



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Avis des médecins généralistes sur le document de synthèse des
modifications thérapeutiques du sujet âgé en sortie
d'hospitalisation.**

Présentée et soutenue publiquement le 11 juin 2019 à 18 heures
Au Pôle Formation
Par Djecoury Ked KOMENAN

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Éric BOULANGER

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Monsieur le Docteur Jean-Baptiste BEUSCART

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Fabien VISADE

AVERTISSEMENT

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

Liste des abréviations

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

CPP : Comité de protection des personnes

CRH : Compte rendu d'hospitalisation

CRP : C-reactive protein

DCI : Dénomination commune internationale

GHICL : Groupement des hôpitaux de l'institut catholique de Lille

HAS : Haute autorité de santé

IM : Iatrogénie médicamenteuse

INR : International normalized ratio

OMEDIT : Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux, et de l'innovation thérapeutique

OMS : Organisation mondiale de la santé

MG : Médecin généraliste / médecins généralistes

Table des matières

Résumé.....	1
1. Introduction.....	2
1.1. La iatrogénie médicamenteuse.....	2
1.2. Les mesures de lutte.....	2
1.3. Iatrogénie médicamenteuse et personne âgée.....	3
1.4. Transition hôpital – ville et objectif de l'étude.....	4
2. Matériels et Méthodes.....	5
2.1. Choix de l'étude qualitative.....	5
2.2. Population et mode de recrutement.....	5
2.3. Recueil et analyse des données.....	6
2.4. Ethique.....	7
3. Résultats.....	8
3.1. Caractéristiques de la population.....	8
3.2. Résultats de l'étude qualitative.....	9
3.2.1. Propositions de modification du document.....	9
3.2.2. Impression globale sur l'utilité du document.....	18
4. Discussion.....	21
4.1. Résultats principaux.....	21
4.2. Perspectives.....	24
4.3. Forces et limites de l'étude.....	25
5. Conclusion.....	27
Références bibliographiques.....	28
Annexes.....	31
Annexe n°1A.....	31
Annexe n°1B.....	32
Annexe n°2.....	33

Résumé

Contexte : La transmission des informations médicamenteuses en sortie d'hospitalisation doit être améliorée. Afin de réduire le risque de iatrogénie médicamenteuse, un document de synthèse des modifications thérapeutiques du sujet âgé en sortie d'hospitalisation a été conçu. L'objectif de l'étude est d'explorer l'avis des médecins généralistes (MG), sur ce document, afin de l'améliorer.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels, semi-directifs, avec une analyse par théorisation ancrée. Les verbatim d'entretiens ont été analysés à l'aide du logiciel NVIVO®, en respectant la triangulation.

Résultats : Quatre catégories de propositions sont ressorties des entretiens. La première concerne la présentation du document et traduit la recherche d'une présentation claire, structurée et synthétique des informations. La deuxième concerne les données cliniques et paracliniques, exprimant le besoin de disposer d'éléments utiles à la prescription et au suivi du patient. La troisième concerne les thérapeutiques, reflet de la préoccupation des MG d'avoir des prescriptions précises afin de réduire le risque d'erreur. La quatrième concerne les autres données, marquant l'importance d'avoir une vision globale du patient dans la coordination des soins et de promouvoir la communication entre la ville et l'hôpital.

Conclusion : Le document de synthèse a été bien reçu par les MG interviewés. De nouvelles perspectives, comme explorer l'avis des pharmaciens d'officine sur ce document ou évaluer son impact sur les prescriptions et les ré-hospitalisations, sont à envisager.

1. Introduction

Le risque de iatrogénie médicamenteuse (IM) est élevé lors du parcours de soins des patients entre la ville et l'hôpital. Il constitue un problème de santé publique, d'actualité depuis plus de dix ans.

1.1. La iatrogénie médicamenteuse

La IM représente l'ensemble des effets indésirables liés aux médicaments, dont les conséquences sont nombreuses. Par exemple, en France, 18,9% des événements indésirables graves évitables en 2009, identifiés au moment de l'hospitalisation, étaient liés aux médicaments (1). Un million de patients par an sont concernés, représentant 6 à 10% des hospitalisations (2). Ce problème ne se limite pas qu'au territoire français. Aux Etats-Unis, en 2007, un rapport de l'Institut de médecine décrivait 400 000 événements indésirables évitables dans les hôpitaux par an, dont une erreur médicamenteuse par patient quotidiennement (3). Il s'agit donc d'un constat international, pour lequel différentes mesures de prévention ont été proposées et évaluées au cours des dernières années.

1.2. Les mesures de lutte

Au niveau international, un des axes les plus importants fut lancé en 2006 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). A travers le projet « High 5's », l'OMS cherchait à prévenir les accidents évitables à l'hôpital (4). Une des solutions proposées était l'élaboration d'un processus de sécurisation de la prescription médicamenteuse aux points de transition, tout au long du parcours hospitalier du patient. Il s'agit de la conciliation médicamenteuse (4,5).

La France s'engage dans le processus de conciliation médicamenteuse du projet High 5's en 2009, via la Haute Autorité de Santé (HAS) associée à l'Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux, et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT) d'Aquitaine (5). Cependant, d'autres processus de prévention contre la IM, cette fois-ci nationaux, ont vu le jour. Dès 2005, la HAS propose un guide des pratiques

professionnelles intitulé « Prescription Médicamenteuse chez le sujet âgé » (6). La même année, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) propose ses recommandations, intitulées « Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé ». Ces deux exemples prouvent que nos autorités s'attachent particulièrement à la population âgée lorsqu'il s'agit de prévenir les risques de IM, et ceci, pour différentes raisons.

1.3. Iatrogénie médicamenteuse et personne âgée

Diverses conditions liées au vieillissement physiologique, comme les modifications pharmacodynamiques et pharmacocinétiques, rendent spécifique la prise en charge médicamenteuse des patients âgés (7,8). Avec ces modifications physiologiques coexistent, le plus souvent, de multiples maladies chroniques, pouvant être aggravées par des évènements intercurrents, comme une infection ou une déshydratation. Cette association, entre vieillissement physiologique, maladie chronique et évènement intercurrent, explique que même la prescription d'un médicament pris au long cours peut être source de IM. Cependant les raisons de l'augmentation du risque iatrogène chez la personne âgée ne s'arrêtent pas là. Elles se confondent à la complexité de la prise en charge de cette population. Ainsi, la poly-médication, les facteurs sociaux et environnementaux, comme la dépendance ou l'isolement social, sont autant de facteurs de risque désormais connus. Le risque iatrogène chez le sujet âgé est ainsi plus élevé que chez un adulte jeune. Et l'on estime qu'il serait à l'origine de 10 à 20% des hospitalisations dans cette population (9).

Plusieurs mesures de prévention contre la IM, au sein du parcours entre la ville et l'hôpital, ont été étudiées chez la personne âgée. Par exemple, la conciliation médicamenteuse a révélé de bons résultats sur la diminution des divergences médicamenteuses (10). D'autres processus, comme la révision pluridisciplinaire des médicaments à l'hôpital ou l'association d'une conciliation médicamenteuse et d'une révision des médicaments, ont, eux aussi, démontré leur efficacité, notamment en diminuant les taux de ré-hospitalisation à trois mois (11). Cependant la transition entre l'hôpital et la ville, lors du retour au domicile des patients âgés en fin d'hospitalisation, demeure une période à risque de IM encore peu évaluée (12).

