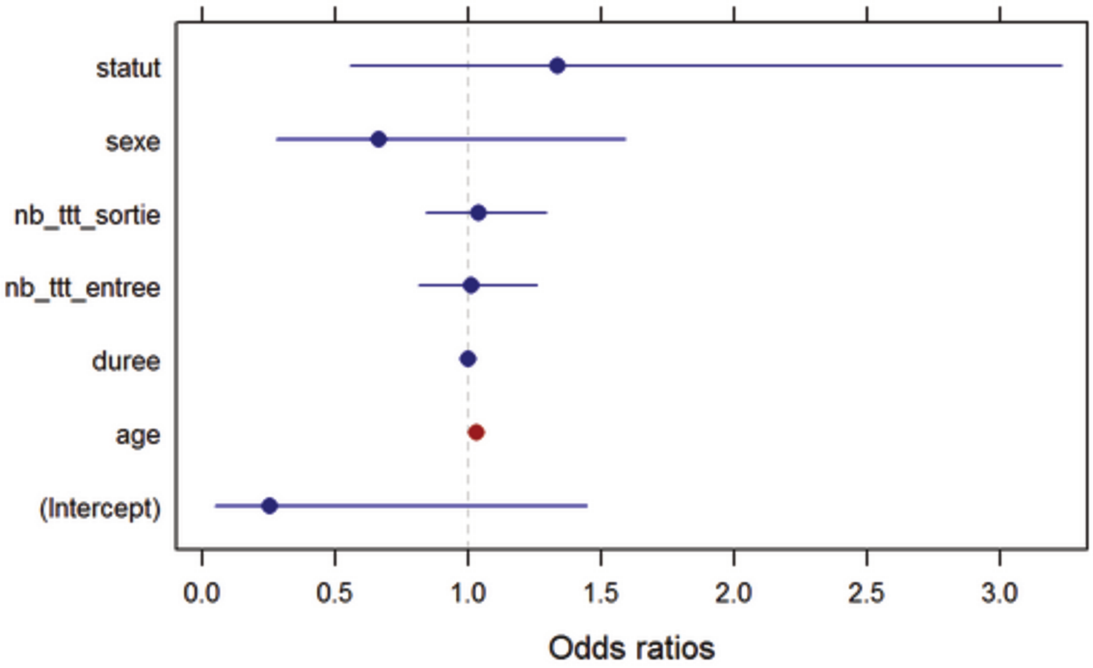
- l'âge du patient
- le sexe du patient
- la durée de séjour
- le nombre de traitements à l'entrée
- le nombre de traitements à la sortie
- le statut du dicteur

a) Présence du tableau

Dans cette régression logistique, on observe que seul le facteur « âge » a un impact statistiquement significatif sur le taux de présence du tableau. En effet, l'OR est de 1,0321240, p est <0,05 et l'intervalle de confiance exclut la valeur 1.

Facteurs	OR	CI 95% inf	CI 95% sup	pvalue
Age	1,0321240	1,0060751	1,060244	0,0171883
Durée	0,9971874	0,9744194	1,028673	0,8226104
Nb ttt sortie	1,0400532	0,8421896	1,305408	0,7217802
Nb ttt entrée	1,0099172	0,8076043	1,257075	0,9293854
Sexe (homme)	0,6611309	0,2742886	1,602263	0,3546019
Statut (interne)	1,3361266	0,5431367	3,213790	0,5198297

Ainsi, indépendamment des autres facteurs, si l'âge augmente de 5 ans, la chance d'avoir un tableau intégré au courrier de sortie augmente de 17% ($1{,}032^{\wedge 5}$).

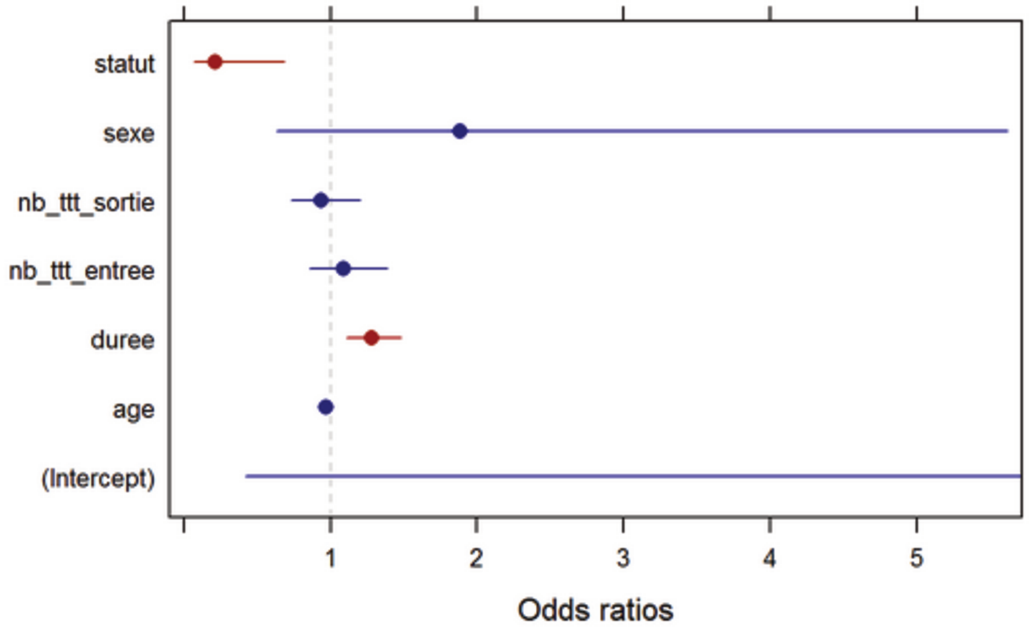


b) Qualité de remplissage du tableau

Dans cette régression logistique, on observe que le statut d'interne diminue la chance d'avoir un tableau bien rempli (OR = 0,2148036, p<0,05 et IC excluant la valeur 1). A l'inverse, plus on augmente la durée de séjour, plus on augmente la chance d'avoir un

tableau bien rempli (OR = 1,2806223, p<0,05 et IC excluant la valeur 1). Les autres facteurs n'influent pas de manière significative.

Facteurs	OR	CI 95% inf	CI 95% sup	pvalue
Age	0,9687552	0,9350176	0,9998500	0,0588161
Durée	1,2806223	1,1254038	1,5087276	0,0009006
Nb ttt sortie	0,9375106	0,7273714	1,2071351	0,6106754
Nb ttt entrée	1,0908149	0,8558866	1,4021903	0,4815206
Sexe (homme)	1,8847556	0,6431350	5,8519467	0,2554094
Statut (interne)	0,2148036	0,0621848	0,6430603	0,0089753



C. Enquêtes de satisfaction

1. Médecins généralistes

Sur les 78 médecins ayant reçu des courriers du GHSC pendant la période d'inclusion et donc reçu le questionnaire, 32 ont répondu.

Les résultats sont les suivants :

- 41% des généralistes ont considéré que le tableau avait été rempli pour la majorité de leurs patients.
- 87% ont trouvé la trame de l'outil lisible, qu'il pouvait diminuer le risque d'erreurs médicamenteuses en sortie d'hospitalisation et optimiser le traitement de sortie des patients.
- 82% ont suivi les changements thérapeutiques suggérés.
- 28 % ont considéré que les motifs de changement étaient suffisamment renseignés.
- 91% ont estimé que cet outil peut améliorer la communication entre eux et l'hôpital.

