

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2021

N° 210

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'État
Mention : D.E.S. de Médecine Générale

Par

Déborah MEYER

Née le 20 mars 1990 à Wissembourg (67)

Le retour à domicile post hospitalisation : Causes des modifications des prescriptions hospitalières par le médecin traitant. Analyse qualitative auprès de médecins généralistes bas-rhinois

Président de thèse : Monsieur le Professeur Thomas VOGEL

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean-Luc GRIES

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2021

N° 210

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'État
Mention : D.E.S. de Médecine Générale

Par

Déborah MEYER

Née le 20 mars 1990 à Wissembourg (67)

Le retour à domicile post hospitalisation : Causes des modifications des prescriptions hospitalières par le médecin traitant. Analyse qualitative auprès de médecins généralistes bas-rhinois

Président de thèse : Monsieur le Professeur Thomas VOGEL

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean-Luc GRIES

**FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET
SCIENCES DE LA SANTÉ**

Edition SEPTEMBRE 2021
Année universitaire 2021-2022



- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen** M. DERUELLE Philippe
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LUCES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. GALY Michaël

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO224	NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
	ADAM Philippe P0001	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
	AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
	ANDRES Emmanuel P0002	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIFNED) - Serv. de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
	ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
	Mme ANTAL Maria Cristina M0003 / P0219	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
	ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIFNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
	BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
	BAHRAM Seiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
	BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
	Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
	BEAUJEUUX Rémy P0008	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
	BECMEUR François P0009	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
	BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
	BERTSCHY Gilles P0013	RP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
	BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
	BILBAULT Pascal P0014	RP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
	BLANC Frédéric P0213	NRP6 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
	BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
	BONNEMAINS Laurent M0089 / P0215	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
	BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
	BOURGIN Patrice P0020	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
	Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
	BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
	Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CASTELAIN Vincent P0027	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier PO193	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie- Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas M0016 / PO220	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard P0045	NRP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôp. de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François PO216	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP0 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien P0221	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP0 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP0 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard P0075	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP0 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd.B/HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Onco-génétique / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier P0222	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel P0104	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain M0093 / P0223	NRP6 NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôp. Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire-EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 NCS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale/Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît M0061 / P0224	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0196	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civi	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline P0225	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis P0144	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales /Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Serv. de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôp.Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLF Philippe P0207	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSP : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chef de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3) (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépato-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC	
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	

M0142	B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)		
-------	---	--	--

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Héléne M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas M0136		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël M0137		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela M0138		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud M0139		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis M0025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
GIES Vincent M0140		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
HERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Serv. de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail/HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne M0141		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie M0142		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joff rey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHA Christian P0166

Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine

72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme THOMAS Marion	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr GROB-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Pr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES**D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES**

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans** (1er avril 2019 au 31 mars 2022)
 - Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o **pour trois ans** (1er septembre 2019 au 31 août 2022)
 - DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
 - NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
 - PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour trois ans** (1er septembre 2020 au 31 août 2023)
 - BELLOCOQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
- o **pour trois ans** (1er septembre 2021 au 31 août 2024)
 - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
 - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
 - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
 - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépto-gastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CAZENAIVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CHAUVIN Michel (Cardiologue) / 01.09.18	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DUCLOS Bernard (Hépto-Gastro-Hépatologie) / 01.09.19	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GAY Gérard (Hépto-gastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique) / 01.09.21	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WATTIEZ Arnaud (Gynécologie Obstétrique) / 01.09.21
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KREMER Michel / 01.05.98	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.69.55.07.08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de HautePierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graff enstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Table des matières

INDEX DES FIGURES ET TABLEAUX	17
TABLE DES ABREVIATIONS	18
INTRODUCTION	20
A. GENERALITES.....	22
1. Épidémiologie et données de santé publique.....	22
1.1. Réhospitalisations évitables.....	22
1.2. Vieillessement de la population.....	22
1.3. Polypathologie et polymédication.....	23
1.4. « Overuse », « misuse » et « underuse »	24
1.5. Consommation médicamenteuse en France.....	25
2. Erreurs médicamenteuses dans le parcours de soins et risque iatrogène	26
2.1. Définition de l'erreur médicamenteuse et de la iatrogénie.....	26
2.2. Déterminants de la iatrogénie	26
2.3. Impact de la iatrogénie sur la morbi-mortalité	27
2.4. Les études ENEIS et ESPRIT.....	28
2.5. Le parcours de soins : définition.....	29
2.6. Points de transition dans le parcours de soins.....	30
B. OBJECTIFS DU TRAVAIL	31
MATERIEL ET METHODE.....	32
1. Type d'étude et choix de la méthode.....	32
2. Recrutement des participants à l'étude.....	33

3.	Entretiens et recueil des données.....	34
4.	Analyse des données.....	36
RESULTATS		38
1.	Caractéristiques du panel de médecins interrogés	38
2.	Modalités d'un retour à domicile.....	41
2.1.	Information sur le retour à domicile / Communication	41
2.2.	Organisation du retour à domicile.....	42
2.3.	Réévaluation des traitements.....	43
3.	Prescription d'une nouvelle ordonnance	46
4.	Le ressenti des patients et leur degré d'information.....	49
5.	Obstacles ou difficultés rencontrés pendant ou après l'hospitalisation d'un patient ...	52
5.1.	La communication entre médecins : une difficulté	52
5.2.	Mettre en place le retour à domicile	53
5.3.	Prise en compte du patient.....	54
6.	Besoins et demandes des médecins traitants.....	56
6.1.	Communication rapide des données : appel téléphonique et courrier de sortie .	56
6.2.	Nouveaux modes de communication.....	57
6.3.	Coordination ville – hôpital	58
7.	Les raisons principales de modification d'ordonnance post hospitalière	60
7.1.	Mode de vie	60
7.2.	Optimisation thérapeutique.....	61
7.3.	Bio équivalence et livret du médicament.....	62

7.4.	Effets secondaires et iatrogénie	63
8.	Suggestions pour faciliter les échanges avec le monde hospitalier : moyens humains, techniques, par l'hôpital ou les libéraux	65
8.1.	Appel téléphonique	65
8.2.	Boite mail sécurisée	66
8.3.	Messagerie instantanée sécurisée.....	67
8.4.	Dossier Médical Partagé (DMP)	68
8.5.	Nouvelle organisation du système de soins.....	69
8.6.	La téléexpertise	69
8.7.	Un problème de temps pour échanger	70
8.8.	Conciliation médicamenteuse	71
	DISCUSSION.....	74
1.	Forces et faiblesses de l'études	74
1.1.	Points forts de l'étude.....	74
1.2.	Limites de l'étude	74
2.	Adaptation du traitement au retour à domicile	75
2.1.	La réévaluation du traitement de sortie : prise en charge globale du patient	75
2.2.	Les modifications liées aux effets des traitements.....	77
2.3.	Les modifications liées à la faisabilité à domicile	77
2.4.	L'hospitalisation comme outil de simplification du traitement.....	80
2.5.	Les risques d'erreur	80
2.6.	Un manque d'information et de qualité du courrier de sortie d'hospitalisation	82

3.	La complexité de la communication médecin traitant – médecin hospitalier	84
3.1.	La continuité des soins.....	84
3.2.	La communication d'adressage	85
3.3.	La communication pendant l'hospitalisation	86
3.4.	La communication après la sortie d'hospitalisation	88
4.	Perspectives d'amélioration	89
4.1.	Optimisation des outils de communication.....	89
4.2.	La coordination de soins	93
4.3.	La conciliation médicamenteuse.....	94
4.4.	Autres perspectives d'évolution	97
	CONCLUSION	99
	ANNEXES.....	101
	Guide d'entretien	101
	BIBLIOGRAPHIE	109

INDEX DES FIGURES ET TABLEAUX

Tableau 1- Caractéristiques des médecins interrogés.....	38
Figure 1 - Répartition des âges en fonction du sexe.....	39
Figure 2 - Répartition des médecins selon leur mode d'exercice.....	39
Figure 3 - Répartition des médecins du panel selon leur milieu d'exercice.....	40
Figure 4 - Organisation en pratique et suite de prise en charge après une hospitalisation	41
Figure 5- Dendrogramme : retour à domicile	45
Figure 6- Prescription en pratique d'une nouvelle ordonnance chez un patient récemment hospitalisé.....	46
Figure 7- Dendrogramme : prescription d'une nouvelle ordonnance.....	48
Figure 8- Ressenti des patients vis-à-vis des modifications de traitement de fond et leur degré d'information.....	49
Figure 9- Dendrogramme : ressenti des patients	51
Figure 10- Obstacles ou difficultés rencontrés pendant ou après l'hospitalisation d'un patient	52
Figure 11- Dendrogramme : obstacles et difficultés liés à une hospitalisation	55
Figure 12- Besoins des médecins traitants ou demandes vis-à-vis des médecins hospitaliers	56
Figure 13 - Dendrogramme : demandes des médecins traitants	59
Figure 14- Les raisons principales de modification d'ordonnance post hospitalière	60
Figure 15- Dendrogramme : raisons des modifications thérapeutiques.....	64
Figure 16- Suggestions pour faciliter les échanges avec le monde hospitalier	65
Figure 17- Dendrogramme : Suggestions d'amélioration.....	73