1.4. Transition hôpital – ville et objectif de l'étude

La sortie d'hospitalisation est à très haut risque de IM (13). Lors du retour à domicile, les sources d'erreurs médicamenteuses, comme l'omission d'une thérapeutique, l'erreur de posologie et l'ajout de traitements, sont nombreuses et répétitives (14). Le défaut de continuité et de transmission des informations médicamenteuses entre l'hôpital et la ville, semble être en cause (12). Cette transmission d'informations comporte trois aspects : le contenu, la forme, et le canal.

Afin d'optimiser la transmission des informations médicamenteuses, en sortie d'hospitalisation, nous avons réalisé un premier travail portant sur le contenu de cette transmission.

En 2016, les équipes des services de court séjour gériatrique et de pharmacie de l'hôpital Saint Philibert du Groupement des hôpitaux de l'institut catholique de Lille (GHICL), ont mené trois études qualitatives par méthode de consensus, sous forme de groupe nominal. Le but était de recueillir l'avis de quatre professions différentes sur les critères qu'ils jugent utiles pour la constitution d'un document de synthèse des modifications médicamenteuses en sortie d'hospitalisation du patient âgé (appelé dans la thèse « document de synthèse »). La première étude a impliqué les médecins généralistes (MG) et les gériatres ; la seconde, les pharmaciens hospitaliers et d'officine ; et la troisième a réuni des membres des quatre professions pour aboutir à un consensus à dix items, permettant de composer le document de synthèse (15,16) (cf. annexe n°1A + annexe n°1B).

Le présent travail s'inscrit dans la continuité de ces études préliminaires et porte désormais sur la forme et le contenu du document de synthèse. L'objectif de cette étude est de recueillir et d'analyser l'avis des MG sur le document de synthèse constitué à partir des études préliminaires, afin de le faire évoluer.

2. Matériels et Méthodes

2.1. Choix de l'étude qualitative

Il s'agit d'une étude qualitative par entretien. Elle permet de faire ressortir le vécu, la logique et la rationalité de la personne interviewée (17).

La méthode d'analyse choisie est la théorisation ancrée. Cette méthode permet de cerner la manière dont les personnes interviewées appréhendent, vivent et racontent ce qui leur arrive (18). « Théorisation » car la méthode vise à élaborer une théorie, un modèle des modes de pensée, de fonctionnement, de perception, d'enchaînement de logique. « Ancrée » car la méthode est construite de manière empirique, basée sur le discours au fil des entretiens.

2.2. Population et mode de recrutement

La population étudiée est composée de MG. Dans le but d'avoir un échantillon à variation maximale, tout MG de la métropole lilloise pouvait être sollicité. De même, afin de recueillir tout type d'avis, leur connaissance du document de synthèse n'entrait pas en compte dans les critères de recrutement.

Les MG étaient recrutés sur différentes zones géographiques de la métropole lilloise, via les pages jaunes et par le « bouche à oreille » au sein des réseaux professionnels et universitaires. Un courrier d'invitation était envoyé à chaque MG, et comprenait :

- une lettre explicative de l'étude,
- une copie standard du document de synthèse, non remplie (cf. annexe n°1B),
- une copie, du même document, remplie et anonymisée, basée sur le cas d'un patient (cf. annexe n°2).

Les MG étaient de nouveau contactés, par courriel ou appel téléphonique, cinq à sept jours après l'envoi du courrier afin de leur permettre de prendre connaissance des documents. Ce nouveau contact permettait de confirmer leur accord pour un entretien et de convenir d'un rendez-vous.

2.3. Recueil et analyse des données

Le lieu d'entretien était défini selon la convenance du médecin interviewé. Les entretiens individuels étaient semi-directifs, c'est-à-dire qu'ils étaient menés avec un guide d'entretien qui permettait au MG de s'exprimer librement sur le document de synthèse. Le guide d'entretien ne définissait pas de cadre restrictif de conversation mais comportait des questions ouvertes sur lesquelles nous nous attendions que les MG puissent s'exprimer (19). Il permettait d'effectuer des relances et de solliciter le médecin interviewé sur une question qui n'avait pas encore été spontanément abordée. Il était évolutif au fil des entretiens. Soit il était enrichi de sorte à explorer certaines pistes et poser de nouvelles questions, soit certaines questions étaient retirées lorsqu'aucune nouvelle idée émise ne permettait de les approfondir. La suffisance des données était atteinte lorsque les entretiens n'apportaient plus de nouvelles idées (18). Elle était vérifiée par des entretiens dits « de consolidation ». Chaque entretien était enregistré au dictaphone, après accord oral du médecin interviewé, et après lui avoir indiqué la possibilité d'interrompre l'enregistrement audio selon son souhait.

Les entretiens enregistrés étaient ensuite retranscrits intégralement pour obtenir des verbatim (cf. annexe virtuelle). L'analyse des verbatim, réalisée après chaque entretien, s'est faite en deux temps :

- Le premier temps était consacré au codage des verbatim, à l'aide du logiciel d'analyse qualitative NVIVO®. Chaque partie du verbatim était classée dans une catégorie représentant l'idée qu'elle véhicule. Les catégories étaient ensuite regroupées en thèmes plus généraux. Le but était de rechercher et regrouper des idées et des thèmes, entre les différents entretiens, afin de leur donner un sens. Ce codage était également effectué en parallèle par un deuxième investigateur, Monsieur Denis DUBAR, médecin généraliste. Puis, suivait la phase de mise en commun des codages respectifs afin de vérifier la concordance de l'analyse et de respecter le principe de triangulation (20,21).
- Le deuxième temps était consacré à la révision des idées émises, afin de s'assurer qu'elles n'avaient pas déjà fait consensus lors des études préliminaires en groupe nominal. Cela a permis de faire évoluer le guide

d'entretien. Ce deuxième temps était effectué en collaboration avec Monsieur Fabien VISADE, Gériatre.

2.4. Ethique

Cette étude étant non interventionnelle, l'avis du Comité de Protection des Personnes (CPP) n'a pas été nécessaire. Elle a été soumise à un comité d'éthique interne au GHICL. Elle n'a bénéficié d'aucun financement.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques de la population

Parmi les 46 MG sollicités, 12 ont répondu favorablement, avec la totalité des interviews effectuée entre le 31 août 2017 et le 20 Février 2019. Les médecins interviewés étaient majoritairement de sexe féminin. L'âge médian était de 36 ans. La moitié des participants n'avait pas connaissance du principe de conciliation médicamenteuse et n'avait jamais reçu de patient ayant bénéficié de révision thérapeutique telle que présentée par le document de synthèse. La suffisance des données était atteinte au bout de dix entretiens. Elle était confirmée par deux entretiens de consolidation, portant à douze le nombre total d'entretiens. La durée médiane des entretiens était de 69 minutes. Les caractéristiques de la population sont présentées dans le tableau 1.

Le guide d'entretien a évolué au fil des interviews. Les différentes versions sont disponibles en annexe virtuelle.