Concernant les commentaires libres, les critiques étaient textuellement les suivantes :

- « tableau inexistant pour les patients sortant de chirurgie », « des erreurs influant sur la qualité de l'outil », « manque de commentaires », « pas d'intérêt pour les patients non polymédiqués », « problème de changement de molécule par manque d'équivalence à l'hôpital », « traitement du domicile mal renseigné donc tableau incorrect »
- « bonne lisibilité », « bonne synthèse », « très bien », « bonne idée », « gain de temps en consultation », « utile en gériatrie », « j'ai plus facilement suivi les changements thérapeutiques quand ils étaient expliqués ».

2. Médecins hospitaliers et internes

Des 28 médecins et internes ayant testé l'outil pendant la période d'inclusion, 18 ont répondu. Les résultats sont les suivants :

- 17 médecins ont pu remplir le tableau pour la majorité de leurs patients.
- 4 ont estimé avoir rencontré des difficultés pour remplir les différentes sous parties et renseigner le commentaire si nécessaire, 1 pour la voie d'administration et la

posologie, 2 pour la dénomination et le dosage.

- Tous ont estimé que l'outil répondait aux exigences de l'HAS en optimisant le traitement de sortie et en diminuant le risque iatrogénique.
- 17 médecins ont estimé que ce tableau peut être un moyen d'améliorer la communication avec les généralistes.

Concernant les commentaires libres, les critiques étaient les suivantes :

- « pas toujours évident de récupérer le traitement du domicile du patient, surtout quand il est passé par plusieurs services auparavant », « faire participer le pôle pharmacie de l'hôpital », « on peut encore progresser et faire participer les pharmaciens de ville qui pourraient analyser la prescription de sortie », « perte de temps », « alourdit le courrier en nombre de pages ».
- « très clair pour le patient et le médecin », « permet un nettoyage de l'ordonnance », « démarche intellectuelle intéressante », « bon travail ».

3. Secrétaires hospitaliers

Des 8 secrétaires concernées par cet outil, 5 ont répondu au questionnaire. Les résultats sont les suivants :

- Toutes les secrétaires constatent que le tableau est intégré dans la trame du courrier de leurs services respectifs.
- Toutes estiment que l'enjeu de l'outil leur a été expliqué.
- 3 secrétaires estiment que la dictée du traitement effectuée par le médecin permet le remplissage du tableau, 2 trouvent cette dictée incomplète avec, en commentaire, l'absence de la voie d'administration.
- Une secrétaire précise que certains médecins de son service n'utilisent pas l'outil.
- 3 secrétaires estiment que le remplissage est chronophage et évaluent la charge de

travail entre 5 et 10 minutes supplémentaires par courrier. 2 estiment ce tableau peu chronophage et évaluent la charge de travail à moins de 5 minutes supplémentaires.

- 4 secrétaires estiment que l'outil peut améliorer la communication avec les médecins traitants.

Les commentaires libres étaient les suivants :

- « dictée incorrecte donc le remplissage est source d'erreurs »
- « ce tableau fait perdre beaucoup de temps »
- « problèmes de mise en page »
- « chronophage car il faut sans cesse naviguer dans le tableau pour remplir ».

III. DISCUSSION

A. Résultats

1. Population

a) Effectifs selon les services

La période de recueil choisie a permis d'inclure 138 patients (et donc courriers) à cette étude. Les services les plus pourvoyeurs de courriers sont naturellement ceux où le « turn-over » est le plus important, à savoir 35 courriers au 6ème NORD pour une durée médiane de 4 jours d'hospitalisation, contre 12 courriers pour le SSR, pour une durée médiane à 31 jours. Seule exception, le service de CSG, où le nombre de courriers est important malgré une durée médiane de 11 jours. Ce résultat peut s'expliquer par un nombre de lits plus important que dans les autres services étudiés.

b) Caractéristiques de la population étudiée

i. âge et sexe

Concernant les caractéristiques de la population, les résultats montrent une population âgée avec une médiane à 79 ans, plus représentative que la moyenne du fait d'une distribution très hétérogène de l'âge de la population.

Il existe une proportion nettement en faveur des femmes concernant les sujets inclus, ce qui peut s'expliquer par une espérance de vie plus élevée chez le sexe féminin [1].

Dans notre population, trois quarts des sujets ont plus de 65 ans, alors que la proportion nationale des patients de plus de 65 ans hospitalisés en MCO est d'une personne sur trois en 2014 [29].

L'âge en lien avec le degré de fragilité étant un facteur de risque de iatrogénie [3],

notre population est donc particulièrement exposée à ce risque et l'outil visant à sécuriser l'ordonnance de sortie peut donc permettre de lutter contre ce risque.

Dans le contexte d'un vieillissement de la population, et devant un milieu hospitalier pas suffisamment adapté aux besoins de soins spécifiques des personnes âgées, souvent fragiles et poly-pathologiques [30], la circulaire du 18 mars 2002 [31] a défini les conditions d'organisation d'une filière gériatrique. Un patient dit gériatrique est alors « un patient âgé polypathologique présentant un fort risque de dépendance physique ou sociale et ne relevant pas d'un service de spécialité ».

De par sa filière gériatrique labellisée en 2008, le GHSC draine donc une population naturellement âgée. Il est par ailleurs logique que le SSR et le CSG soient les deux services où l'âge est le plus élevé.

ii. durée d'hospitalisation et nombre de traitements

Concernant la durée d'hospitalisation, la médiane est de 8 jours et c'est au sein de la filière gériatrique que la durée de séjour est la plus élevée, à savoir 11 jours au CSG et 31 jours au SSR. Cela découle de la prise en charge par ces services de patients âgés polypathlogiques vulnérables en comparaison à une population plus hétérogène dans les autres services. Dans un service de SSR, la durée d'hospitalisation au niveau national est de 34 jours [32]. Dans un service de CSG, la durée moyenne est de 14 jours [33]. Les chiffres retrouvés dans ce travail sont donc en adéquation avec les moyennes nationales.

Globalement, durant ces 8 jours d'hospitalisation, le nombre de médicaments entre le domicile du patient et la sortie d'hospitalisation passe de 6 à 8, ce qui est élevé avant comme après hospitalisation. En effet, l'étude EICLAT réalisée en 2006 montrait que 66% des ordonnances analysées comportaient moins de 5 lignes [34]. De plus, une étude réalisée sur un échantillon représentatif de 1259 sujets montrait qu'en moyenne, chez les

personnes de plus de 65 ans, une ordonnance comportait 3,4 lignes [35]. Enfin, une étude réalisée en 2007 et publiée dans le Journal of Clinical Pharmacology ne montrait pas d'augmentation du nombre de traitements entre l'entrée et la sortie d'hospitalisation [4]. Il aurait été intéressant dans notre étude d'analyser quelle ligne avait été ajoutée, s'il s'agissait d'un traitement ponctuel (antibiotique, IPP, héparine…) ou d'une indication de longue durée.

Ces résultats permettent de dégager un constat : dans cette population globalement âgée, polypathologique, fragile, polymédiquée, où l'hospitalisation entraîne nécessairement des changements thérapeutiques avec ajout de molécules, l'outil mis en place trouve tout son intérêt. En effet, remplir ce tableau exige d'effectuer une réflexion sur tous les changements médicamenteux intervenus durant l'hospitalisation, qui va dans le sens d'une optimisation du traitement de sortie.

Grymonpre a montré en 1988 la relation existant entre le nombre de maladies et le nombre de médicaments prescrits. De plus, le risque d'effets indésirables augmente de manière exponentielle en fonction du nombre de médicaments [3, 36].