TABLE DES ABREVIATIONS

ALD : Affection de Longue Durée

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

ARS : Agence Régionale de Santé

ASALEE : Action de SANTé Libérale En Equipe

AVK : AntiVitamines K

BZD : BenZoDiazépines

CCECQA : Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine

CSBM : Consommation de Soins et de Biens Médicaux

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DCI : Dénomination Commune Internationale

DMP : Dossier Médical Partagé

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EMIR : Effets indésirables des Médicaments : Incidence et Risque

ENEIS : Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables graves associés aux Soins

ESPRIT : Etude nationale en Soins PRImaires sur les événementS indésirables

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HBPM : Héparines de Bas Poids Moléculaire

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IEC : Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion de l'angiotensine

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPP : Inhibiteur des Pompes à Protons

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

JAMA : Journal of the American Medical Association

MSU : Maître de Stage des Universités

NACO : Nouveaux AntiCoagulants Oraux

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

INTRODUCTION

Dans mon cursus de 3^{ème} cycle d'études médicales, j'ai été marquée par la complexité de la prise en charge globale thérapeutique au long cours. En effet, de nombreux prescripteurs peuvent intervenir sur le traitement chronique d'un patient, à la fois des médecins libéraux, spécialistes ou généralistes, ou encore des médecins hospitaliers. Cette prise en compte du devenir et de la continuité d'un traitement au long cours, et la coordination ville hôpital qui y est associée, quoique pertinents, semblent en effet receler un risque accru d'aléas thérapeutiques et d'événements inopportuns.

L'un des rôles définis du médecin traitant est justement la coordination des soins et la synthèse des traitements au long cours (1).

Le médecin traitant prend en compte le patient dans sa globalité tout en adoptant une prise en charge spécifique à chaque individu dans sa particularité (2).

Parallèlement, dans cette optique de coordination de soins et de prise en charge globale, et de diminution du risque iatrogène, l'optimisation de la prescription médicamenteuse est devenue l'un des objectifs majeurs de la Haute Autorité de Santé (HAS) (3).

A priori, les modifications thérapeutiques semblent plus aisées en milieu hospitalier en raison d'un probable accompagnement rapproché des patients. A contrario, certaines modifications de traitement de fond effectuées au cours d'une hospitalisation peuvent être une difficulté pour le médecin traitant, par exemple en raison de problèmes de communication entre le service hospitalier et les soignants en ville (4).

Malgré toutes les mesures mises en œuvre actuellement aux dits « points de transition » des patients, qui sont autant de situations à risque de rupture de continuité de soins, cette

difficulté semble à l'origine d'un nombre non négligeable de réhospitalisations. Ainsi, une étude menée auprès des patients âgés de plus de 65 ans, a montré que, suite à une hospitalisation avec modification de traitement, des erreurs de prise ou de compréhension de traitement ont mené à 14.3 % de réhospitalisations, versus 6.1 % chez ceux où le traitement était bien compris et pris (5).

A. GENERALITES

1. Épidémiologie et données de santé publique

1.1. Réhospitalisations évitables

Une méta analyse de Van Walraven et Al. ayant inclus 16 études a montré que 23.1% des réhospitalisations dans les 30 jours suivants une sortie d'hospitalisation étaient évitables (6). Toujours selon la littérature, de nombreuses réhospitalisations précoces sont en lien avec un événement médicamenteux indésirable, variant de 40 à 80 % selon les études (7,8). Ces réhospitalisations nous rappellent les problèmes iatrogéniques à prendre en compte en retour d'hospitalisation.

1.2. Vieillesse de la population

La population française vieillit. Ce vieillissement représente une préoccupation médicale, sociale, mais aussi financière pour notre société.

En 2018 en France, l'espérance de vie à la naissance était de 85,3 ans pour les femmes et 79,4 ans pour les hommes. Ce qui montre une augmentation progressive de l'espérance de vie ces vingt dernières années de 2,9 ans pour les femmes et 4,7 ans pour les hommes (9).

La population française chiffre 66,993 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2019. A cette date, 20,0% de la population avait plus de 65 ans, versus 19,7% l'année précédente et 19,3% deux ans plus tôt. En vingt ans, la part des plus de 65 ans a progressé de 4,3 points (10).

D'après les projections démographiques de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), la population française atteindrait les 76,5 millions d'habitants au 1^{er}

janvier 2070, et cette augmentation concernerait essentiellement la classe d'âge des plus de 65 ans. Jusqu'en 2040 cette forte hausse pourrait s'expliquer par l'arrivée dans cette classe d'âge de la génération issue du baby-boom. A l'horizon 2070, environ 270 000 centenaires sont prévus (11).

Ce vieillissement de la population engendre de ce fait un important problème social et économique de santé publique.

1.3. Polypathologie et polymédication

Une population qui vieillit est une population qui cumule les affections chroniques, et généralement les associe, définissant la notion de polypathologie.

Le Code de la Sécurité Sociale mentionne ainsi le terme « polypathologie » en décrivant un patient atteint de plusieurs affections caractérisées à l'origine d'un état pathologique invalidant qui nécessite des soins d'au moins 6 mois (12).

La cohorte rétrospective de C. Salisbury et al. montre que 78 % des consultations de l'échantillon concernent un patient ayant plus d'une affection chronique (13). Selon cette étude, les personnes remplissant les critères de polypathologie consultent plus fréquemment.

La notion de polypathologie génère celle de polymédication. Même si elle ne fait pas consensus, la définition de la « polymédication » que donne l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments » (14).

La polymédication majore le risque de réadmission hospitalière et la durée des séjours hospitaliers (15). Elle est aussi associée à une augmentation de la mortalité notamment chez les sujets âgés (16) (17).

Ainsi, le vieillissement de la population, l'augmentation des situations de polyopathologies et la polymédication qui en découle sont à l'origine d'une problématique majeure de qualité de soins et de coûts engendrés pour le système de santé.

1.4. « Overuse », « misuse » et « underuse »

Dans le contexte décrit, la prise en charge médicamenteuse crée un impact direct sur la qualité de vie, l'état de santé, et donc le coût pour la société.

L'optimisation des prescriptions de médicaments est devenue l'un des objectifs de la HAS.

L'un des leviers utilisé est de tenter de réduire les traitements considérés en situation « d'overuse » et « misuse », et de lutter contre ceux dits en « underuse » (18). Il s'agit de termes anglo-saxons désignant trois axes de problèmes de qualité de soins mis en évidence en 1991 par Chassin (19).

« L'overuse » correspond à un excès de traitement, soit par la prescription d'un traitement non indiqué, soit par celle d'un médicament dont le service rendu n'est pas significatif. Ce peut être le cas par exemple des Inhibiteurs des Pompes à Protons (IPP) (20) ou des statines (21). Le terme « misuse » est quant à lui employé en cas de prescription inappropriée, c'est-à-dire lorsque le risque engendré par la prise d'un traitement est supérieur au bénéfice attendu. On citera pour exemple dans ce cas l'utilisation des benzodiazépines (BZD) à demi vie longue en gériatrie (22). Troisième notion, on parle « d'underuse » lors d'une insuffisance de traitement, par exemple la sous-utilisation d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC) dans le cadre d'une insuffisance cardiaque (23).

L'arrêté du 6 avril 2011 du Journal Officiel a pour objectif de cadrer l'organisation de la qualité et la sécurité du médicament pour les établissements de santé. Selon ce texte, la prescription doit être vérifiée conforme aux données de référence, doit garantir une prise en

charge médicamenteuse de qualité et permanente de l'entrée à la sortie du patient de l'établissement (24).

1.5. Consommation médicamenteuse en France

En France, en 2012, 3.1 milliards de boîtes de médicaments ont été vendues, soit une moyenne de 48 boîtes par habitant et par an (25).

L'enquête de l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES) de 2002 montre que 67 % des personnes âgées de plus de 65 ans achètent au moins un médicament par mois versus 35 % chez les moins de 65 ans (26). La consommation journalière moyenne de médicaments augmente avec l'âge (27).

Le corolaire à cette polymédication est une augmentation du nombre d'effets indésirables, du nombre d'hospitalisations non programmées, mais aussi du coût engendré (28).

L'étude MEDISIS menée en 2017 en Meurthe-et-Moselle a montré l'impact de différentes actions sur la qualité des soins, notamment la baisse du nombre de réhospitalisations comme bénéfice secondaire d'une lutte contre la iatrogénie (29).