Tableau 1 – Caractéristiques des Interviewés

Entretien	Individu	Sexe	Age (ans)	Année d'installation	Secteur géographique d'activité	Durée d'entretien (minutes)	Connaissance préalable de la conciliation médicamenteuse
1.	Dr A.	Homme	30	2016	Urbain	30	Oui
2.	Dr L.	Femme	35	2017	Urbain	70	Oui
3.	Dr G.	Femme	63	1980	Urbain	45	Non
4.	Dr V.	Homme	52	1996	Semi-rural	82	Non
5.	Dr P.	Femme	36	2013	Urbain	71	Non
6.	Dr F.	Femme	29	2017	Urbain	68	Non
7.	Dr L.	Homme	61	1985	Rural	97	Oui
8.	Dr C.	Homme	56	1993	Urbain	72	Oui
9.	Dr L.	Femme	31	2018	Semi-rural	61	Oui
10.	Dr D.	Femme	32	2015	Urbain	34	Oui
11.	Dr E.	Femme	36	2011	Urbain	36	Non
12.	Dr D.	Homme	59	1988	Urbain	72	Non

3.2. Résultats de l'étude qualitative

Les idées émises par les MG ont permis de faire ressortir :

- Des propositions de modification du document. Ces propositions ont été classées selon quatre catégories : « présentation du document » ; « données cliniques et paracliniques » ; « thérapeutiques » et « autres données ». Dans un premier temps, nous présentons ces propositions, accompagnées des modes de pensée des MG et d'extraits de verbatim. Ces propositions étaient soit retenues, car l'avis des médecins interviewés convergeait ou l'idée proposée permettait de compléter le document de synthèse ; soit elles étaient retenues mais nécessitaient un nouveau consensus car les avis divergeaient ; soit elles étaient non retenues. Le tableau 2 résume les propositions classées par catégories.
- L'impression globale des médecins sur l'utilité du document.

3.2.1. Propositions de modification du document

- ***Présentation du document et disposition des données***

Une proposition fut retenue :

- Concernant la présentation globale du document, il était proposé d'adopter une disposition tenant sur une seule page. Cela était motivé par l'appréciation du concept de synthèse, la volonté de visualiser l'ensemble des thérapeutiques sur une seule page et faciliter le temps de rédaction de l'ordonnance.

➤ *Dr L. (entretien n°9) :*

- « *alors moi, pour le coup, je pense que ... il faut que ça tienne sur une page. Il faut vraiment vous, euh ... vous ... être psychorigide sur le fait que ... il faut que ça tienne sur une page. Parce qu'en fait, t'as une vision d'ensemble, euh ... voilà !* »

D'autres propositions furent retenues mais nécessitaient un nouveau consensus :

- Concernant la présentation globale, il était suggéré de réduire la taille du titre, des informations administratives et des logos d'identification. Ceci, car les données cliniques et thérapeutiques étaient jugées plus importantes et nécessitaient donc plus de place.

➤ *Dr C. (entretien n°8) :*

- *« Je pense, ce truc-là a un problème de ... de ... présentation de document. Un petit peu de modification pour laisser de la place importante pour les choses importantes. Et des petits trucs pour les choses moins importantes. Par exemple, « nom, adresse, hôpital, date d'hospitalisation », c'est pas la peine de prendre le quart de la page. »*

- Une disposition de chaque rubrique les unes à la suite des autres était proposée afin d'apporter plus de clarté à la présentation et de rendre plus aisée la lecture par un seul sens de progression (de haut en bas).

➤ *Dr C. (entretien n°8) :*

- *« ça se discute hein ! Mais en mettant comme ça, pourquoi on mettra pas « motif d'hospitalisation », deux points, il est là ! En bas « diagnostic de sorte », deux points. « Tac », il est à côté ! [Indiquant des lignes complètes, l'une en dessous de l'autre.] »*

- La disposition des thérapeutiques avait suscité l'intérêt des interviewés. Différents cas de figure étaient mentionnés. Soit l'objectif était d'attirer l'attention sur les modifications et dans ce cas les médicaments arrêtés devaient figurer en premier. Soit l'objectif était de mettre l'accent sur les thérapeutiques à prescrire et les médicaments arrêtés devaient figurer en fin de liste. Dans tous les cas, les médicaments à prescrire devaient être mis à la suite afin de faciliter la rédaction de l'ordonnance.

➤ *Dr L. (entretien n°9) :*

- *« Après « les médicaments reconduits ». Et après « les médicaments arrêtés ». Parce qu'en fait dans la logique de ta prescription ... tu vas écrire sur l'ordonnance ... écrire ou taper, les médicaments que tu vas mettre sur l'ordonnance et après tu vas lire ... enfin, l'ordonnance est finie quoi ! « Médicaments arrêtés », tu n'as plus à ... parce que si tu commences par les médicaments arrêtés, ça peut aussi prêter à confusion, dans ton schéma mental »*

- L'emplacement de certaines rubriques était discuté car les MG avaient établi des schémas de lecture par lesquels ils abordaient habituellement les documents. Il était suggéré de disposer la rubrique « diagnostic de sortie » à la partie inférieure du document de synthèse car ils allaient rapidement à la conclusion lors de la lecture d'un courrier.

➤ *Dr C. (entretien n°8)*

- *« Ok. A la limite, est-ce qu'il faut mettre le « diagnostic de sortie », à côté du « motif d'hospitalisation », j'en suis pas si certain ... Alors par exemple, ça ... et à la fin, une fois qu'on a fini, « diagnostic de sortie », voilà ! »*

- Pour la rubrique des « référents », différentes possibilités étaient énoncées. Soit elle pouvait figurer en début de document, en dessous de l'identification du patient, en raison d'une volonté d'identifier rapidement l'expéditeur ; soit il était préconisé de la maintenir à la fin du document en guise de signature.

➤ *Dr L. (entretien n°7)*

- *« Peu importe ! Euh ... je pense que si on marque « sortie d'hospitalisation du service ... », euh ... « de gériatrie de l'hôpital St Philibert » ... Pourquoi pas marquer juste en dessous les référents ? Euh ... Parce que c'est aller chercher les référents sur deux endroits différents. D'un côté le service, de l'autre côté les personnages. Donc c'est peut-être mieux de ... de le mettre au même endroit. »*

- **Données cliniques et paracliniques**

Deux propositions furent retenues :

- Concernant les données biologiques, il était proposé de préciser le taux de créatinine et la clairance au lieu de l'information de type « *Insuffisance rénale : oui/non* ». En cas de prescription d'anti-vitamine K, il était préconisé de préciser l'INR de sortie. Ces éléments serviraient à un suivi plus avisé.

➤ *Dr D. (entretien n°10)*

- « *Euh ... donc, les ... la fonction rénale ... alors ! Insuffisance rénale, oui c'est bien. Mais est-ce que c'est pas intéressant de préciser une clairance ou une créat' peut-être ? (...) Parce que ça veut tout et rien dire. Et pour l'adaptation des thérapeutiques, euh ... on sait bien que c'est pas la même chose au-dessus ou en-dessous de 60 ml/min, par exemple, de clairance.* »

- Il était suggéré de mentionner les avis spécialisés et les examens paracliniques programmés. Cette proposition fut faite en raison des nombreuses informations disponibles sur le document, le faisant paraître comme une synthèse d'hospitalisation, et donc plus qu'une simple présentation des thérapeutiques en sortie d'hospitalisation.