Cependant, si le traitement des pathologies est justifié, nombreux sont ceux qui s'accordent à dire qu'un nombre important de médicaments prescrits ne sont pas nécessaires. Un des axes de réflexion est donc la lutte contre l'overuse qui surcharge l'ordonnance et qui est définie comme l'utilisation de médicaments prescrits en l'absence d'indication ou qui n'ont pas prouvé leur efficacité [37]. Elle est très fréquente chez les sujets âgés. Dans une étude réalisée au CHU de Brest, sur une population de patients âgés de plus de 75 ans, la prévalence de l'overuse retrouvée était de 77% [38].

Dès lors, prendre le temps d'intercepter entre autre ce type de mésusage lors d'un processus de conciliation médicamenteuse apparaît indispensable.

2. Exhaustivité

a) Présence du tableau

Des 138 courriers inclus dans ce travail, 105 comportaient l'outil mis en place. Cela montre un investissement des médecins dictant les CRH avec un impact institutionnel fort en réponse aux exigences de l'HAS et des critères IPAQSS.

La présence du tableau est très hétérogène selon les services, avec des taux variant de 29 à 100%. En effet, il a été compliqué, dès l'introduction de l'outil dans les courriers de sortie, de faire passer le message de l'intérêt de la démarche et ce malgré les nombreux échanges avec les médecins hospitaliers. Certains n'approuvaient pas le projet, le jugeant chronophage ou ayant des réticences à changer leurs habitudes, malgré la précision apportée que ce projet n'était pas uniquement un travail de thèse mais bien un travail institutionnel afin de répondre aux exigences de l'HAS. De plus, il semblait au sein des services même exister des sensibilités et un intérêt différents quant à cet outil.

Il est également important de souligner, que le traitement du domicile était renseigné dans tous les courriers de sortie analysés. Il s'agit là d'un point fort de la qualité de rédaction du CRH. Ce critère IPAQSS fait d'ailleurs partie du référentiel des informations nécessaires à la continuité et à la sécurité, à la sortie d'hospitalisation [27].

b) Remplissage de l'outil

Concernant l'exhaustivité du remplissage de l'outil, il existe des difficultés pour renseigner la voie d'administration (36% d'oubli) et le commentaire (39% d'oubli). Cela donne un nombre global de tableaux parfaitement remplis de 60%.

On peut malgré tout nuancer ce résultat, notamment au 6ème NORD où la voie d'administration n'était jamais renseignée, ce qui entraîne un taux de bon remplissage nul, malgré des tableaux la plupart du temps cohérents et complets pour le reste des critères.

Concernant le commentaire en cas de changement thérapeutique, celui-ci manquait dans presque 40% des cas. Le message semble donc n'être que partiellement passé concernant un des points forts de ce tableau. Ce commentaire permet en effet d'expliquer par exemple le motif d'un changement thérapeutique ou de préciser la durée d'un traitement ponctuel, ce qui nous paraît être primordial lors de la lecture par le médecin traitant, le pharmacien et même le patient.

Concernant les incohérences retrouvées (oubli de represcription de traitements du domicile et ajout incohérent de traitement poursuivi), il est par ailleurs indispensable de réduire ce type d'erreur au taux le plus bas possible. Cet outil n'a aucune valeur et aucun intérêt s'il existe des erreurs de represcription ou d'ajout de traitement. En effet, à la lecture du CRH, ce type d'erreur entraîne une confusion dans ce qu'il faut poursuivre, instaurer ou arrêter comme thérapeutique, alors même que cet outil vise à annuler cette confusion. Il s'agit là d'une des exigences premières de l'outil, à savoir qu'il faut avoir fait, au moment de la rédaction, un comparatif entre le traitement du domicile et le traitement de sortie, mais également bénéficier d'un traitement du domicile bien renseigné. C'est là encore une raison supplémentaire pour que cette démarche s'intègre dans un processus de conciliation médicamenteuse, qui vise justement entre autre à annuler ce risque d'erreur.

En effet, il existe également un risque lors de l'entrée du patient à l'hôpital, souvent par le biais des urgences, de contradiction entre le traitement du domicile réel et le traitement renseigné et instauré. Ce chiffre varie selon les études : entre 30 et 80% de patients sont victimes d'au moins une erreur de poursuite de traitement du domicile non intentionnelle [39-42]. Il va de soit que dès lors, si une erreur existe pour un patient à l'entrée, elle se répercute lors de la rédaction de l'ordonnance de sortie.

Ce travail n'a donc de sens que s'il y a lieu, à l'entrée du patient dans un service,

une démarche de renseignement de l'ordonnance, encadrée et organisée. Ainsi, là encore, on voit que l'outil mis en place au GHSC ne doit pas être considéré comme unique approche afin de sécuriser la prescription aux différentes étapes du parcours de soins. Il doit être vu davantage comme une démarche de sensibilisation des prescripteurs à la réévaluation régulière des traitements de leurs patients et à leur bonne transmission lors des transferts entre services et notamment lors du retour à domicile.

Les rubriques recherchées par le médecin généraliste lors de la lecture du CRH sont par ordre d'importance ressentie : le traitement de sortie, le diagnostic principal, les suites à donner en termes de prise en charge diagnostique ou thérapeutique et le motif d'admission [43]. Par ailleurs, ces éléments sont attendus dans l'optique d'assurer la continuité des soins. Le volet thérapeutique de sortie est souvent reconnu comme un élément nécessitant une attention particulière [44, 45].

c) Analyse des facteurs influant sur la présence et la qualité de remplissage du tableau

Les facteurs de risque iatrogénique décrits dans la littérature sont les suivants [3, 46] :

- la polymédication
- l'automédication
- l'inobservance thérapeutique
- l'âge (en lien avec le degré de fragilité)
- le sexe féminin

Nous avons décidé de reprendre trois de ces facteurs, à savoir l'âge du patient, le sexe, ainsi que le nombre de traitements à l'entrée et le nombre de traitements à la sortie, données disponibles dans notre travail.

Ne disposant d'aucune étude sur d'éventuels facteurs de mauvaise rédaction d'une ordonnance de sortie, il a été choisi en plus arbitrairement en fonction des données regroupées lors du recueil, la durée d'hospitalisation et le statut du dicteur.

Il a été par ailleurs décidé de ne pas analyser l'influence du service d'hospitalisation, afin de ne pas stigmatiser tel ou tel service.

Les résultats ont été analysés par une régression logistique, afin d'analyser chacun de ces facteurs indépendamment des autres.

Concernant la présence du tableau, seul le facteur âge a eu un impact statistiquement significatif. Ce résultat montrait une probabilité plus importante d'avoir un tableau présent chez les sujets les plus âgés. Par extension, la filière gériatrique, prenant en charge les patients les plus âgés, est donc le « bon élève » concernant l'implication quantitative dans ce projet. Par ailleurs, cela s'explique très probablement par la sensibilité des gériatres vis-à-vis de ce projet visant la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse.

Un biais a par ailleurs été évité concernant cette présence du tableau. En effet, le Docteur Boury, directrice de cette thèse, n'a pas dicté de courrier lors de cette période d'inclusion.

Concernant la qualité du remplissage, il apparaît que plus on augmente la durée d'hospitalisation, plus le tableau est complet et sans incohérences, indépendamment des autres facteurs. De plus, cette association est forte. Ainsi, si on augmente d'un jour la durée d'hospitalisation, on augmente de 28% la chance d'avoir un tableau bien rempli. Par extension, la filière gériatrique représentée ici par le CSG et le SSR semble de nouveau être le bon élève, où la durée d'hospitalisation y est la plus importante. Cela s'explique également très probablement par la sensibilité des gériatres au risque iatrogénique

médicamenteux chez les sujets âgés.