Selon une étude du ministère des Solidarités et de la santé, en 2018, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) a été chiffrée à 203.5 milliards d'euros, soit environ 11% du PIB. 78.1% en sont financés par la Sécurité sociale, 13.4% par les organismes complémentaires et 7% restent à la charge des patients. Ce qui fait de la France l'un des pays du monde où les ménages sont le moins sollicités en termes de dépense de santé (30). Concernant plus précisément les dépenses liées aux médicaments, cette consommation en ambulatoire représente 16 % de la CSBM, soit 32.7 milliards d'euros. (30)

2. Erreurs médicamenteuses dans le parcours de soins et risque iatrogène

2.1. Définition de l'erreur médicamenteuse et de la iatrogénie

L'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) définit l'erreur médicamenteuse comme « l'omission ou la réalisation d'un acte non intentionnel impliquant un médicament durant le processus de soins. Elle peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient » (31).

La iatrogénie médicamenteuse quant à elle a été définie par l'OMS en 1969 comme « Toute réponse néfaste et non recherchée à un médicament survenant à des doses utilisées chez l'homme à des fins de prophylaxie, de diagnostic et de traitement ». Il s'agit de ce qui est provoqué par les thérapeutiques prescrites par un médecin, soit par erreur ou négligence, soit du fait d'aléas. Les conséquences ne sont donc pas souhaitées.

Le principal facteur de risque de la iatrogénie est la polymédication (32).

2.2. Déterminants de la iatrogénie

Plusieurs facteurs peuvent favoriser cette iatrogénie médicamenteuse.

Tout d'abord une fragilité médico psycho sociale, notamment chez la personne âgée, apparaît en lien direct avec une augmentation du risque iatrogène et d'événements indésirables (33).

La corrélation à l'âge s'explique encore par l'altération physiologique de la fonction rénale, engendrant des modifications pharmacodynamiques et pharmacocinétiques.

Enfin, les populations âgées ne figurent pas ou trop peu dans les essais thérapeutiques entraînant une méconnaissance des effets du médicaments, de ses conséquences, liées à l'âge (33).

Une étude publiée en 2005 dans le JAMA montre l'importance de la prise en compte spécifique du patient âgé et de ses comorbidités. En effet la polymédication qu'engendrerait l'application stricte des recommandations actuelles est un facteur important d'iatrogénie pour les patients âgés (34).

Une autre étude menée au Royaume-Uni a mis en exergue quatre variables indépendantes qui sont en lien avec les hospitalisations dues à un événement iatrogénique : l'âge du patient, la durée écoulée depuis le début du nouveau médicament, le nombre total de médicaments sur l'ordonnance et le site hospitalier. Le risque décrit était d'autant plus important chez les patients de plus de 65 ans prenant au moins 5 médicaments par jour (35). L'erreur médicamenteuse est l'un des autres déterminants du risque iatrogène. Ainsi, une étude américaine montre que sur les 1.5 millions de situations de personnes concernées par la iatrogénie aux USA par an, 400 000 auraient pu être évitées (36). En 2008, ces erreurs ont coûté 19.5 milliards de dollars (37).

2.3. Impact de la iatrogénie sur la morbi-mortalité

La iatrogénie est à l'origine d'un nombre important d'hospitalisations ou de prolongations de durée de séjour, et a un impact direct sur la morbi-mortalité. Déterminer des moyens de prévenir ou d'agir sur cette iatrogénie permettrait d'améliorer la qualité des soins (38).

C'est avec la loi relative à la politique de santé publique de 2004 que la iatrogénie revient au centre des discussions. L'objectif de ce texte est de réduire la morbi-mortalité en se fixant une centaine d'objectifs pour les cinq années suivantes à travers notamment cinq plans nationaux.

Les objectifs fixés concernant la lutte contre la iatrogénie étaient : diminuer la proportion des séjours hospitaliers en lien avec des événements iatrogènes, diminuer la fréquence des événements en lien avec un médicament à l'origine d'une hospitalisation, diminuer d'un tiers les événements évitables en ambulatoire et à l'hôpital (39).

En effet, 5 à 10 % des hospitalisations des patients de plus 65 ans semblent en lien avec la iatrogénie, et jusque 20% pour les plus 80 ans (3).

Une étude ayant conduit à deux publications en 2013 confirme que les erreurs médicamenteuses peuvent contribuer à une détérioration de l'état clinique des patients (40,41).

Par ailleurs, la iatrogénie a un impact aussi sur les dépenses de santé. Deux études françaises se sont penchées sur le surcoût engendré par la iatrogénie qui s'explique en majeure partie par la prolongation des durées de séjour hospitalier (42) (43).

2.4. Les études ENEIS et ESPRIT

Les résultats des études menées autour de la iatrogénie sont souvent sous-estimés du fait d'une sous déclaration des événements (44).

L'étude EMIR (Effets indésirables des Médicaments : Incidence et Risque) réalisée en France objective 3.6 % d'hospitalisations suite à un effet indésirable médicamenteux, dont 32 % auraient pu être évitées (45).

Ce risque iatrogène a aussi été évalué en ambulatoire et il a été mis en évidence une moyenne de 2.6 consultations par an par médecin généraliste concernant un événement iatrogénique grave, soit 123 000 cas par an (46).

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) conjointement avec le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA) ont mené trois études en 2004, 2009 et 2013 sur ce thème : les deux études ENEIS (Enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux

soins) puis l'étude ESPRIT (Étude nationale en soins primaires sur les événements indésirables).

L'étude ENEIS, rééditée en 2009, conclut à un taux de 6,2 aléas pour 1000 jours d'hospitalisation (soit 275 000 à 395 000 par an), tous événements confondus. Ceux-ci sont plus fréquents en chirurgie qu'en médecine. En service de médecine ont été comptés 4.7 événements pour 1000 jours d'hospitalisation.

4,5% des hospitalisations font suite à un événement indésirable grave (47). Tous les résultats de l'enquête de 2009 confirment ceux de 2004.

L'âge et la fragilité des patients sont les principaux facteurs de risque d'iatrogénie décrits.

Se pose bien sûr la question des réponses à apporter pour réduire les risques d'événements indésirables liés à la prescription médicamenteuse.

En 2013, l'étude ESPRIT souhaitée par le ministère de la Santé s'est intéressée au risque iatrogène en médecine ambulatoire et s'est fixée pour objectif de déterminer la fréquence des événements indésirables associés aux soins en médecine générale.

Le résultat principal est que la fréquence décrite de ces événements a été de 26 pour 1000 actes, soit environ 1 événement tous les 2 jours de consultation. Parmi ces aléas, 42% étaient en lien avec des problèmes d'organisation du cabinet, 21% liés à des problèmes d'organisation ou de communication entre professionnels et 20% à un manque de connaissance ou compétence du médecin (48).

2.5. Le parcours de soins : définition

La loi dite Hôpital patient santé territoire (HPST) de 2009 inscrit comme priorité :

« territorialisation des politiques de santé permettant que les actions de prévention, les soins et les prises en charges médico-sociales s'articulent et se complètent, sans rupture de continuité pour le patient ou la personne ». Le patient s'inscrit alors au centre d'un parcours de soins, qui intègre la prévention et la santé publique (49). Cette mission de structurer les

parcours de santé incombe dès lors aux agences régionales de santé (ARS) alors créées. Elles définissent l'organisation du parcours de soins comme une « prise en charge globale et fluide des patients et usagers du système de santé », soit comprenant la prévention (éducation, hygiène...), le soin et l'accompagnement. La mission peut donc se résumer en une coordination entre les différents acteurs qui font le système de soins (médecins, soignants, hôpitaux, pharmaciens...), les services et établissements médico-sociaux et sociaux, les collectivités locales, les organismes de protection sociale etc... (50).

2.6. Points de transition dans le parcours de soins

Lorsqu'on analyse la prise en charge médicamenteuse des patients, on constate des points charnières qui sont à fort risque iatrogène, comme l'entrée ou la sortie d'hospitalisation, le transfert de service au sein d'un même établissement ou le changement d'établissement de santé (40). Il s'agit des points de transition du parcours de soins, présentant un risque de rupture de continuité de soins.

La prescription médicamenteuse aux points de transition a également été au cœur de l'étude Med'Rec, grâce à laquelle 21 320 erreurs médicamenteuses sur les 22 863 compilées par les établissements participants ont pu être identifiées et corrigées (3).

La sortie d'hospitalisation et le retour à domicile du patient sont un de ces points de transition et de faiblesse.

De nombreuses études à ce sujet ont été menées, dont une parue en 2008 montrant que, sur 41 % des ordonnances de sortie hospitalière, figure une erreur non intentionnelle, la plus courante étant une prescription incomplète (51).

C'est sur cette même problématique des modifications de traitement de fond au point charnière qu'est le retour à domicile des patients que s'est penché le Dr Takeda pour son travail de thèse (52).