➤ *Dr V. (entretien n°4)*

- « *Mais sinon, euh ... peut-être, est-ce qu'il y a eu des avis extérieurs pendant l'hospitalisation ? Euh ... est-ce qu'on a fait un avis cardio' ? Est-ce qu'on a fait, euh ... par exemple, euh ... ouais, des avis extérieurs ou les petites consultations. Par exemple, un patient diabétique, euh ... qui est resté un mois en hospi', euh ... est-ce qu'il y a eu un petit bilan ophtalmo' qui a été fait ? Euh ... en même temps ? Euh ... ou un petit bilan cardio' ? Ou un avis pédicure, qui a été vu, euh ... quelque chose comme ça ! Un peu les avis extérieurs, un peu !* »

Deux propositions furent retenues mais nécessitaient un nouveau consensus :

- Ajouter une rubrique « éléments marquants ». Elle ferait figurer toute information nouvelle ou particulière ayant occasionné une modification thérapeutique, quitte à la répéter dans les « justifications ». L'objectif était d'attirer l'attention du médecin et le préserver de l'omission d'une information importante.

➤ *Dr D. (entretien n°12)*

- *« Bah, moi je mettrais « diagnostic de sortie » et puis je mettrais, euh ... je vous dis, je mettrais un truc genre ... « éléments marquants » ... [pointant la partie juste en dessous du « diagnostic de sortie »] ... Oui ! Et puis là, à la justification, je dis, euh ... je mettrais, euh ... je ferais un petit rappel »*

- Concernant les données biologiques, il était suggéré d'indiquer leur tendance en fin d'hospitalisation (en hausse/ en baisse), afin d'adapter le suivi.

➤ *Dr D. (entretien n°10)*

- *« La CRP de sortie, bon, c'est bien. Elle est pas tout à fait normale ... alors ! c'est bien. CRP de sortie, 20. Est-ce qu'on est sur la pente ascendante ou descendante, c'est intéressant de le savoir ... En tous cas, bon ... après, une CRP à 20, oui ! C'est en hausse ou en baisse. Si on trouve 300, c'est un autre problème ! »*

Deux propositions ne furent pas retenues pour différentes raisons :

- Parce qu'elle n'avait pas été maintenue, après consensus, lors des études préliminaires :
 - Indiquer des éléments sur la gestion du traitement (la nécessité d'une aide, la présence de troubles de déglutition) car le document était perçu comme une synthèse d'hospitalisation.

- Parce que les médecins interviewés, au fil des entretiens, suggéraient que cette proposition devait plutôt figurer dans le courrier et risquait d'alourdir le document :
 - Ajouter des indices gériatriques. Cette proposition, faite lors du 4^e entretien, reposait sur deux éléments : la volonté d'avoir une vision globale du patient et la perception du document comme une synthèse d'hospitalisation. Elle a été ajoutée au guide d'entretien et maintenue jusqu'au bout du recueil.

- **Les thérapeutiques**

Trois propositions furent retenues :

- Préciser les heures de prise de certains médicaments spécifiques, afin d'être précis dans la prescription.
 - *Dr D. (entretien n°12)*
 - « Non, c'est bien ! Et puis il y a les horaires de prises aussi ! »
- Indiquer les médicaments dont l'arrêt progressif était à envisager, afin de pouvoir négocier cet arrêt plus facilement auprès du patient et de son entourage à domicile.
 - *Dr V. (entretien n°4)*
 - « Peut-être rajouter, un peu, « médicaments à arrêter » ou ... des traitements qui sont un peu, euh ... je vais pas dire dangereux mais qu'il faut faire attention, ou ... parce que, bah, enfin ! Les ... tranquillisants, les trucs comme ça ... un petit peu ... des fois, des annotations un peu sur ça, quoi ! »
- Indiquer la dénomination commune internationale (DCI) de chaque médicament, dans le but d'harmoniser les pratiques et les informations transmises.

➤ *Dr D. (entretien n°10)*

- « *En théorie, on est censé tous parler en DCI et tous les logiciels médicaux, actuellement, sont en DCI. »*

- **Les autres données**

Une proposition fut retenue :

- Ajouter les contacts téléphoniques directs des référents hospitaliers, et ceci pour un gain de temps. Cette proposition a été ajoutée au guide d'entretien à partir du 7^e entretien et maintenue jusqu'au bout du recueil.

➤ *Dr D. (entretien n°10)*

- « *Les référents du patient, ça c'est bien ! Avec un numéro de téléphone, c'est encore mieux ! Une ligne directe si possible ! »*

Deux propositions furent retenues mais nécessitaient un nouveau consensus :

- Rajouter les coordonnées téléphoniques du patient et indiquer la personne de confiance, afin de disposer d'informations complètes sur le patient dans sa prise en charge.

➤ *Dr L. (entretien n°9) :*

- « *il y a juste, peut-être, si le patient a de la famille, enfin ... la personne à joindre. Mais bon, ça c'est vraiment, euh ... savoir si le référent, c'est le patient ou c'est la fille ou si c'est, euh ... »*

- Mentionner le mode d'entrée en hospitalisation afin d'en faire le lien avec la pathologie traitée, ainsi que d'ajouter d'éventuelles consultations programmées. Ces propositions furent émises car le document était perçu comme une synthèse d'hospitalisation.

➤ *Dr L. (entretien n°9) :*

- « *Moi je pense qu'il serait intéressant aussi ... mais bon ! Ça c'est mon ... savoir par qui il a été adressé ! S'il a été adressé par son médecin traitant ou s'il a été adressé par le ... l'adressage, en fait ! Juste pour savoir, euh ... »*

➤ *Dr L. (entretien n°2)*

- « *Euh ... j'allais dire ... ce qui pourrait être mis, c'est, s'il y a une date de consultation ultérieure, par exemple !* »

Une proposition ne fut pas retenue car ayant déjà fait consensus lors des études préliminaires :

- Retirer certaines informations : le numéro de sécurité sociale et l'adresse du patient. Elles étaient jugées de moindre importance sur ce document au moment de la sortie d'hospitalisation.

Tableau 2 – synthèse des propositions par catégorie

Catégories	Idées	Décision après analyse
Présentation du document	Présentation sur une seule page	Retenue
	Réduire la taille du titre, de la rubrique d'informations administratives et des logos d'identification	Retenue + nouveau consensus
	Disposer les rubriques par ligne (1 rubrique → 1 ligne)	Retenue + nouveau consensus
	Disposer les rubriques des médicaments à prescrire, à la suite	Retenue + nouveau consensus
	Déplacer la rubrique « Diagnostic de sortie », en fin de document	Retenue + nouveau consensus
	Déplacer la rubrique « Référents du patient » en début de document	Retenue + nouveau consensus
Données cliniques et paracliniques	Préciser le taux de créatinine et la clairance de créatinine ; l'INR de sortie (si besoin)	Retenue
	Indiquer les avis spécialisés et examens paracliniques programmés	Retenue
	Insérer une nouvelle rubrique : « éléments marquants »	Retenue + nouveau consensus
	Préciser la tendance des valeurs biologiques (en baisse / en hausse)	Retenue + nouveau consensus
	Préciser la gestion des traitements (besoin d'aide / troubles de déglutition)	Non retenue ^a
	Indices gériatriques (autonomie / état nutritionnel (MNA / Albuminémie) / cognition / état cutané)	Non retenue ^b
Thérapeutiques	Indiquer les heures de prises des médicaments spécifiques	Retenue
	Indiquer les médicaments dont l'arrêt progressif est à envisager	Retenue
	Indiquer la DCI	Retenue
Autres données	Contacts téléphoniques des référents (ligne directe)	Retenue
	Indiquer les contacts téléphoniques des patients et la personne de confiance	Retenue + nouveau consensus
	Mode d'entrée en hospitalisation et consultations programmées	Retenue + nouveau consensus
	Retrait du numéro de sécurité sociale et de l'adresse du patient	Non retenue ^a

Le tableau 2 présente les résultats de l'étude, regroupés dans la première colonne en 4 catégories (Présentation du document, données cliniques et paracliniques, thérapeutiques, autres données). Pour chaque catégorie, les propositions, énoncées lors des entretiens, sont retranscrites dans la deuxième colonne. La troisième colonne présente la décision finale après analyse. La proposition était soit retenue, soit retenue mais nécessitant un nouveau consensus, soit non retenue. Si la proposition n'était pas retenue, les raisons étaient : a) Donnée ayant déjà fait l'objet d'un consensus lors des études préliminaires ; b) Donnée figurant déjà dans le courrier de sortie.