Aussi, il apparaît que la qualité de remplissage est moindre si la dictée est faite par l'interne en charge du patient, majoritairement dicteurs des CRH. Cependant, la qualité de remplissage dans notre étude est dans l'ensemble correcte. Ce résultat semble alors difficile à exploiter. Il existe peut-être un manque d'intérêt, de sensibilisation ou d'implication des internes lors de cette période pouvant l'expliquer. A la suite de l'instauration de l'outil au GHSC, il a été mis en place, lors de l'accueil des nouveaux internes en début de semestre, un cours visant à sensibiliser au risque de iatrogénie médicamenteuse en rappelant par ailleurs l'existence et les buts de l'outil mis en place.

Par ailleurs, le nombre de traitements, que ce soit à l'entrée ou à la sortie d'hospitalisation, et le sexe du patient n'influent en aucun cas sur la présence du tableau et la qualité de rédaction de l'ordonnance de sortie. Ainsi, la polymédication et le sexe du patient, identifiés comme facteurs de risque iatrogénique, n'influent pas sur la qualité de rédaction de l'ordonnance. Ce n'est donc pas par trop grand nombre de thérapeutiques médicamenteuses que la qualité de rédaction de l'ordonnance par les médecins et internes du GHSC se trouve diminuée. Ce résultat peut s'expliquer par la mise en place de l'outil, qui vise à engager une réflexion iatrogénique et à effectuer une révision de l'ordonnance au moment de la sortie. Cela a pour impact d'intercepter et de corriger d'éventuelles erreurs que l'on pourrait rencontrer lors d'une dictée classique. Il est alors nécessaire lors de la dictée de ce tableau de prendre en compte l'ensemble du parcours médicamenteux du patient durant son hospitalisation.

3. Enquêtes de satisfaction

a) Médecins généralistes

Le taux de réponse des généralistes au questionnaire semble satisfaisant (41%) au regard des taux habituellement retrouvés dans les études [47]. Il avait en effet été décidé, à la lecture d'une enquête sur l'implication des médecins généralistes dans les thèses de recherche en médecine générale [47], de privilégier un questionnaire court, sur un sujet les concernant directement et où l'enquête était identifiée comme un travail de thèse.

41% des généralistes ont considéré que le tableau avait été rempli dans la majorité des cas, alors que notre étude montre un taux de 76% de remplissage au moment de la période d'inclusion. Quelques généralistes regrettaient effectivement l'absence de l'outil dans les courriers de sortie du pôle Chirurgie. Cette confusion peut donc expliquer le faible taux de remplissage constaté par les généralistes, car l'outil n'était mis en place que dans les services de médecine. Ce constat encourage donc à la généralisation de l'outil à l'ensemble de l'hôpital.

Globalement, l'outil a été jugé lisible et utile à la diminution du risque iatrogénique et à l'optimisation des traitements en sortie d'hospitalisation. Grâce à cette lisibilité, la synthèse effectuée et le gain de temps lors de la consultation de sortie d'hospitalisation, la majorité des médecins généralistes ont considéré que cet outil pouvait améliorer la communication entre l'hôpital et eux-mêmes, sur le plan du parcours médicamenteux du patient hospitalisé. Ainsi, les changements thérapeutiques, quand ils étaient expliqués, ont été suivis dans 82% des cas.

Une critique était formulée sur le problème de switch des molécules prescrites au domicile par des molécules imposés par les dotations de la pharmacie hospitalière. Lors de la rédaction de l'ordonnance de sortie, si la molécule du domicile n'est pas represcrite, il existe un risque d'incompréhension par le patient, source d'erreurs. Il s'agit là d'un axe

de réflexion important sur le risque iatrogénique médicamenteux, pour lequel notre outil n'apporte pas de réponse.

Par ailleurs, il existait quelques réserves, à savoir le manque de commentaires dans le tableau et les quelques incohérences relevées.

En effet, seulement 28% des généralistes ont jugé que ces commentaires étaient suffisamment renseignés, alors que notre étude montre une proportion de 61% de tableaux informatifs.

Cette qualité de remplissage pourrait dès lors être assurée par l'intermédiaire de la mise en place d'une conciliation médicamenteuse au sein du GHSC, évitant alors les erreurs de recueil d'information (traitement du domicile) lors de l'entrée du patient [48] et les incohérences lors de la rédaction du courrier de sortie [16].

Une étude réalisée dans un centre hospitalier français [49] montre la confiance des médecins prescripteurs vis-à-vis de la pharmacie clinique et le souhait même d'un renforcement de cette activité au sein des services, afin d'optimiser les traitements médicamenteux.

Dès lors, cette coordination médecins-pharmaciens au moment du processus de conciliation médicamenteuse permettrait la sécurisation de l'ordonnance aux divers points de transition du parcours de soins.

Enfin, 91% des généralistes ayant répondu trouvent que cet outil peut améliorer le lien entre eux et l'hôpital, ce qui conforte un des intérêts principaux de ce travail qui est de favoriser la communication et les échanges d'information entre professionnels de santé sur les patients en sécurisant les prises en charge notamment médicamenteuses.

b) Médecins hospitaliers

Le taux de réponse des médecins et internes était relativement faible, pouvant être le reflet d'un certain désintérêt pour les enquêtes, ou d'un manque de temps. Au regard du bon taux de remplissage de l'outil, le désintérêt pour le sujet ne semble pas en être la cause. Les médecins répondeurs ont unanimement souligné que l'outil permettait d'optimiser le traitement de sortie et de diminuer le risque iatrogénique, et quasi unanimement estimé que le tableau était un moyen d'améliorer la communication entre la ville et l'hôpital. Il a été également souligné l'intérêt pour le patient grâce à une ordonnance plus claire.

Un médecin a considéré que cet outil était une perte de temps et que cela alourdissait le courrier en nombre de pages, alors même qu'il considérait la démarche comme utile à une optimisation thérapeutique. La longueur des courriers serait peut-être tout simplement à revoir pour ne laisser que les informations percutantes pour les médecins généralistes et sécuritaires pour le patient, dont l'outil mis en place.

Quelques médecins ont estimé avoir rencontré des difficultés de remplissage, notamment lors de la dictée d'un commentaire. Cela peut s'expliquer peut-être par la rédaction d'un CRH d'un patient qu'ils n'ont pas suivi lors de l'hospitalisation, les internes étant majoritairement dicteurs.

Les critiques libres étaient la plupart du temps constructives, notamment sur la nécessité d'avoir un traitement du domicile bien renseigné. Il n'est effectivement pas évident à la fin d'un parcours de soins, après passage aux urgences puis par divers services de déterminer quel était le traitement initial du domicile et d'effectuer un bilan comparatif juste et précis.

Afin de palier à cette difficulté, il semble donc judicieux d'effectuer à l'entrée dans l'hôpital un recueil exact des traitements du domicile, et cela peut être fait lors d'un

processus de conciliation médicamenteuse [48].

Le projet Med'Rec, initié par l'HAS en lien avec le projet High 5s, s'est justement concentré sur l'admission et a ciblé des patients âgés de plus de 65 ans. L'objectif de ce projet visait à prévenir ou corriger des erreurs médicamenteuses par l'obtention, au moment de l'admission donc, de la liste exhaustive et complète de tous les médicaments pris ou à prendre en routine par le patient avant son hospitalisation, qu'ils soient prescrits par le médecin, ou pris en automédication. Cette liste constitue le bilan médicamenteux optimisé (BMO) [50].

Les enseignements de ce projet étaient la nécessité d'institutionnaliser la démarche, la nécessité d'une phase test avant le déploiement à l'ensemble de l'établissement et l'implication des acteurs de ville [50].