Il s'agissait alors d'un travail quantitatif qui a montré que pour 43.6 % des patients, soit moins de la moitié des situations, les modifications de traitement de fond faites durant une hospitalisation en service de Soins de suite et de réadaptation (SSR) gériatrique ont été maintenues par les médecins généralistes à 4 mois (52).

B. OBJECTIFS DU TRAVAIL

La prise en charge d'un patient aux pathologies multiples est complexe, notamment lors de son retour à domicile après une hospitalisation. Ce retour implique plusieurs prescripteurs et des modifications de son traitement au long cours. Le risque iatrogène est alors élevé.

Au vu de toutes ces données, nous nous sommes intéressés au moyen de diminuer le risque iatrogène de ce point de transition représenté par le retour à domicile après hospitalisation.

Plus particulièrement, le regard et l'expérience des médecins traitants au retour des hospitalisations de leurs patients, peu explorés, nous ont semblé pouvoir mieux faire comprendre la dynamique de ces ruptures dans la continuité des traitements prescrits.

L'objectif principal de ce travail est d'**identifier les différentes raisons de modifications d'ordonnance faites par les médecins généralistes après l'hospitalisation de leurs patients.**

Les objectifs secondaires sont de déterminer les facteurs influençant ces argumentations de modifications de traitement, et les perspectives d'amélioration quant à la coordination ville-hôpital.

MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude et choix de la méthode

L'objectif principal de ce travail est de comprendre les raisons des modifications de traitement au long cours effectuées par les médecins traitants après l'hospitalisation de leurs patients.

Pour cela, le choix d'une méthode qualitative nous a semblé plus adapté. Cette approche permet en effet de recueillir le vécu et le ressenti des participants à l'étude.

La méthode qualitative a pour objectif de comprendre plus en profondeur le problème étudié, et d'obtenir des explications révélatrices (53).

Les procédures statistiques ne seront pas utilisées dans ce travail, contrairement aux modèles de recherche quantitative.

Nous utiliserons plus précisément une méthode d'analyse dite de théorisation ancrée, à partir de l'étude d'un domaine sans hypothèse préalablement établie. La théorie se crée ainsi au fur et à mesure du recueil des données (54).

2. Recrutement des participants à l'étude

Les médecins interrogés ont été recrutés par mail puis par téléphone. Une demande de participation par mail via le réseau Interface mis en place par l'Union Régionale des Professionnels de santé (URPS) – Médecins Libéraux du Grand Est a permis de recruter 3 médecins participants à l'étude. Les autres médecins ont été recrutés par appel téléphonique définis aléatoirement dans les pages jaunes du Bas-Rhin.

Les critères d'inclusion étaient :

- Être médecin généraliste
- Être installé dans un cabinet libéral
- Exercer dans le département du Bas-Rhin
- Accepter de participer à l'étude et d'être enregistré vocalement

L'étude a respecté la déclaration d'Helsinki (55).

3. Entretiens et recueil des données

Les participants ont été interrogés via des entretiens semi-dirigés. Nous avons recueilli les réactions et perceptions des médecins interrogés à partir de thèmes et questions prédéfinis, compilés dans un guide d'entretien. Cela a permis une grande liberté d'expression des participants tout en respectant des thèmes préparés en amont.

Il s'agit là d'une démarche interprétative, se basant sur un recueil de données verbales, de vécus et d'expériences, répondant à une question « pourquoi ». Le choix de réaliser les entretiens de manière individuelle et non en groupe a semblé plus adapté pour que les réponses soient le plus libres possible et évitent le jugement des confrères au sujet des idées exprimées.

Nous avons élaboré une grille d'entretien de 7 questions ouvertes (Annexe 1) dont les participants n'avaient pas connaissance avant l'entretien.

Ce canevas d'entretien devait permettre d'aborder tous les thèmes retrouvés dans la littérature concernant la thématique choisie, tout en restant souple et non directif pour ne pas limiter les médecins interrogés.

Ce guide a permis aussi de relancer la discussion. Les questions ont été choisies simples et courtes.

Le lieu de l'entretien a été laissé au libre choix du médecin interrogé, la plupart dans leur cabinet, et la durée de l'entretien non déterminée à l'avance.

Il était prévu de ne plus faire d'entretien une fois obtenue la saturation des données, c'est-à-dire lorsqu'aucune nouvelle thématique ou information n'émerge des données (56).

Nous avons décidé de réaliser trois entretiens supplémentaires afin de confirmer cette saturation.

Une autorisation verbale d'être enregistré sur dictaphone a été demandée à chaque participant à l'étude.

Chaque participant a également été informé de l'anonymisation des données apportées par l'entretien lors de la retranscription de ces données. L'enquêteur a été à la fois secrétaire et observatrice, assurant l'enregistrement audio et relevant les éléments non verbaux (rire, hésitation, silence...) pendant le déroulement des entretiens.

4. Analyse des données

La retranscription des données a été faite mot à mot et intégralement à l'aide du logiciel informatique Microsoft Word® pour constituer le Verbatim. Chaque retranscription a été relue avec une réécoute de l'entretien.

Les textes Microsoft Word® des entretiens ont fait l'objet d'une analyse par théorisation ancrée, qui est une méthode d'analyse de données spécifique développée par Glaser et Strauss en 1967 (54). L'idée qu'ils ont développée était une méthode permettant de construire une théorie à partir d'un recueil de données et non d'hypothèses prédéfinies. Cette méthode a été réadaptée en 1994 par P. Paillé (57).

Une des forces de la théorisation ancrée est qu'elle permet de déterminer les idées des participants et non de discuter ou refléter les idées de l'auteur du travail. Elle apporte des idées nouvelles, que l'auteur n'aurait pas forcément envisagées.

L'un des objectifs de cette méthode d'analyse est de réunir un grand nombre d'idées variées et non d'aboutir à un consensus.

Chaque retranscription a été analysée par l'investigateur.

L'enquêteur a tout d'abord réalisé un codage des données. En parallèle une seconde personne a analysé les données brutes par logiciel informatique. Cela a permis un double codage, sans qu'il y ait eu au préalable un échange sur les entretiens entre ces deux personnes.

Cette deuxième analyse des retranscriptions a été réalisée à l'aide du logiciel Iramuteq® par un médecin du service de Santé Publique du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Strasbourg. Cette analyse a permis d'aboutir à des résultats iconographiques :

- Des nuages de mots construits en fonction de la fréquence d'apparition des mots sans les mettre en lien entre eux, afin d'illustrer chaque question

- Des dendrogrammes, soit une analyse brute des données fondée sur la cooccurrence des termes, qui aboutit à une classification hiérarchique descendante, par ramifications.

Les deux analyses ont été comparées par l'investigateur pour permettre une triangulation des données, afin de permettre la validité interne du travail de recherche.

RESULTATS

1. Caractéristiques du panel de médecins interrogés

Tableau 1- Caractéristiques des médecins interrogés

	Age	Sexe	Durée installation	Milieu d'exercice	Mode d'exercice	Type d'exercice	MSU
Dr 1	26-35 ans	Femme	0-10 ans	rural	maison de santé	libéral	non
Dr 2	26-35 ans	Homme	0-10 ans	urbain	association (2)	libéral	oui
Dr 3	46-55 ans	Homme	11-20 ans	semi-rural	seul	libéral	oui
Dr 4	56-65 ans	Homme	21-30 ans	urbain	seul	libéral	oui
Dr 5	46-55 ans	Femme	21-30 ans	semi-rural	association (4)	libéral	oui
Dr 6	36-45 ans	Femme	0-10 ans	rural	association (2)	mixte	non
Dr 7	36-45 ans	Homme	0-10 ans	semi-rural	association (2)	libéral	non
Dr 8	26-35 ans	Femme	0-10 ans	semi-rural	association (2)	libéral	non
Dr 9	46-55 ans	Homme	11-20 ans	rural	association (3)	mixte	oui
Dr 10	36-45 ans	Homme	0-10 ans	urbain	association (3)	libéral	non
Dr 11	56-65 ans	Homme	21-30 ans	semi-rural	seul	mixte	non
Dr 12	56-65 ans	Femme	31-40 ans	semi-rural	association (4)	libéral	oui
Dr 13	> 65 ans	Homme	41-50 ans	semi-rural	seul	libéral	non
Dr 14	56-65 ans	Femme	21-30 ans	rural	association (2)	libéral	non

Au total, 14 entretiens ont été réalisés. Ceux-ci ont duré de 17 à 57 minutes, pour une durée moyenne de 36 minutes par entretien et une durée cumulée d'enregistrement de 509 minutes soit 8 heures et 29 minutes.

Notre échantillon de 14 participants était constitué de 42.9 % de femmes et 57.1 % d'hommes. L'âge moyen était de 48 ans (29 à 70 ans). Seul un médecin du panel a plus de 65 ans.