3.2.2. Impression globale sur l'utilité du document

De manière globale, le document de synthèse thérapeutique était bien reçu par les MG.

Le concept de synthèse fut apprécié. Le document de synthèse était même perçu comme une synthèse d'hospitalisation en raison des nombreuses autres informations qu'il contenait en plus de la thérapeutique.

- *Dr A. (entretien n°1)*
 - « *ah c'est facile ! ... c'est ... concis ... c'est parfait !* »

- *Dr G. (entretien n°3)*
 - « *Mais c'est vrai que, j'ai trouvé que votre papier-là, c'était pas mal ! Parce que, en fait, c'est assez concis, euh ... je veux dire, il y a, euh ... d'un côté, vous voyez, « allergie », « insuffisance rénale », « insuffisance hépatique », c'était quand même, euh ... intéressant. C'est assez concis comme, euh ... « événement iatrogénique pendant l'hospitalisation ». Bah, voilà ! Disons, c'est résumé ! C'est un truc qui est résumé, et on voit apparaître les choses importantes, euh ... c'est bien !* »

Les médecins interviewés étaient unanimes sur l'importance d'améliorer la communication entre la ville et l'hôpital. En plus des courriers, le canal de communication privilégié, notamment en cas de besoin immédiat, est l'appel téléphonique. Cependant ils admettaient être confrontés au problème de la disponibilité de leur interlocuteur. Dans ce cadre, le document de synthèse permettait de répondre en partie à cette problématique de développer une alternative efficace de communication, notamment avec les justifications et les éléments de surveillance indiqués.

- *Dr L. (entretien n°2)*
 - « *Bah ! Je pense qu'il faudrait surtout, euh ... pour éviter toute, euh ... toute confusion, euh ... bien dire que là, enfin ! Parce que les patients, souvent, ils ont quand même euh ... des gros paquets d'ordonnance euh ... qu'ils stockent chez eux [en riant], et donc bien leur dire que ... c'est*

un document qui va être transmis euh ... au médecin traitant. Et que ... c'est vraiment ce qui prend le relais pour la suite. Pour ev'... le risque, c'est qu'effectivement les gens rentrent chez eux, et ressortent leur vieille ordonnance et leurs vieux médicaments qui sont restés à la maison euh ... »

Pour le MG, avoir des informations claires sur les modifications thérapeutiques (justifications, éléments de surveillance) représente un atout afin d'assurer la sécurité des prescriptions, notamment lors des moments à risque comme une sortie d'hospitalisation. Mais cela n'exclut pas sa responsabilité de contrôle lors de sa prescription.

➤ *Dr D. (Entretien n°12)*

- *« Et comment je la conçois. Bah ... en vérifiant s'il n'y a pas d'incohérence dans la prescription ... je dois pas faire l'automate. Sinon j'sers plus à rien ! »*

➤ *Dr A. (Entretien n°1)*

- *« ça permet de sécuriser un peu quand même le ... les prescriptions mais encore une fois, comme je t'avais dit ... il faut toujours, un peu, s'adapter au patient et des fois ... il y a des traitements qui ont pas, peut-être ... qui ont, peut-être, pas lieu d'être ou ... ou ... qui ont lieu d'être mais ... que dans la vraie vie ... bah ! C'est ... c'est plus compliqué ... »*

Le partage des informations contenues sur le document de synthèse fut également évoqué. Le pharmacien était considéré comme un partenaire indispensable, assurant un rôle de veille en cas de besoin. Les paramédicaux furent également cités, notamment du fait de leurs interventions répétées auprès du patient.

➤ *Dr A. (entretien n°1)*

- *« des fois, les pharmaciens, ils nous sauvent la mise hein ! ... après des petites erreurs de prescription, ils nous rappellent ... « ah ! Vous avez fait ça ... » ... et ils corrigent derrière ... »*

➤ *Dr V. (entretien n°4)*

- *« Euh ... [silence] ... l'infirmière, ouais ! L'infirmière, ouais ! Après je pense que des paramédicaux ... peut-être pas tous, parce que, après, je pense que ... après, je suis pas ... euh ... faut voir si ça peut les concerner dans leur activité, dans leur, euh ... dans leur travail quoi ! Après, euh ... L'infirmière, ouais, elle peut ! L'infirmière, sûrement ! Parce que maintenant, les infirmières délivrent beaucoup de médicaments, de traitements ! Et donc, euh ... elles sont beaucoup chez les gens maintenant, au jour le jour ! »*

4. Discussion

4.1. Résultats principaux

Cette étude cherche à explorer l'avis des MG sur le document de synthèse, afin de le faire évoluer. Des différentes idées émises, lors des entretiens, ressortent plusieurs propositions que l'on peut décliner en quatre catégories : « présentation du document », « données cliniques et paracliniques », « thérapeutiques » et « autres données ».

La première catégorie concerne la présentation du document, où il était retenu une présentation de l'ensemble des données sur une seule page. D'autres propositions, comme réduire la taille du titre, des logos d'identification et la rubrique d'informations administratives ; disposer les rubriques par ligne ; mettre l'ensemble des thérapeutiques à prescrire à la suite ou encore disposer la rubrique du « Diagnostic de sortie » en fin de document et déplacer la rubrique des « Référents du patient » en début de document, furent retenues mais devaient être soumises à un nouveau consensus

Les modes de pensée motivant ces propositions ont permis d'identifier, chez les MG interviewés, la recherche d'une présentation claire, structurée et synthétique des informations afin de rendre aisée la lecture des documents de sortie d'hospitalisation.

On retrouve, dans la littérature, divers avis concernant la présentation des documents de sortie d'hospitalisation. Une étude réalisée au centre hospitalier universitaire de Poitiers sur les attentes des MG pour optimiser le compte rendu d'hospitalisation (CRH), montre qu'un des critères était « Pas d'importance quant à la longueur » (22). Le point focal des critères reposait sur les éléments contenus dans le CRH et leur mise en valeur. Cependant dans le cadre d'une revue systématique de la littérature sur les documents de sortie d'hospitalisation et les attentes des MG, des éléments sur la structuration étaient mentionnés. Afin de permettre une lecture rapide du document, étaient attendus : un effort de synthèse limitant le nombre de pages ; une organisation en titre, sous-titres et paragraphes (23). Dans ces deux études, l'on retrouve la notion

d'indiquer les éléments importants en les mettant en gras, notamment en ce qui concerne les traitements de sortie (22,23).