Enfin, il a été proposé par un médecin une relecture des traitements de sortie par les pharmaciens de ville qui connaissent le patient, dans le but probablement de minimiser au maximum le risque d'erreur.

c) Secrétaires

Actrices majeures de ce projet, la satisfaction des secrétaires des services concernés a été évaluée. Toutes les secrétaires ont l'outil intégré à la trame du courrier et toutes ont estimé que l'enjeu leur a été expliqué. Par ailleurs, 4 secrétaires ont estimé que l'outil peut améliorer la communication avec les médecins traitants.

L'obstacle principal rapporté est la difficulté à remplir l'outil lorsque la dictée ne le permettait pas. Une secrétaire précise par ailleurs que n'ayant pas eu de dictée selon les différentes sous parties du tableau, elle n'a pu le remplir.

Ainsi, si la dictée était correcte, les secrétaires ont estimé l'outil peu chronophage avec une charge de travail de moins de 5 minutes supplémentaires. En revanche, en cas

d'une dictée non complète, la rédaction était alors chronophage (entre 5 et 10 minutes supplémentaires).

Tout l'enjeu est donc d'être organisé et pertinent dès la décision de modifier le traitement en motivant tout de suite les modifications dans le Dossier de Soins Informatique (DSI) afin que le médecin dicteur (qui n'a pas forcément suivi le patient) puisse être le plus exhaustif et pertinent possible dans sa dictée pour impacter le moins possible le temps de frappe des secrétaires.

Apparaît ici le rôle indéniable du pôle secrétariat dans la genèse de ce type de projet et la volonté d'inclure celles-ci dans le retour de satisfaction, afin de pérenniser ce travail en les reconnaissant.

d) Synthèse des enquêtes

A la lecture des différents questionnaires, plusieurs points ressortent :

- malgré des différences de sensibilité vis-à-vis de la iatrogénie, l'outil est globalement considéré comme utile, que ce soit par les médecins hospitaliers, généralistes et les secrétaires,
- la démarche permet une optimisation thérapeutique et les commentaires quand ils sont présents permettent une meilleure compréhension par le médecin généraliste et le patient des différents changements,
- le lien ville-hôpital est renforcé et la consultation en sortie d'hôpital facilitée,
- le tableau n'a de valeur que si le traitement du domicile est bien renseigné,
- la dictée et la rédaction de cette synthèse est longue : les médecins souhaitent être aidés dans ce travail. Cette aide pourrait venir de la mise en place du processus de conciliation qui permet, en double lecture, de sécuriser l'ordonnance à l'ensemble des points de transition du parcours de soins, mais il reste coûteux en temps lui aussi.

En effet, dans une étude menée au sein d'un service de gériatrie à Paris, la durée totale de la conciliation médicamenteuse était estimée à 70 minutes par patient [51]. Elle comprenait la conciliation à l'admission (50 minutes), la conciliation à la sortie (20 minutes). Une autre étude évaluait la durée totale du processus à 63 minutes par patient [52].

Une étude réalisée en 2002 publiée dans le British Journal of Clinical Pharmacology montre que l'intervention des pharmaciens hospitaliers pour une population âgée (environ 80 ans dans cette étude) liée à la remise d'un bilan médicamenteux a contribué à améliorer la connaissance des médicaments par les patients. De plus, cette initiative a permis la réduction des visites non planifiées chez le médecin généraliste et des réadmissions hospitalières. Une visite du pharmacien au domicile a même permis de consolider les résultats déjà obtenus [53].

Une autre étude publiée en 2013 dans l'International Journal of Clinical Pharmacology met en avant et démontre l'importance, à l'admission du patient, d'un rapprochement du pharmacien hospitalier au pharmacien de ville délivrant habituellement l'ordonnance [54]. Le risque de divergence semble selon les études être plus important à la sortie qu'à l'entrée [55, 56]. Même un transfert interne à l'établissement est un risque d'erreur important [57]. Enfin, en plus de la réduction de la morbidité chez les patients conciliés, il a été prouvé que ce processus a également un impact financier important, notamment dans la population gériatrique, par réduction des coûts de santé [58].

Il est donc dès lors impensable, pour notre population à forte dominante gériatrique au sein du GHSC, d'utiliser notre outil comme seul moyen de recours contre le risque iatrogénique à la sortie de l'hôpital. Cette initiative doit s'inscrire dans un processus plus élargi de conciliation médicamenteuse.

B. Forces et limites du travail

Le principal point fort de ce travail est la sensibilisation des services de médecine du GHSC au risque iatrogénique, tremplin pour la genèse d'un processus de conciliation. Il ne s'agit pas ici d'établir un constat des difficultés de la transmission des informations médicales à la sortie de l'hôpital ou d'étudier les bienfaits d'une conciliation médicamenteuse : ces travaux sont nombreux. Il s'agit plutôt de proposer une solution à ce risque iatrogénique en initiant une démarche de révision des traitements via un outil simple permettant de sensibiliser les médecins du GHSC.

Autre point fort de cet outil, l'analyse est variée, à la fois quantitative et qualitative et s'intéresse à différents aspects et différents acteurs (médecins et secrétaires). L'analyse quantitative a permis d'identifier de manière significative des facteurs de bon remplissage du tableau et d'en souligner l'intérêt notamment pour la population gériatrique du GHSC.

L'outil avait par ailleurs été testé dans deux services pilotes, afin de s'assurer de ne pas initier un travail mal construit et inadapté. Les données ont été recueillies par un seul et unique enquêteur, ce qui réduit le risque de biais de mesure.

Enfin, ce travail a permis de recueillir l'avis, non seulement des professionnels de santé mais aussi des secrétaires quant à cet outil. Nous avons en effet souhaité recueillir l'avis de tous les acteurs impliqués dans le projet, afin d'en tirer de nombreux enseignements et de le rendre pérenne.

Néanmoins, une étude plus poussée et plus rigoureuse sur l'ensemble des médecins généralistes du bassin seclinois, par entretiens directs, pourrait compléter ce travail.

Un biais difficilement évaluable de cet étude réside dans le fait que le Dr Boury, directrice de cette thèse, travaillait dans l'un des 2 services pilotes du projet au moment de

la période d'inclusion. Cependant, on peut nuancer ce défaut méthodologique. En effet, aucun tableau et donc aucun questionnaire n'ont été remplis par le Dr Boury durant cette période.

A postériori, on peut regretter de n'avoir pas pris en compte le retour des patients quant à la mise en place de l'outil, de même que celui des pharmaciens d'officine et des IDE libéraux. En effet, ce retour aurait également pu être constructif afin d'optimiser la mise en place d'un processus de conciliation au sein du GHSC.

Enfin, le pôle Pharmacie n'a pas été interrogé dans cette étude. En effet, les pharmaciens hospitaliers ont eu un rôle dans la genèse du projet et donc la rédaction d'un questionnaire les concernant était illogique.

CONCLUSION

Lutter contre les erreurs aux points de « transition thérapeutique », notamment à l'entrée et à la sortie d'hospitalisation, est un enjeu institutionnel majeur dans le parcours de soins des patients en établissement de santé et fait l'objet de recommandations de l'HAS.

Il apparaît donc indispensable de renforcer la continuité du parcours de soins du patient en améliorant le lien entre professionnels de ville et hospitaliers et en assurant une juste transmission des informations en vue de minimiser le risque d'accident iatrogénique.

Notre étude a eu pour but de mettre en place un outil, construit à partir d'outils préexistants, répondant aux critères de l'HAS et validé lors de différentes réunions par la CME du GHSC.