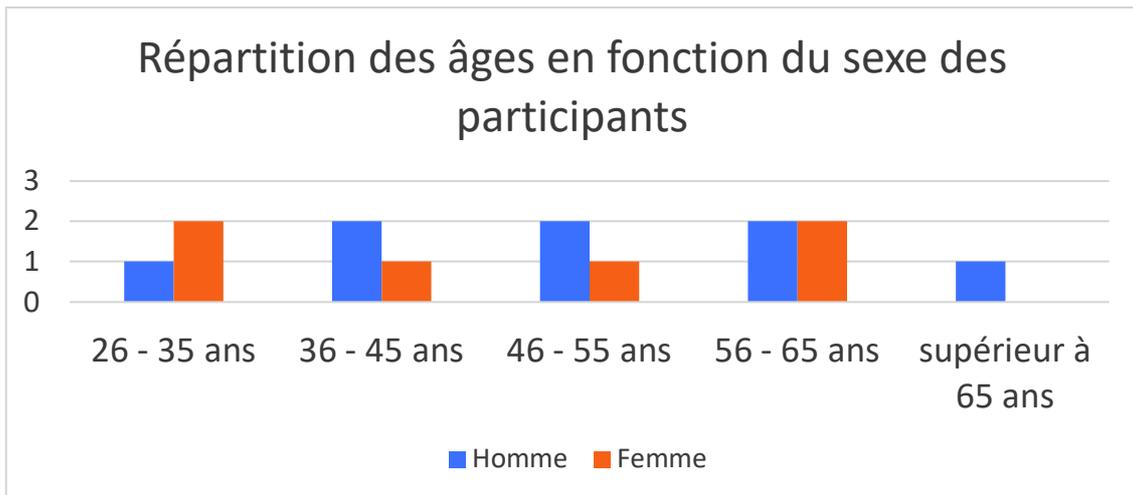


Figure 1 - Répartition des âges en fonction du sexe

Parmi les 3 médecins interrogés ayant une activité mixte, on compte 2 hommes.

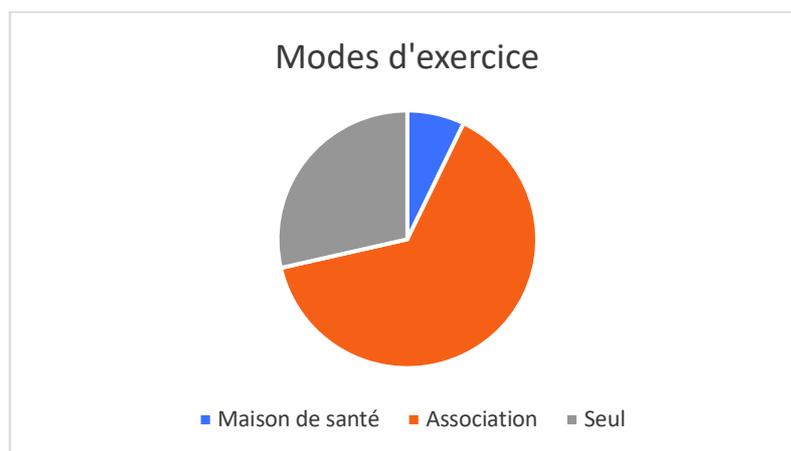


Figure 2 - Répartition des médecins selon leur mode d'exercice

28.6% des médecins du panel exercent seuls. Il s'agit uniquement d'hommes.

42.9% des médecins sont maîtres de stage universitaire, accueillant des Externes ou des Internes (niveau 1 ou 2). Seul un tiers des maîtres de stage sont des femmes.

Concernant le milieu d'exercice, la moitié de l'échantillon exerce en milieu semi-rural. Parmi l'autre moitié, 28.6% des interrogés ont un exercice rural, 21.4% un exercice urbain. Les médecins ayant une activité en milieu urbain sont, dans notre échantillon, exclusivement des hommes.

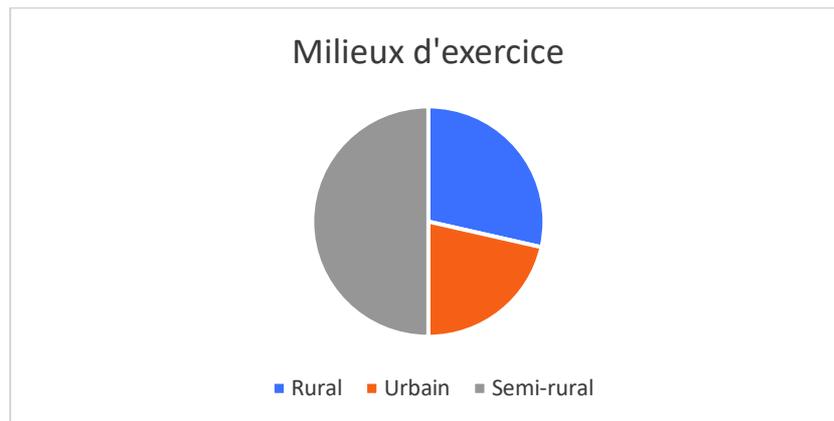


Figure 3 - Répartition des médecins du panel selon leur milieu d'exercice

La saturation des données a été atteinte au 11^{ème} entretien, 3 autres ayant alors été ajoutés pour confirmer la saturation, comme le prévoyait l'étude.

A noter que le 3^{ème} entretien a été fait en présence d'un interne en Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS) et que le 10^{ème} entretien a été marqué par une intervention du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) pour un patient du médecin interrogé. Le médecin du SMUR est intervenu spontanément pour apporter sa réflexion.

Une demande récurrente des médecins traitants est d'être prévenus du retour à domicile par le médecin hospitalier, ce qui permettrait de comprendre la prise en charge.

Dr 8 : « Moi je pense que plus il y a de dialogue avec le milieu hospitalier, plus c'est bénéfique pour le patient. ».

La communication est décrite par les médecins interrogés comme se faisant plus souvent dans le sens ambulatoire vers hôpital qu'inversement. Elle serait très variable selon les services de sortie. Les services de SSR préviendraient souvent à l'avance, avec des informations sur l'hospitalisation et les modifications thérapeutiques de sortie, les traitements à surveiller (par exemple, fonction rénale à la suite de l'introduction d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC), relais héparines de bas poids moléculaire (HBPM) - antivitamines K (AVK) etc...).

Dr 9 : « Enfin une vraie continuité. Ça c'est le cas idéal. Donc je sais quand le patient rentre, je vais le voir ».

Le médecin traitant aurait un rôle de médecin superviseur quand tout le retour est déjà organisé.

Dr 10 : « Mais moi je dirais, je remarque qu'ils renvoient les patients plus rapidement à domicile. Ça pose un petit peu problème parce que l'organisation c'est compliqué. Depuis 6 mois – 1 an, je trouve qu'ils renvoient plus rapidement. Et parfois dans des conditions qui sont un petit peu limites quoi ».

Dr 12 : « ça ce sera la conclusion, que les hôpitaux doivent nous appeler quand les patients sortent ».

2.2. Organisation du retour à domicile

Les médecins du panel déclarent la nécessité d'une réévaluation clinique et thérapeutique rapide après la sortie d'hospitalisation de leurs patients. Ils évoquent une nécessité de refaire le point, de lire les courriers et réviser parfois les traitements.

Dr 13 : « Si on est prévenu 2-3 jours avant la sortie on peut s'organiser. ».

Il arrive que les sorties d'hospitalisation soient décrites comme non organisées.

Dr 6 : « On a des difficultés parce que tout n'est pas bien prévu par les structures hospitalières, pour que le retour se passe au mieux, les prises en charge, les aides, l'infirmière, la kinésithérapie, les dossiers d'aide... Parce que l'hôpital a une assistante sociale et ils ont donc plus de possibilité, de facilité de retour à domicile. Je pense que ça devrait être systématiquement utilisé ».

Le Dr 11 évoque la création d'une Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) dans son secteur. C'est un mode d'organisation dont l'objectif est de fluidifier les hospitalisations et les retours à domicile : pour le médecin traitant l'objectif serait de faire une fiche de traitement de fond et des antécédents au domicile des patients, et pour l'hôpital de faire de la conciliation médicamenteuse.

C'est un dispositif prévu par la Loi Touraine 2016 qui consiste en une organisation de soins qui s'articule autour d'un projet médical, autour de constats et de demandes des différents professionnels vis-à-vis des partenaires potentiels. Cela permettrait d'engager un coordonnateur médical, dans un objectif de gain de temps téléphonique aux professionnels.

Dr 11 : « Donc si nous on ne fait pas, c'est l'ARS qui fait, en concertation avec l'URPS ».

2.3. Réévaluation des traitements

Dr 14 : « Comme ça première impression, je dirais que les changements vont souvent dans une simplification ».

Dr 12 : « Après ben des fois il y a des « couacs » car l'ordonnance ne correspond pas à ce qu'il y a dans la lettre donc on téléphone et on passe une heure au téléphone à trouver le médecin qui a prescrit, et qu'on ne trouve pas toujours ».