Dans notre cadre, le document de synthèse fait partie intégrante du CRH car il remplace la liste des traitements, classiquement connue. L'analyse montre l'appréciation du concept de synthèse et sa perception comme un résumé d'hospitalisation. Cela nous permet de comprendre le fait que les médecins lui appliquent les mêmes attentes qu'au CRH et ceci concorde avec les données précédemment citées.

La deuxième catégorie concerne les données cliniques et paracliniques. Différentes propositions furent retenues : apporter plus de précision à certaines données biologiques ; indiquer les avis spécialisés et examens paracliniques programmés. Deux autres propositions, intégrer une nouvelle rubrique « éléments marquants » et préciser la tendance d'évolution des données biologiques mentionnées dans la rubrique « valeurs biologiques d'intérêt », devaient être soumises à un nouveau consensus.

Ces différentes propositions permettent de noter une autre attente de la part des MG interviewés qui est de disposer des éléments utiles à la prescription et au suivi du patient dans les suites de son hospitalisation.

Ces attentes se retrouvent également dans la littérature. Dans l'optique d'assurer la continuité des soins, des critères étaient vus comme indispensables et étaient constamment recherchés dans le volet médical des CRH : le motif d'admission, le diagnostic principal, le traitement de sortie, les suites à donner en termes de prise en charge diagnostique et thérapeutique, les examens complémentaires réalisés. Sur le plan administratif, les attentes concordaient avec les recommandations des textes officiels (23).

Ces éléments sont repris dans les recommandations de la HAS sur le CRH afin d'harmoniser les pratiques et de répondre à ces exigences (23,24).

Dans notre cadre, le document de synthèse fait partie intégrante du CRH qui est remis au patient au moment de sa sortie et une copie est adressée au médecin. Et avec les

informations complémentaires jointes le faisant percevoir comme une synthèse d'hospitalisation, ces préoccupations sont couvertes.

La troisième catégorie concerne les thérapeutiques. Les propositions, comme préciser les heures de prises pour certains traitements spécifiques ; mentionner les traitements dont l'arrêt progressif est à envisager ; ou encore indiquer la DCI, étaient retenues.

La préoccupation des MG, pour cette catégorie, est d'être précis dans les prescriptions et de réduire au maximum le risque d'erreurs.

Elle répond bien à l'essence du projet High 5's et des recommandations de la HAS concernant la sécurisation des prescriptions aux points de transition du parcours de soins des patients (5,25).

D'autres études montrent l'intérêt d'un paragraphe dédié aux modifications thérapeutiques (24,26). Différents avantages sont énoncés par les MG : éviter les erreurs d'interprétation et ne pas considérer l'arrêt d'un traitement comme un oubli ; attirer l'attention du destinataire par un paragraphe distinct. L'une d'elle rapporte également l'intérêt pédagogique pour le médecin car les données transmises permettent d'actualiser les connaissances et d'adapter les prescriptions pour d'autres patients (26).

La dernière catégorie concerne les autres données, où il était retenu de préciser les coordonnées téléphoniques directes des référents hospitaliers du patient. Les propositions suivantes nécessitaient un nouveau consensus : indiquer les coordonnées téléphoniques du patient ; indiquer la personne de confiance du patient ; mentionner le mode d'entrée en hospitalisation ; mentionner les consultations programmées.

Ces différents éléments dénotent l'importance pour le MG d'avoir une vision globale du patient dans le cadre de la coordination des soins et de promouvoir la communication entre la ville et l'hôpital.

Les attentes des MG sur le CRH permettent de retrouver ce souci d'avoir une vision globale du patient. En plus des données sur la personne de confiance et le mode d'entrée en hospitalisation, l'on retrouve aussi le mode de sortie (23).

Concernant la communication entre la ville et l'hôpital, on retrouve un avantage énoncé dans l'étude sur le « *Paragraphe sur les modifications thérapeutiques dans les comptes rendus d'hospitalisation* ». La clarté des informations transmises permet un gain de temps car cela évite au médecin de rappeler le service hospitalier pour confirmation d'arrêt de médicament ou argumentation des modifications (26).

Le CRH représente un outil important de transmission d'information aux médecins de ville (22). Bien que l'appel téléphonique soit le canal privilégié en cas de besoin immédiat, il confronte les médecins aux problématiques du temps et de la disponibilité de leur interlocuteur. Une transmission d'information fiable via le CRH permettrait de réduire l'impact de ces difficultés.

L'ensemble des propositions servira à l'amélioration du document de synthèse. Cependant cette étude n'est qu'une étape du travail globale sur le document, et différentes perspectives se présentent désormais.

4.2. Perspectives

D'une part, les propositions nécessitant un nouveau consensus pourront être évaluées par de nouvelles études, soit par des entretiens en focus-groupe, soit par d'autres méthodes de consensus. En effet, notre méthodologie ne permet pas d'aboutir à un consensus. Et si une idée ne faisait pas l'unanimité au fil des entretiens, il n'était pas possible de la retenir définitivement.

Aussi, le document de synthèse est destiné aux principaux acteurs du domicile en sortie d'hospitalisation, à savoir le MG et le pharmacien d'officine. Or ce travail ne s'attache qu'à l'avis des MG. Recueillir l'avis des pharmaciens d'officine sur ce même document est ainsi une étape indispensable.

D'autre part, le but du document est de sécuriser le transfert des informations médicamenteuses en sortie d'hospitalisation. Les études évaluant les processus intra

hospitalier, comme la conciliation médicamenteuse ou la révision médicamenteuse, sont nombreuses, à l'instar des études évaluant des processus comme le nôtre. L'évaluation de l'impact d'un tel document sur les prescriptions de ville en sortie d'hospitalisation, ou encore de son impact sur les ré-hospitalisations, représentent des pistes de recherche innovantes.

4.3. Forces et limites de l'étude

Notre étude présente plusieurs forces.

- *Type d'étude et méthode d'analyse*

La recherche qualitative vise à donner du sens, à comprendre des phénomènes sociaux et humains (27). Notamment, l'enquête par entretien fait appel au point de vue de la personne interrogée, met au premier plan son vécu, sa logique, sa rationalité. Elle semble donc adéquate pour répondre à l'objectif de notre travail.

L'analyse par théorisation ancrée permet de faire ressortir les modes de pensées, de fonctionnement et d'enchaînement de logique. Pour proposer les modes de pensée, cette méthode impose une construction progressive après les avoir identifiés (18). Chaque entretien était donc retranscrit et analysé avant de réaliser l'interview suivante.

- *L'échantillon*

L'échantillon a été constitué de manière prospective. Il a permis d'obtenir la variation maximale, notamment avec une méconnaissance du principe de la conciliation médicamenteuse pour la moitié des interviewés, les différents secteurs d'activités représentés (urbain, semi-rural et rural). Enfin, la suffisance des données était atteinte à partir du dixième entretien et confirmée avec deux entretiens de consolidation.

Cependant, certaines limites doivent être soulignées et nous relevons différents biais.

- ***Biais de sélection***

Le recrutement des médecins interviewés ne s'est pas fait au hasard. Douze médecins ont répondu favorablement sur les 46 médecins sollicités, montrant leur intérêt pour la question.