La greffe de l'outil a plutôt bien prise et un changement des pratiques a été amorcé. Il se dégage par ailleurs que cette démarche semble même complètement acceptée par la filière gériatrique de l'hôpital, par essence sensibilisée à la prévention du risque iatrogénique. Notre étude statistique a permis d'identifier l'âge avancé du patient comme facteur favorisant l'intégration du tableau de traitement dans le CRH. Par ailleurs, il s'est avéré que la qualité du remplissage augmentait avec la durée d'hospitalisation.

Afin d'évaluer l'outil, l'avis des médecins hospitaliers, des secrétaires et des médecins traitants a été recueilli. L'outil apparaît, pour les répondeurs, efficace pour la diminution du risque d'erreurs en sortie d'hospitalisation et l'optimisation du traitements des patients. Il est unanimement perçu comme améliorant le lien ville-hôpital.

Néanmoins, pour répondre de son efficacité quant à la diminution du risque

iatrogénique, il doit s'intégrer dans un processus de conciliation médicamenteuse. Les médecins hospitaliers ont été par cette étude sensibilisé à l'intérêt d'une telle démarche et à ses enjeux ; la mise en oeuvre de la conciliation au GHSC doit être prochainement pleinement effective sous forme d'un support informatisé intégré au DSI.

A ce jour, le pôle Pharmacie nous confirme que l'outil est toujours intégré dans la trame du CRH et utilisé. Il subsiste des difficultés d'ordre organisationnel pour formaliser la conciliation au GHSC, même si la trame a été définie (parcours patient de chirurgie vers le SSR, du SSR au domicile et en médecine sur appel). Un schéma organisationnel doit être validé prochainement afin de répondre au volet conciliation du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins (CAQES). Ses confrères pharmaciens d'autres hôpitaux, en difficulté également par rapport à la mise en place de la conciliation au sein de leur établissement, trouvent l'outil pertinent en l'absence de conciliation et les retours extérieurs sont positifs.

Une communication des résultats de ce travail est prévue, auprès des différents acteurs, à savoir le pôle Pharmacie, les médecins hospitaliers, les secrétaires et les médecins généralistes travaillant en lien avec le GHSC.

Ce travail démontre la nécessité d'un investissement, d'une communication et d'une collaboration de tous les acteurs - tant hospitaliers que libéraux - du circuit du médicament dans la mise en place de stratégies de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse pour garantir un parcours-patient sécuritaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Insee - Population [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/theme.asp?theme=2

2. Les espérances de vie en bonne santé des Européens [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. Disponible sur: https://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/esperances-vie-bonne-sante-europeens/#tabs-2

3. Ankri J. Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé. Gérontologie et société. 2002;103(4):93.

4. 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 2007 ; 63 : 783-90.

5. Himmel W, Kochen MM, Sorns U, Hummers-Pradier E. Drug changes at the interface between primary and secondary care. Int J Clin Pharmacol Ther 2004 ; 42 : 103-9.

6. Himmel W, Tabache M, Kochen MM. What happens to long-term medication when general practice patients are referred to hospital ? Eur J Clin Pharmacol 1996 ; 50 : 253-7.

7. Cochrane RA, Mandal AR, Ledger-Scott M, Walker R. Changes in drug treatment after discharge from hospital in geriatric patients. BMJ 1992 ; 305 : 694-6.

8. C Grandjean, V von Gunten, S Marty, P Meier, J Beney . De l'anamnèse d'entrée à l'ordonnance de sortie : continuité des traitements médicamenteux des patients hospitalisés dans un hôpital régional suisse. Journal de Pharmacie Clinique. 2009;28(3):151-156.

9. Frydenberg K, Brekke M. Poor communication on patients' medication across health care levels leads to potentially harmful medication errors. Scand J Prim Health Care. déc 2012;30(4):234-40.

10. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. JAMA. 28 févr 2007;297(8):831-41.

11. 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. août 2003;18(8): 646-51.

12. Munday A, Kelly B, Forrester JW, Timoney A, McGovern E. Do general practitioners and community pharmacists want information on the reasons for drug therapy changes implemented by secondary care? Br J Gen Pract. sept 1997;47(422):563-6.

13. Karapinar F, van den Bemt PMLA, Zoer J, Nijpels G, Borgsteede SD. Informational needs of general practitioners regarding discharge medication: content, timing and pharmacotherapeutic advice. Pharm World Sci. avr 2010;32(2):172-8.

14. Prévenir les effets indésirables des médicaments chez les personnes âgées - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. Disponible sur: http://www.ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communiques-Points-presse/Prevenir-les-effets-indesirables-des-medicaments-chez-les-personnes-agees

15. Penfornis S, Bédard P, Bailey B, Bussières J-F. Pratique de conciliation des traitements médicamenteux en France : enjeux et sondage pilote d'état des lieux. Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien. sept 2012;47(3):204-9.

16. Karapinar-Carkit F, Borgsteede SD, Zoer J, Siegert C, van Tulder M, Egberts ACG, et al. The effect of the COACH program (Continuity Of Appropriate pharmacotherapy, patient Counselling and information transfer in Healthcare) on readmission rates in a multicultural population of internal medicine patients. BMC Health Serv Res. 16 févr 2010;10:39.

17. Poole DL, Chainakul JN, Pearson M, Graham L. Medication reconciliation: a necessity in promoting a safe hospital discharge. J Healthc Qual. juin 2006;28(3): 12-9.

18. Moulis M, Gibert P, Payen M, Grevy A, Gavazzi G, Calop J, et al. La conciliation médicamenteuse en gériatrie : un moyen de pérenniser l'optimisation thérapeutique après la sortie d'hospitalisation ? Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien. juin 2014;49(2):e126.

19. Henry C, Michel B, Andres E, Ghiura C, Paya D, Keller O, et al. Conciliation médicamenteuse de l'admission à la sortie du patient : étude prospective. La Revue de Médecine Interne. juin 2014;35:A157.

20. Smith KJ, Handler SM, Kapoor WN, Martich GD, Reddy VK, Clark S. Automated Communication Tools and Computer-Based Medication Reconciliation to Decrease Hospital Discharge Medication Errors. Am J Med Qual. 9 mars 2015;

21. Dambielle K, Lepoutre B. Observance thérapeutique à la sortie de l'hôpital : l'utilisation d'une carte de traitement peut l'améliorer. MEDECINE : DE LA MEDECINE

FACTUELLE A NOS PRATIQUES. 2010;6(8):370-4.

22. Haute Autorité de Santé - Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (3) - Lors d'une hospitalisation [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_431472/fr/prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-3-lors-d-une-hospitalisation

23. Haute Autorité de Santé - L'initiative OMS High 5s [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1498429/fr/linitiative-oms-high-5s

24. Haute Autorité de Santé - La sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1498439/fr/la-securite-de-la-prescription-medicamenteuse-aux-points-de-transition-du-parcours-de-soins

25. Podvin-Deleplanque J, Charani C, Verheyde I, Huvent D. Un nouvel outil pour lutter contre la iatrogénie chez les personnes âgées. LA REVUE DE GERIATRIE. 1 déc 2014;(10):649-57.

26. Haute Autorité de Santé - PMSA - Programmes complets [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_656210/fr/pmsa-programmes-complets

27. Haute Autorité de Santé - Document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24h [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1777678/fr/document-de-sortie-d-hospitalisation-superieure-a-24h

28. Etablissement hospitalier public - Centre hospitalier de Seclin (Nord) / Publications / Publications / Accueil / Cour des Comptes - Cour des comptes [Internet]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Etablissement-hospitalier-public-Centre-hospitalier-de-Seclin-Nord

29. Analyse de l'activité hospitalière 2015 | Publication ATIH [Internet]. Disponible sur: http://www.atih.sante.fr/analyse-de-l-activite-hospitaliere-2015

30. Defebvre MM, Cerf E, Fournier P, Puisieux F, Loens I. Enquête sur la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus dans les services de court séjour « médecine » de la région Nord/Pas-de-Calais, Santé Publique 2007;19(2):1-14.