Les médecins interrogés ont beaucoup décrit des changements thérapeutiques pendant l'hospitalisation pour un équivalent, par manque de disponibilité hospitalière.

Ils évoquent aussi une adaptation thérapeutique aux règles hygiéno-diététiques (par exemple apport en sel et traitement antihypertenseur) ne pouvant être maintenues à domicile car l'équilibre y serait différent.

De plus, les changements de nom ou de galénique sont décrits comme perturbant les patients (exemple Kardégic® et Aspirine Protect®).

Dr 9 : « Et quand on leur dit « mais vous prenez encore un truc pour fluidifier le sang ? », « ben non ils m'ont arrêté les sachets », « oui mais l'Aspirine® ? », « ah c'est pour fluidifier le sang ? », « ben oui ! ». ».

Par ailleurs, le Dr 9 explique que les prises en charge hospitalières ne prennent pas toujours en compte la globalité du patient, en citant pour exemple l'introduction de digitaliques chez un patient âgé insuffisant rénal.

Dr 9 : « Mais il y a, à mon avis, le facteur communication, ça peut être simple comme un coup de fil, et ensuite le côté fibre gériatrique ou fibre médecine globale qui est plus ou moins développé. ».

Il décrit un retour à domicile fréquent sous IPP sans indication ou sous BZD à demi-vie longue, nécessitant un arrêt de ces traitements devant le risque iatrogénique, et donne l'exemple de l'introduction des hypnotiques peu adaptés au patient, mais en choisissant l'un des seuls disponible à l'hôpital.

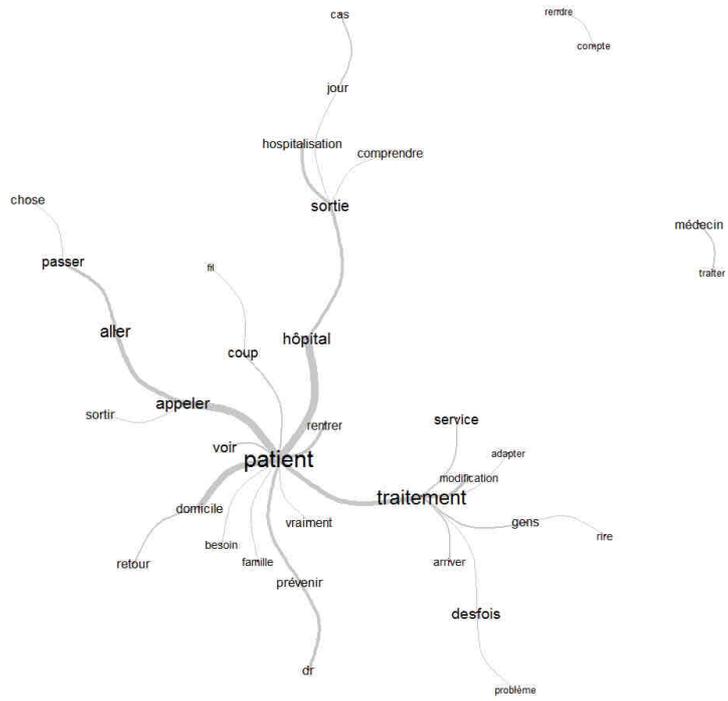


Figure 5- Dendrogramme : retour à domicile

des traitements antihypertenseurs. Je me laisse un peu de temps pour voir ce que ça donne ».

Est mis en avant également l'importance de vérifier l'absence d'erreur ou d'oubli rapidement, ainsi que la réorganisation des ordonnances.

Dr 6 : « parfois ça arrive à ce qu'il y ait une incohérence lors de l'hospitalisation dans la transcription d'un traitement ».

Dr 9 : « le risque aussi c'est que les collègues hospitaliers ne sachant pas ce pour quoi les gens sont en Affection de longue durée (ALD), quand ils s'aventurent à faire une ordonnance, en fait tout est en ALD. Et c'est pas bon (RIRE) ».

De plus, il est notifié lors des entretiens que les médicaments à prescrire sur ordonnances sécurisées sont souvent notés sur l'ordonnance de sortie normale et le patient ne peut donc pas récupérer ce traitement en officine de ville.

Les traitements de sortie seraient intégrés au dossier médical du patient pour optimiser son suivi.

Et ils seraient prescrits pour des durées plus ou moins longues, souvent 7 jours ou 1 mois.

Les médecins du panel précisent que les traitements de sortie figurent sur les courriers qui sont envoyés par télétransmission (exemple Apicrypt®), ou alors le patient est en possession de son ordonnance de sortie.

Le panel rapporte aussi que les traitements sont modifiés pour des équivalents pendant l'hospitalisation, ou encore le générique remplace le princeps. Les prescriptions hospitalières étant maintenant faites en Dénomination commune internationale (DCI).

Dr 7 : « beaucoup de traitements d'appoint que je ne remets pas, tout simplement. Ou alors s'ils avaient une molécule à l'hôpital pour des histoires de dotation, moi je remets ce qu'ils avaient avant par exemple ».

Certains médecins précisent qu'il faut faire attention à la mauvaise lecture des ordonnances par les patients.

Dr 12 : « ils vont parfois prendre les choses en double : Furosémide® et Lasilix® ça m'est déjà arrivé. Les gens pensaient que c'était un nouveau médicament ».

Dans de plus rares cas, est notée l'absence de courrier de sortie.

Dr 5 : « soit c'est le souk total donc il faut qu'on comprenne ce qu'il se passe ».

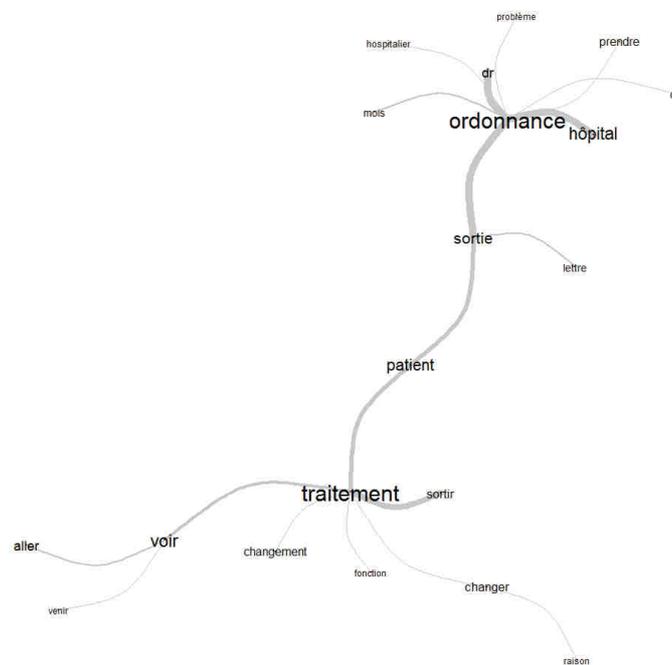


Figure 7- Dendrogramme : prescription d'une nouvelle ordonnance

4. Le ressenti des patients et leur degré d'information



Figure 8- Ressenti des patients vis-à-vis des modifications de traitement de fond et leur degré d'information

Il est rapporté durant les entretiens que les patients questionnent peu les soignants durant l'hospitalisation –sans doute par non connaissance ou absence d'un temps d'écoute- mais les questions arrivent dès leur retour à domicile car ils n'ont souvent que peu ou pas d'explications. Ils sont décrits ensuite comme demandeurs de ces explications.

Dr 2 : « Dans l'immense majorité des cas on ne leur a absolument pas expliqué ce qui a été arrêté. »

Dr 3 : « Pour moi, ils ne sont pratiquement jamais informés ».

Les patients attendraient souvent l'avis de leur médecin traitant pour prendre le traitement de sortie d'hospitalisation. Ils font confiance à leur médecin traitant, d'après les données des entretiens.

Dr 7 : « [les patients] ne cherchent pas [le traitement de sortie] et qui disent « je veux d'abord votre avis », ça arrive assez régulièrement ».

Dr 8 : « très souvent, les patients ont tellement confiance en leur médecin traitant que tout ce que fait l'hôpital c'est pas bien ».

Il ressort des entretiens que les patients n'ont souvent pas compris que le traitement n'est pas modifié mais que la prescription hospitalière est équivalente.

Dr 3 : « Très souvent c'est parce que l'hôpital ne l'a pas en stock [...] par des bio équivalents qui sont disponibles ».

Dr 12 : « quand ils prescrivent en DCI et que le patient nous dit « mais qu'est-ce qu'ils m'ont prescrit là comme médicament ?! » ».

La solidarité et le lien entre médecins traitants et hospitaliers sont décrits comme primordiaux.

Dr 9 : « j'ai toujours un a priori positif [...] On respecte toujours le travail qui a été fait par le collègue [...] Et j'essaie de défendre aussi la prescription hospitalière en disant « il y a des raisons » ».