- ***Biais d'investigation***

Deux éléments sont à noter dans ce cadre.

L'investigateur n'était pas expérimenté dans la conduite d'entretiens semi-directifs. Cela aurait pu influencer les questions, les relances et donc les réponses des médecins interviewés.

Une partie des médecins interviewés n'avait pas connaissance de la démarche de conciliation médicamenteuse et de révision thérapeutique permettant d'aboutir à l'élaboration du document de synthèse. Ils découvraient ainsi ce document et devaient donner un avis sur un outil qu'ils n'avaient ni connu ni testé. Mais cette méconnaissance était souhaitée afin d'obtenir un échantillon à variation maximale, permettant d'avoir un large panel d'avis.

- ***Biais d'interprétation***

Ce biais est inhérent à toute étude qualitative.

Afin de le réduire, les verbatim ont été obtenus après retranscription intégrale des entretiens.

Même si l'investigateur n'était pas expérimenté, le codage et l'analyse des verbatim ont été effectués en collaboration avec le Dr Denis DUBAR afin de respecter le principe de triangulation (20,21).

5. Conclusion

Le document de synthèse cherche à optimiser la transmission des informations médicamenteuses lors du retour à domicile des patients âgés en sortie d'hospitalisation. Ce travail s'inscrit dans la suite d'autres études qualitatives qui ont permis de définir son contenu.

Le document de synthèse fut bien reçu par les MG interviewés. Les idées émises se sont principalement déclinées en propositions concernant quatre catégories : « présentation du document », « données cliniques et paracliniques », « thérapeutiques » et « autres données ». Elles ont permis de percevoir la recherche d'une présentation claire, structurée et synthétique ; le besoin de disposer d'éléments utiles à la prescription et au suivi du patient, de réduire le risque d'erreurs dans les prescriptions ; la recherche d'une vision globale du patient et d'une amélioration de la communication entre la ville et l'hôpital.

Des perspectives s'offrent désormais comme la soumission des propositions nécessitant un nouveau consensus au travers d'autres études qualitatives, l'exploration de l'avis des pharmaciens d'officine et l'évaluation de l'impact de ce document sur les prescriptions et les ré-hospitalisations.

Références bibliographiques

1. Chaleix M, Izotte-Kret M, Régine B-S, Quenon J-L, Olier L. solidarité santé. [Cité 25 juin 2017]; Disponible sur:
<http://www.guidedesdemarches.com/DOCS/DOC123.pdf>
2. Imbs JL, Pouyanne P, Haramburu F, Welsch M, Decker N, Blayac JP, et al. [Iatrogenic medication: estimation of its prevalence in French public hospitals. Regional Centers of Pharmacovigilance]. *Thérapie*. févr 1999;54(1):21-7.
3. Medication errors new.qxp - medicationerrorsnew.ashx [Internet]. [Cité 25 juin 2017]. Disponible sur:
<http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2006/Preventing-Medication-Errors-Quality-Chasm-Series/medicationerrorsnew.ashx>
4. Microsoft Word - French Fact sheet Overview .doc - ps_high5s_project_overview_fs_2010_fr.pdf [Internet]. [Cité 25 juin 2017]. Disponible sur:
http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/ps_high5s_project_overview_fs_2010_fr.pdf
5. 2014_04_24_Fiche 2- Projet High5s V DEF_ 14h 5mai - fiche_descriptive_projet_high5s.pdf [Internet]. [Cité 25 janv 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-07/fiche_descriptive_projet_high5s.pdf
6. ANSM, Caron J, Vittecoq D. Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé - Mise au point [Internet]. 2005 [cité 25 juin 2017]. Disponible sur:
http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/9641eb3f4a1e67ba18a6b8aecd3f1985.pdf
7. McLean AJ, Le Couteur DG. Aging biology and geriatric clinical pharmacology. *Pharmacol Rev*. juin 2004; 56(2):163-84.
8. Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Veijola J, Kivelä S-L, Isoaho R. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *J Clin Epidemiol*. août 2002;55(8):809-17.
9. Legrain S, others. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé. *Consomm Prescr Iatrogénie Obs* [Internet]. 2005 [cité 25 juin 2017]; Disponible sur:
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf
10. Bemt PMLA van den, Loos EM van der S, Linden C van der, Theeuwes AMLJ, Pol AG. Effect of Medication Reconciliation on Unintentional Medication Discrepancies in Acute Hospital Admissions of Elderly Adults: A Multicenter Study. *J Am Geriatr Soc*. 2013; 61(8):1262-8.

11. Hellström LM, Bondesson Å, Höglund P, Midlöv P, Holmdahl L, Rickhag E, et al. Impact of the Lund Integrated Medicines Management (LIMM) model on medication appropriateness and drug-related hospital revisits. *Eur J Clin Pharmacol.* 1 juill 2011; 67(7):741-52.
12. Hahn M, Roll SC, Klein J. [Drug therapy safety at the transition from hospital to community medicine]. *Nervenarzt.* juill 2018;89(7):796-800.
13. Pippins JR, Gandhi TK, Hamann C, Ndumele CD, Labonville SA, Diedrichsen EK, et al. Classifying and Predicting Errors of Inpatient Medication Reconciliation. *J Gen Intern Med.* 1 sept 2008; 23(9):1414-22.
14. Osorio SN, Abramson E, Pfoh ER, Edwards A, Schottel H, Kaushal R. Risk Factors for Unexplained Medication Discrepancies During Transitions in Care. *Fam Med.* : 10.
15. Campagne M. Elaboration d'un document de synthèse des modifications thérapeutiques du sujet âgé en sortie d'hospitalisation: un consensus sur le contenu entre gériatres hospitaliers et médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2016.
16. Visade F. Elaboration d'un document de synthèse des modifications thérapeutiques du sujet âgé en sortie d'hospitalisation. Un consensus sur le contenu entre gériatres, pharmaciens hospitaliers, médecins généralistes et pharmaciens officinaux. 2016.
17. Blanchet A, Gotman A, Singly F de. L'entretien. Paris : Armand Colin, DL 2015, cop. 2015 (53-Mayenne : impr. par Jouve); 2015. (128 : tout le savoir).
18. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. Belgique, Louvain-La-Neuve: De Boeck; 2014.
19. Fenneteau H. L'enquête : entretien et questionnaire. Paris : Dunod, DL 2015, cop. 2015.; 2015. (Les topos. Economie, gestion).
20. Apostolidis T. Représentations sociales et triangulation : enjeux théorico-méthodologiques [Internet]. ERES; 2005 [cité 28 mai 2019]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/methodes-d-etude-des-representations-sociales--9782749201238-page-13.htm>
21. Miles MB, Huberman AM. Analyse des données qualitatives. De Boeck Supérieur; 2003. 630 p.
22. Bureau M-L. Continuité des soins à la sortie du service de gériatrie: étude sur les attentes des médecins généralistes pour optimiser le compte rendu d'hospitalisation [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2012.
23. 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. *Sante Publique (Bucur).* 31 déc 2015;Vol. 27(5):701-11.