31. Bulletin Officiel n°2002-14 [Internet]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm

32. DGOS. Soins de suite et de réadaptation - SSR [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2016. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/

prises-en-charge-specialisees/ssr

33. Bonnet Zamponi D, Neouze A, Dechartres A, Legrain S, Raynaud Simon A, Gaubert-Dahan ML. Hospitalisation des personnes âgées dans une unité gériatrique aiguë . Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2012;10:143-50.

34. Arnould P, Raineri F, Hebbrecht G, Duhot D. Faisabilité en médecine générale d'une information claire, loyale et appropriée des patients sur les effets indésirables des médicaments prescrits: Étude EICLAT. La Revue du praticien. 2011;61(10):1394-9.

35. Auvray L, Sermet C. Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées. Gérontologie et société. 1 avr 2009;25 / n° 103(4):13-27.

36. Grymonpre R.E., Mitenko P.A., Sitar DS., Aoki F.Y., Montgomery PR., 1988, Drug-associated hospital admission in older medical patients. J Am Geriatr Soc, 36 : 1092-1098.

37. Legrain S, Haute Autorité de Santé. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé : consommation, prescription, iatrogénie et observance. HAS; 2005.

38. Andro M, Estivin S, Gentric A. Prescriptions médicamenteuses en gériatrie : overuse (sur-utilisation), misuse (mauvaise utilisation), underuse (sous-utilisation). Analyse qualitative à partir des ordonnances de 200 patients entrant dans un service de court séjour gériatrique. La Revue de Médecine Interne. 1 mars 2012;33(3):122−7.

39. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam V, Shadowitz S, Juurlink DN, et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. Arch Intern Med. 28 févr 2005;165(4):424-9.

40. Lau HS, Florax C, Porsius AJ, De Boer A. The completeness of medication histories in hospital medical records of patients admitted to general internal medicine wards. Br J Clin Pharmacol. juin 2000;49(6):597-603.

41. Gleason KM, Groszek JM, Sullivan C, Rooney D, Barnard C, Noskin GA. Reconciliation of discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized patients. Am J Health Syst Pharm. 15 août 2004;61(16):1689-95.

42. Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, Etchells EE. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. CMAJ. 30 août 2005;173(5):510-5.

43. Clanet R, Bansard M, Humbert X, Marie V, Raginel T. Revue systématique sur les documents de sortie d'hospitalisation et les attentes des médecins généralistes.

Santé Publique. 31 déc 2015;27(5):701−11.

44. Jaffre A. Améliorer le compte-rendu d'hospitalisation : le déploiement d'un projet prioritaire de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris au sein des hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis [Mémoire]. Rennes (France) : EHESP ; 2012.

45. Van Walraven C, Rokosh E. What is necessary for high-quality discharge summaries? Am J Med Qual Off J Am Coll Med Qual. 1999;14(4):160-9.

46. Cecile M, Seux V, Pauly V, Tassy S, Reynaud-Levy O, Dalco O, et al. Accidents iatrogènes médicamenteux chez le sujet âgé hospitalisé en court séjour gériatrique : étude de prévalence et des facteurs de risques. La Revue de Médecine Interne. 1 mai 2009;30(5):393−400.

47. Morice E, Leroyer E. Existe-il des éléments prédictifs de l'implication des médecins généralistes dans les thèses de recherche en médecine générale. BCU Clermont Université. 2010.

48. Pérennes M, Carde A, Nicolas X, Dolz M, Bihannic R, Grimont P, et al. Conciliation médicamenteuse : une expérience innovante dans un service de médecine interne pour diminuer les erreurs d'anamnèse médicamenteuses. La Presse Médicale. 1 mars 2012;41(3, Part 1):e77−86.

49. Jennings P, Lotito A, Baysson H, Pineau-Blondel E, Berlioz J. Clinical pharmacy: Evaluation of physician's satisfactions and expectations in a French regional hospital. Ann Pharm Fr. mars 2017;75(2):144−51.

50. Haute Autorité de Santé - Sécuriser la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2574453/fr/securiser-la-prise-en-charge-medicamenteuse-en-etablissement-de-sante.

51. Boissinot L, Bachalat N, Perrier-Cornet E, Leglise P, Huchon-Bécel D. Conciliation des traitements médicamenteux en gériatrie : Pertinence et faisabilité. Pharmactuel; 2014; 47(2).

52. Huynh-Lefeuvre L, Rouault M, Hermitte A, Quiniou M, Temporelli M, Hofmann C. Conciliation médicamenteuse à l'admission des patients : une plus value pharmaceutique. Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien; juin 2014; volume 49(2):163

53. Al-Rashed SA, Wright DJ, Roebuck N, Sunter W, Chrystyn H. The value of inpatient pharmaceutical counselling to elderly patients prior to discharge. Br J Clin Pharmacol. déc 2002;54(6):657−64.

54. Pourrat X, Corneau H, Floch S, Kuzzay MP, Favard L, Rosset P, et al. Communication between community and hospital pharmacists: impact on medication reconciliation at admission. Int J Clin Pharm. août 2013;35(4):656−63.

55. 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.

56. Salanitro AH, Osborn CY, Schnipper JL, Roumie CL, Labonville S, Johnson DC, et al. Effect of patient- and medication-related factors on inpatient medication reconciliation errors. J Gen Intern Med. août 2012;27(8):924-32.

57. Lee JY, Leblanc K, Fernandes OA, Huh J-H, Wong GG, Hamandi B, et al. Medication reconciliation during internal hospital transfer and impact of computerized prescriber order entry. Ann Pharmacother. déc 2010;44(12):1887-95.

58. Gillespie U, Alassaad A, Henrohn D, Garmo H, Hammarlund-Udenaes M, Toss H, 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.

ANNEXES

Annexe 1 :

Questionnaire adressé aux médecins généralistes ayant reçu les courriers de sortie.

Vous avez reçu dès le mois d'avril 2016, en provenance du GHSC, un outil intégré aux courriers de sortie des services de médecine, de SSR et de CSG, permettant de détailler le traitement de sortie de vos patients. Ce tableau permettait de séparer, les traitements arrêtés, instaurés, poursuivis et modifiés. Cela permettait également d'ajouter des commentaires éventuels sur un arrêt, un ajout, une indication, une durée…

Je souhaiterais, dans le cadre d'un travail de thèse, évaluer votre satisfaction ou non concernant cet outil afin d'en évaluer la faisabilité au long cours et de recueillir vos remarques pour y porter des améliorations.

Je vous remercie par avance de l'attention accordée à cette requête et pour vos retours extrêmement importants pour mener à bien mon travail de thèse !

Encore merci !

Ville d'exercice :.....

Questionnaire

(Cochez la réponse)	OUI	NON
Le tableau a-t-il pu être rempli pour la majorité de vos patients ?	❏	❏
Trouvez-vous la trame de cet outil lisible ?	❏	❏
Avez-vous suivi les changements thérapeutiques suggérés lors de l'hospitalisation de vos patients ?	❏	❏
En règle générale, avez-vous trouvé les motifs de changement suffisamment renseignés ?	❏	❏
Pensez- vous que cet outil puisse améliorer les pratiques médicamenteuses conformément aux exigences de la HAS :		
- en diminuant le risque d'erreurs médicamenteuses en sortie d'hospitalisation?	❏	❏
- en optimisant le traitement de vos patients ?	❏	❏
Pensez-vous que ce tableau puisse être un moyen pouvant améliorer la communication entre vous et l'hôpital au travers, entre autre, d'une bonne compréhension des suggestions d'adaptation des traitements de vos patients en sortie d'hospitalisation?	❏	❏

Commentaires et remarques :

.....