Dr 11 : « Dès lors que c'est expliqué il n'y a pas de problème. C'est pas très fréquent, il y a des personnes qui connaissent la pilule ronde, rouge ou en forme de cœur. Mais sinon je pense que les personnes acceptent plutôt sans problème les changements d'ordonnance tout simplement parce qu'ils se savent surveillés ».

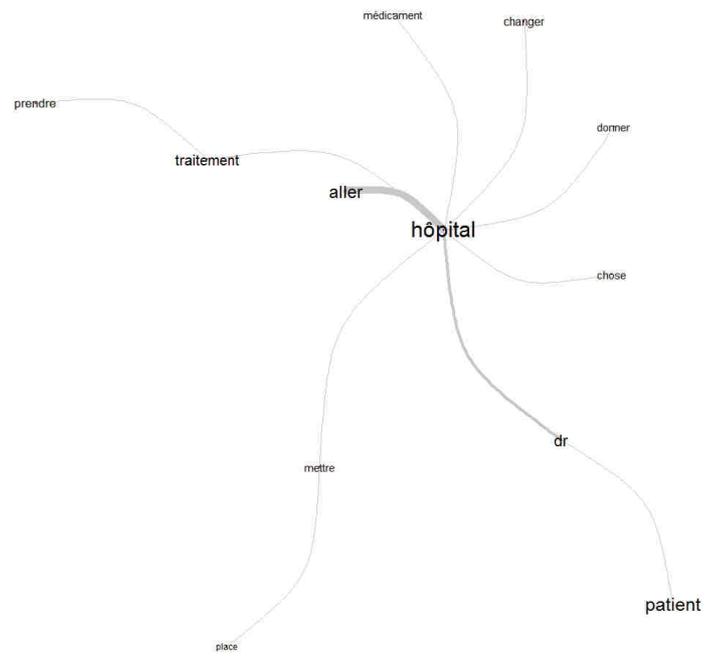


Figure 9- Dendrogramme : ressenti des patients

5. Obstacles ou difficultés rencontrés pendant ou après l'hospitalisation d'un patient



Figure 10- Obstacles ou difficultés rencontrés pendant ou après l'hospitalisation d'un patient

La question du temps à prendre, des appels, de la communication, des obstacles, reste au cœur de la discussion. Et surtout, le patient semble rester au centre de la problématique. Les entretiens permettent de mettre en lumière une difficulté de communication entre médecins, ainsi qu'une organisation parfois difficile de l'avant et l'après hospitalisation.

5.1. La communication entre médecins : une difficulté

Dr 2 : « La communication ! (RIRE) Il n'y en a pas [...] quand on essaie d'avoir des nouvelles faut vraiment avoir la chance de tomber sur la personne qui s'occupe de notre patient. Ce n'est plus possible. Après je comprends qu'ils n'aient plus le temps de le faire [...] une perte de chance énorme pour les patients : eux les voient comme ils sont à l'hôpital, nous comme ils sont à la maison. [...] juste regard entre les deux, et si vous ne faites pas l'effort d'aller chercher l'info... ».

Dr 4 : « Les obstacles c'est quand on n'a aucun document, quand il n'y a pas de lettre avec le malade, quand je n'ai rien reçu [...] donc l'absence de communication, de transmission d'informations ».

Il existe, d'après les entretiens, une difficulté à joindre les collègues hospitaliers pour prendre des nouvelles pendant l'hospitalisation, une difficulté de communication qui serait étroitement liée au manque de temps.

Dr 10 : « parfois on aurait apprécié qu'ils appellent au moins une fois pour prendre des renseignements, parce que parfois je me rends compte qu'il leur manque certains éléments mais ils ne prennent pas, ou ils n'ont pas forcément le temps. Je pense que la limite c'est le temps pour un peu tout le monde, que ce soit pour eux pour appeler ».

Dr 12 : « ça c'est lié au temps, eux n'ont pas le temps, nous on n'a pas le temps non plus... Alors c'est vrai que le Dossier médical partagé (DMP) serait une chose qui nous arrangerait peut-être. Mais le problème c'est le temps qu'on passera au cabinet pour les patients au cabinet et du temps pour ceux qui sont hospitalisés. Au niveau du temps je crois que ce n'est pas possible ce truc-là ».

5.2. Mettre en place le retour à domicile

Dr 5 : « On travaille ensemble pour le bien-être du patient. Et après il faut voir : eux ont l'avis clinique et nous c'est le terrain, c'est voir l'entourage, quels sont les aidants, quelles sont les possibilités [...] c'est la réalité pratique, il n'y a pas forcément la pharmacie ouverte.

Ça s'organise un retour. Les patients ne reviennent pas forcément tout de suite chez le médecin ».

Dr 7 : « surtout oui sur l'organisation de la suite en fait, des consultations, des bilans à prévoir, enfin ce genre de choses, ou de la suite à donner. Là c'est pas très clair. Et c'est à celui qui suit de se débrouiller quoi ».

5.3. Prise en compte du patient

Sont mis en avant aussi, des problèmes de traitements non adaptés car les régimes alimentaires (hydrosodé, apports glycémiques, caloriques etc...) et les activités physiques sont différents à domicile et à l'hôpital.

Parfois, le manque de conduite à tenir lors du retour à domicile est mentionné (exemple de sortie sous Lovenox® sans précision d'un relais AVK ou durée traitement).

Il semble plus simple de solliciter un avis spécialisé pendant l'hospitalisation que pour le médecin traitant après à domicile.

Dr 8 : « difficulté-là, des changements de traitement quand c'est pas le vrai état de base mais faussé par le régime alimentaire, par les activités lors de l'hospitalisation ».

Il existerait aussi fréquemment des erreurs dans les traitements de fond des patients.

Dr 3 : « Autre obstacle : l'oubli d'un certain nombre de traitements, par erreur de transcription, quand il y a 4 ou 5 intermédiaires ».

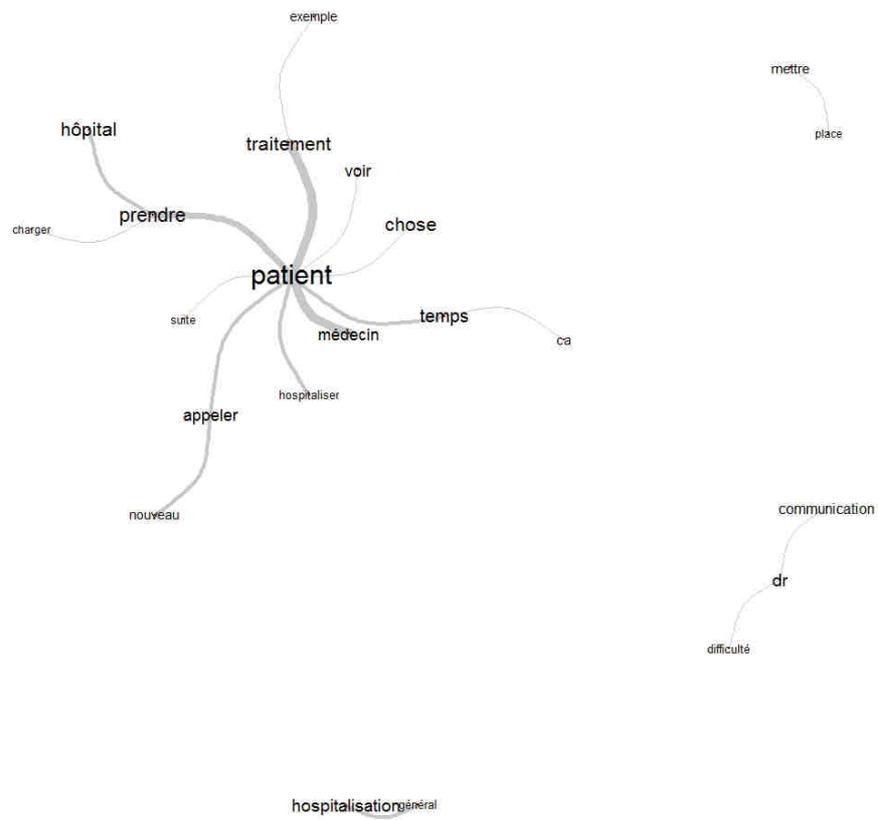


Figure 11- Dendrogramme : obstacles et difficultés liés à une hospitalisation

6. Besoins et demandes des médecins traitants

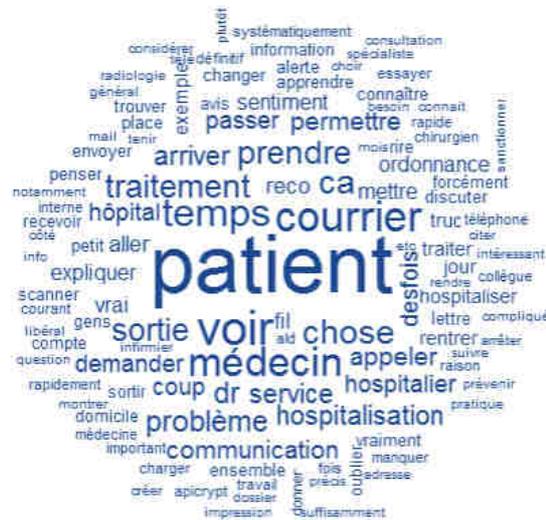


Figure 12- Besoins des médecins traitants ou demandes vis-à-vis des médecins hospitaliers

Là encore, le patient reste au cœur de la problématique. Le problème de communication ressort encore, celle du temps aussi, ainsi que l'importance d'un courrier.