24. Lambert C. Continuité des soins dans un service de gériatrie: avis des médecins généralistes concernant les modifications réalisées sur le compte rendu d'hospitalisation [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2018.
25. Haute Autorité de Santé - Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé [Internet]. [Cité 19 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2736453/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante
26. Albert-Perl A. Paragraphe sur les modifications thérapeutiques dans les comptes rendus d'hospitalisation : intérêt dans la pratique quotidienne en médecine de ville. 28 juin 2016 [cité 26 mai 2019]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01505499>
27. Mukamurera J, Lacourse F, Couturier Y. Des avancées en analyse qualitative: pour une transparence et une systématisation des pratiques. Rech Qual. 2006;26(1):110–138.

Annexes

Annexe n°1A : « Etude groupe nominal « consensus final »

Rangs de l'intitulé	Intitulé
1	Traitement de sortie: traitements reconduits, traitements introduits, traitements arrêtés, traitements modifiés. En précisant le dosage, la posologie et variation de posologie à prévoir, les horaires des prises, la durée, le nom du médicament et sa DCI.
2	Justificatif / argumentation de l'introduction ou de l'arrêt des traitements
3	Nom, prénom, adresse, date de naissance du patient, et numéro de sécurité sociale du patient
4	Surveillance biologique ou clinique à instaurer
5	Motif d'hospitalisation, éléments principaux de l'hospitalisation et diagnostic(s) de sortie
6	Nom du médecin de ville destinataire du courrier, nom du service hospitalier, du médecin hospitalier, de l'interne et du pharmacien hospitalier, l'identification de l'hôpital et du séjour
7	Allergies connues et mention d'une insuffisance hépatique ou insuffisance rénale, poids
8	Principaux effets indésirables à surveiller après la sortie d'hospitalisation du patient
9	Date des dernières valeurs biologiques d'intérêt, date du dernier INR pour les anti-vitamines K
10	dates d'hospitalisation

Annexe n°1B : « Copie standard du document de synthèse »

Document de synthèse des modifications thérapeutiques du sujet âgé en sortie d'hospitalisation				
Hôpital :		Dates d'hospitalisation : du --/--/---- au --/--/----		
Patient :				
Nom :		Prénom :		Date de naissance : --/--/----
Adresse :			Num. Sécu :	
Motif d'hospitalisation :			Diagnostic de sortie :	
Evènements iatrogéniques pendant l'hospitalisation :				Allergies connues : Insuffisance rénale : Insuffisance hépatique :
Médicaments reconduits (nom/dosage)	Posologie M/M/S/C	Durée (jours)	Justifications	Surveillance requise / Effets indésirables/ Conditions d'arrêt :
Médicaments modifiés (nom/dosage)				
Médicaments introduits (nom/dosage)				
Médicaments arrêtés (nom/dosage)				
Valeurs biologiques d'intérêt :				
Référents du patient :				
Médecin traitant :			Pharmacie d'Officine :	
Praticien hospitalier :		Pharmacien hospitalier :		Interne :

Annexe n°2 : « Document de synthèse, basé sur le cas d'un patient »

Document de synthèse des modifications thérapeutiques du sujet âgé en sortie d'hospitalisation				
Hôpital : St Philibert		Dates d'hospitalisation : du xx au xx/xx/xxxx		
Patient :				
Nom : D.		Prénom : G.		Date de naissance :
Adresse :				
Num. Sécu :				
Motif d'hospitalisation : Altération de l'état général			Diagnostic de sortie : Infection urinaire, crise de goutte, insuffisance rénale aigue fonctionnelle sur chronique, dénutrition modérée, troubles cognitifs	
Evénements iatrogéniques pendant l'hospitalisation :			Allergie connue : non Insuffisance rénale : oui Insuffisance hépatique : non	
Médicaments reconduits : (nom / dosage)	Posologie M/M/S/C	Durée (jours)	Justifications	Surveillance requise / Effets indésirables / Conditions d'arrêt
NEURONTIN 600 mg NEURONTIN 800 mg PREVISCAN 20 mg LAMALINE PARACETAMOL	1-0-0-0 0-0-1-0 0-0-0.5		Si besoin Si besoin	
Médicaments modifiés : (nom / dosage)	Posologie M/M/S/C	Durée (jours)	Justifications	Surveillance requise / Effets indésirables / Conditions d'arrêt
Aucun				
Médicaments introduits : (nom / dosage)	Posologie M/M/S/C	Jusqu'au (inclus)	Justifications	Surveillance requise / Effets indésirables / Conditions d'arrêt
COLCHICINE 1 mg ROCEPHINE 2 g sous-cutané dans chaque cuisse à 18h	0.5-0-0-0	29/06/17 30/06/17	Crise de goutte Infection urinaire	
Médicaments arrêtés : (nom / dosage)	Justifications			
MODOPAR 62.5 mg ALDACTONE LASILIX	Absence de syndrome extrapyramidal, sur avis neurologique (cf courrier mars 2017) Hyperkaliémie – surveillance du ionogramme Déshydratation extracellulaire – surveillance des signes de décompensation cardiaque			
Valeurs biologiques d'intérêt : Créatinine de sortie 10.2 mg/l, CRP de sortie 20 mg/l, kaliémie de sortie 4.7 mg/l				
Référents du patient :				
Médecin traitant : Dr V. Gériatre hospitalier : Dr VISADE Fabien			Pharmacie d'officine : Pharmacien hospitalier : Dr LEFEBVRE Antoine	

AUTEUR : Nom : KOMENAN Prénom : Djecoury Ked

Date de Soutenance : 11 juin 2019

Titre de la Thèse : Avis des médecins généralistes sur le document de synthèse des modifications thérapeutiques du sujet âgé en sortie d'hospitalisation.

Thèse – Médecine – Lille 2019

Cadre de classement : Médecine générale

DES + Spécialité : Médecine générale

Mots-clés : Révision médicamenteuse, synthèse des modifications thérapeutiques, transmission d'informations, sortie d'hospitalisation, patient âgé

Résumé :

Contexte : La transmission des informations médicamenteuses en sortie d'hospitalisation doit être améliorée. Afin de réduire le risque de iatrogénie médicamenteuse, un document de synthèse des modifications thérapeutiques du sujet âgé en sortie d'hospitalisation a été conçu. L'objectif de cette étude est d'explorer l'avis des médecins généralistes (MG), sur ce document, afin de l'améliorer.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels, semi-directifs, avec une analyse par théorisation ancrée. Les verbatim d'entretiens ont été analysés à l'aide du logiciel NVIVO®, en respectant la triangulation.

Résultats : Quatre catégories de propositions sont ressorties des entretiens. La première concerne la présentation du document, et traduit la recherche d'une présentation claire, structurée et synthétique des informations. La deuxième concerne les données cliniques et paracliniques, exprimant le besoin de disposer d'éléments utiles à la prescription et au suivi du patient. La troisième concerne les thérapeutiques, reflet de la préoccupation des MG d'avoir des prescriptions précises afin de réduire le risque d'erreur. La quatrième concerne les autres données, marquant l'importance d'avoir une vision globale du patient dans la coordination des soins et de promouvoir la communication entre la ville et l'hôpital.

Conclusion : Le document de synthèse a été bien reçu par les MG interviewés. De nouvelles perspectives, comme explorer l'avis des pharmaciens d'officine sur ce document ou évaluer son impact sur les prescriptions et les ré-hospitalisations, sont à envisager.

Composition du jury :

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Éric BOULANGER

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Monsieur le Docteur Jean-Baptiste BEUSCART

Monsieur le Docteur Fabien VISADE