.....

.....

Annexe 2 :

Questionnaire adressé aux praticiens hospitaliers et internes ayant dicté les courriers de sortie.

Tout d'abord, je tenais à vous remercier d'avoir accepté de tester, au GHSC, un outil intégré au courrier de sortie permettant de détailler le traitement de sortie de vos patients. Ce tableau permettait de séparer les traitements arrêtés, instaurés, poursuivis et modifiés. Il était également possible de rajouter des commentaires éventuels sur un arrêt, un ajout, une indication, une durée…

Le but de la mise en place de cet outil était:

- D'optimiser le traitement de sortie et de diminuer le risque iatrogénique, dans le respect des exigences de l'HAS
- De favoriser la communication entre les médecins généralistes et hospitaliers au travers, entre autre, d'une bonne compréhension des suggestions d'adaptation des traitements des patients.

Je souhaiterais évaluer votre satisfaction ou non concernant cet outil afin d'étudier la faisabilité au long cours et de recueillir vos remarques pour y porter des améliorations.

Je vous remercie par avance de l'attention accordée à cette requête et pour vos retours extrêmement importants pour mener à bien mon travail de thèse !

Encore merci !

Nom et prénom (facultatif): …….

Service : .....

Questionnaire

(Cochez la réponse)	OUI	NON
Le tableau a-t-il pu être rempli pour la majorité de vos patients ?	❑	❑
Avez-vous rencontré des difficultés pour remplir le tableau, et notamment :		
• les différentes sous parties (traitements arrêtés, modifiés, instaurés, poursuivis)	❑	❑
• la voie	❑	❑
• la dénomination	❑	❑
• le dosage	❑	❑
• la posologie	❑	❑
• le commentaire si nécessaire (indication, justification d'arrêt), la durée éventuelle	❑	❑

Selon vous, l'outil répond-t-il dans votre pratique quotidienne aux exigences actuelles de la HAS concernant la qualité de la rédaction du courrier de sortie :

- En optimisant le traitement de sortie ❑ ❑

Si non pourquoi ?

……

……

- En diminuant le risque iatrogénique ❑ ❑

Si non pourquoi ?

……

……

Pensez- vous que ce tableau puisse être un moyen d'améliorer la communication avec les médecins traitants concernés ? ❑ ❑

Commentaires et remarques (améliorations à apporter)

……

……

……

Annexe 3 :

Questionnaire adressé aux secrétaires des services de médecine du GHSC.

Tout d'abord, je tenais à vous remercier d'avoir accepté de tester, au GHSC, un outil intégré au courrier de sortie permettant de détailler le traitement de sortie de vos patients. Ce tableau permettait de séparer, les traitements arrêtés, instaurés, poursuivis et modifiés. Il était également possible de rajouter des commentaires éventuels sur un arrêt, un ajout, une indication, une durée…

Le but de la mise en place de cet outil était:

- D'optimiser le traitement de sortie et de diminuer le risque iatrogénique, dans le respect des exigences de l'HAS
- De favoriser la communication entre les médecins généralistes et hospitaliers au travers, entre autre, d'une bonne compréhension des suggestions d'adaptation des traitements des patients.

Je souhaiterais évaluer votre satisfaction ou non concernant cet outil afin d'étudier la faisabilité au long cours et de recueillir vos remarques pour y porter des améliorations.

Je vous remercie par avance de l'attention accordée à cette requête et pour vos retours extrêmement importants pour mener à bien mon travail de thèse !

Encore merci !

Service : .....

Questionnaire

(Cochez la réponse)	OUI	NON
Le tableau est-il par défaut intégré dans la trame du courrier de sortie de votre service ?	❑	❑
L'enjeu de l'outil vous a-t'il été expliqué ?	❑	❑
La dictée du traitement de sortie effectuée par le médecin ou l'interne permettait-elle le remplissage du tableau par vos soins ?	❑	❑

Si non pourquoi ?

……

……

Trouvez-vous que le remplissage de ce tableau est chronophage ?	❑	❑

A combien de temps estimez-vous la charge de travail supplémentaire par courrier ?

- Moins de 5 min ❑
- Entre 5 et 10 min ❑
- >10 min ❑

Selon vous, ce tableau peut-il améliorer la communication avec les médecins traitants concernés au travers, entre autre, d'une bonne compréhension des suggestions d'adaptation des traitements des patients?

❑ ❑

Commentaires et remarques (améliorations à apporter)

……
……
……

AUTEUR : **Nom :** RAMBAUD **Prénom :** Thomas

Date de soutenance : 21 décembre 2017

Titre de la thèse : MISE EN PLACE D'UN OUTIL VISANT A FAVORISER LE LIEN VILLE-HOPITAL ET DIMINUER LE RISQUE D'ACCIDENT IATROGENIQUE

Elaboration d'une fiche de traitement intégrée aux courriers de sortie de l'hôpital de Seclin

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : Thèse d'exercice Médecine

DES de Médecine Générale

Mots clés : conciliation médicamenteuse, parcours de soins, erreurs médicamenteuses

Résumé

Contexte : En 2014, la HAS a publié un référentiel regroupant les informations nécessaires à la sécurisation et à la continuité des soins en sortie d'hospitalisation. Cette publication faisait suite à un constat : les points de transition du parcours de soins et notamment la sortie d'hôpital sont sources d'erreurs médicamenteuses.

Méthodes : L'objectif principal de cette étude était de mettre en place à l'hôpital de Seclin, un outil, sous la forme d'un tableau séparant les traitements arrêtés des traitements poursuivis, modifiés ou instaurés durant l'hospitalisation. L'objectif secondaire était d'analyser la qualité de remplissage de l'outil puis d'étudier la satisfaction des médecins généralistes, hospitaliers et des secrétaires. Ont été inclus les patients des services de médecine, de SSR et de CSG, sortant d'une hospitalisation de plus de 24h. La période d'inclusion s'étendait du 18/04/2016 au 30/04/2016.

Résultats : Sur 138 courriers, 105 comportaient le tableau et 63 ne comportaient aucune erreur. Plus l'âge du patient était élevé, plus la chance d'avoir un tableau présent était forte (OR 1,03; IC[1.006-1.06]; $p<0,05$). Plus la durée d'hospitalisation était courte moins le remplissage du tableau était qualitatif (OR 1.28; IC[1.125-1.509]; $p<0,05$). Secrétaires, médecins généralistes et hospitaliers approuvaient positivement la mise en place du tableau permettant de sécuriser le parcours médicamenteux du patient. Les solutions envisagées étaient d'intégrer cette démarche à un processus plus large de conciliation médicamenteuse.

Conclusion : L'outil mis en place a permis de sensibiliser les médecins hospitaliers à l'intérêt d'une démarche de révision de l'ordonnance, facilitant l'intégration de cette démarche à un processus plus large de conciliation médicamenteuse qui est actuellement en cours au sein de l'hôpital de Seclin et qui renforcera davantage le lien-ville hôpital et l'optimisation de l'ordonnance de sortie.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur François Puisieux

Assesseurs : Monsieur le Professeur Bertrand Décaudin, Monsieur le Docteur Matthieu Calafiore,

Directeur : Madame le Docteur Sophie Boury-Demeure