6.1. Communication rapide des données : appel téléphonique et courrier de sortie

Un manque de communication globale est une critique fréquemment relevée lors des entretiens.

Dr 10 : « je me l'explique par un manque de temps [...] Si on était deux fois plus je pense que... (RIRE) »

Une communication par téléphone au moins une fois au courant de l'hospitalisation est une demande récurrente, notamment pour obtenir une explication sur les modifications thérapeutiques.

Dr 3 : « Mes demandes ? Qu'ils nous appellent de temps en temps ».

Dr 7 : « Qu'il y ait un coup de fil tout simplement pour expliquer ce qui a été fait, ce qui est prévu. Si franchement c'était fait systématiquement je suis sûr qu'il y aurait beaucoup moins de loupé sur certains trucs ».

Les courriers arrivent de plus en plus rapidement. La demande de les obtenir dès le retour à domicile revient dans plusieurs entretiens aussi.

Dr 1 : « serait d'obtenir un courrier de sortie de suite. Un vrai courrier définitif qui serait donné au patient et non un courrier provisoire ».

Dr 6 : « faire le jour de la sortie un courrier par Apicrypt® avec l'ordonnance de sortie ».

6.2. Nouveaux modes de communication

L'apparition ou la création de nouveaux modes de communication sont fortement demandées.

Dr 2 : « Dans l'idéal, pour moi ce serait d'avoir accès au dossier médical en temps réel ».

Dr 9 : « Enfin, je suis dans des groupes de travail à l'hôpital sur la télémédecine, enfin je veux dire, il y a plein d'envie du côté hospitalier, du côté des chirurgiens vasculaires, qu'on puisse leur montrer une plaie en télémédecine. Les orthopédistes, qui pourraient faire de la téléexpertise ».

Les médecins hospitaliers spécialistes seraient en demande car ils sont débordés. Cela permettrait aussi de solliciter le spécialiste en post hospitalisation, sans avoir forcément à déplacer le patient.

Dr 9 : « Moi je nous vois bien travailler tous ensemble. C'est pas impossible [...] ça demande du temps aussi ».

Par ailleurs, la création d'un système d'alerte sur les logiciels informatiques médicaux est évoquée, en utilisant les messageries existantes telles que Apicrypt® ou MSSanté®.

Dr 12 : « un message informatique particulier, un genre d'alerte. Un genre d'alerte qui nous permet de dire que le patient va rentrer et ce qu'il s'est passé. Mais je ne sais pas sous quelle forme ».

6.3. Coordination ville – hôpital

Une coordination entre médecins hospitaliers et traitants est souhaitée. Autant pendant qu'après hospitalisation.

Dr 5 : « la coordination ! Qu'ils prennent aussi en compte nos impératifs. On n'est pas forcément là ».

Dr 8 : « c'est ça qui est important, qu'ils s'inscrivent, même si c'est sur un laps de temps donné, dans la prise en charge du patient et donc c'est bien qu'on puisse les solliciter quand on a besoin d'eux. Que ce soit d'un point de vue traitement ou diagnostic mais aussi d'un point de vue pratico pratique, quand le patient se redégrade et qu'il faut le réhospitaliser, que ce soit eux qu'on recontacte en priorité ».

La communication avant ou en début d'hospitalisation est importante et permettrait d'optimiser les séjours hospitaliers.

Dr 14 : « mais j'ai souvent ce sentiment que quand on adresse à l'hôpital, ils recommencent du départ comme si nous on n'avait pas déjà essayé [...] des fois une conversation téléphonique nous éclairerait mutuellement et permettrait de mieux connaître la pathologie ou la problématique que j'ai eue. [...] Donc une collaboration peut-être... ».

Le maintien de cette coordination post hospitalière, notamment via la mise en place de lignes téléphoniques directes, permettrait de temporiser les prises en charge.

Dr 8 : « Si on pouvait créer une ligne téléphonique d'avis comme pour les infectiologues.

Mais il faudrait presque par service créer un numéro d'avis, ou créer une adresse mail pour les avis, pour les choses qui ne sont pas très compliquées, où ils n'ont pas besoin d'avoir le patient en face d'eux ».

A noter une remarque sur la prescription pratique des ordonnances :

Dr 3 : « que l'hôpital respecte peu la partie ALD et non ALD [...] j'ai vu mettre le Daflon® ou l'Allopurinol® en ALD ».

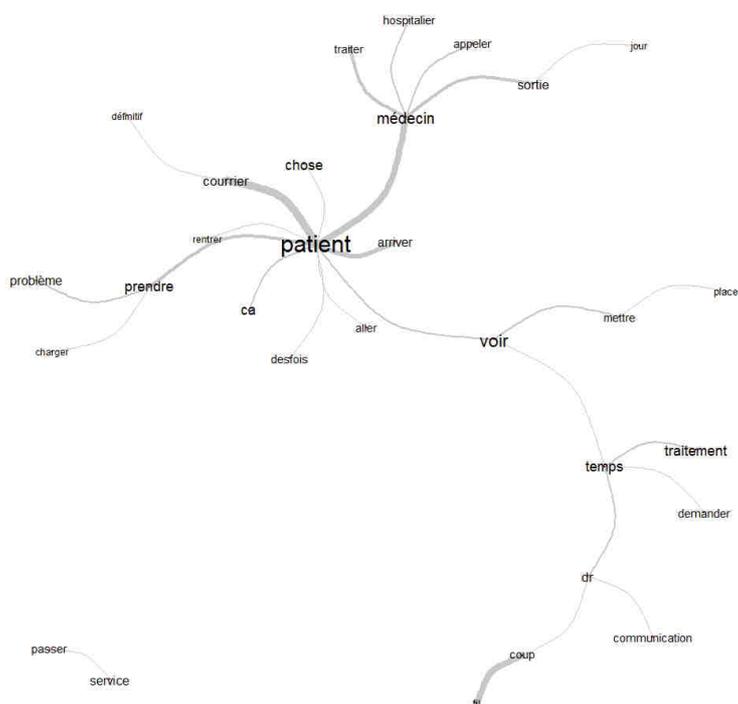


Figure 13 - Dendrogramme : demandes des médecins traitants

antihypertenseurs. Ils vont manger plus salé à la maison, ils vont bouger différemment, se dépenser différemment [...] tous les trucs qui demandent un équilibre entre les dépenses, les apports ».

Dr 9 : « si un diabétique, qui avait du coup la diététicienne à l'hôpital, a normalisé son diabète et que son traitement a été allégé. Je sais très bien que quand il rentre à domicile, les efforts ne seront pas pérennisés et du coup le diabète va redéconner ».

Par ailleurs le risque de chutes est analysé comme étant plus difficilement évaluable lors de l'hospitalisation car les conditions de vie, l'aménagement du domicile, ne sont pas bien connus.

7.2. Optimisation thérapeutique

L'hospitalisation permettrait une optimisation thérapeutique, une amélioration du traitement de fond avec aussi l'arrêt de certains médicaments inutiles, l'instauration de nouveaux traitements nécessaires.

Dr 2 : « médicaments qui sont jugés inutiles ou qui n'ont pas d'intérêt avec l'âge du patient, des arrêts de statines ou de chose comme ça... ».

Dr 10 : « ont enlevé un somnifère. Ça c'est le truc assez classique. Ils mettent la Mélatonine® ou un autre substitutif mais qui n'a pas les mêmes effets. Donc quand ils tournent en rond toute la nuit... ».

Dr 12 : « parfois les changements d'anticoagulant, les variabilités sous Previscan® ou Coumadine®. Je vois maintenant souvent les gens sous Nouveaux anticoagulants oraux (NACO) [...] médicament qui est plus adapté, [...] plus adapté à la fonction cardiaque par exemple, alors ils vont introduire ou de l'Entresto® ».

L'hospitalisation permet parfois le sevrage de certains traitements chroniques comme les hypnotiques ou certains antalgiques.

Dr 14 : « autres modifications, certains antalgiques ou hypnotiques par exemple, car ils estiment que c'est toxique. Ça c'est la partie la plus compliquée. Quand ils rentrent, ils ont ça depuis des années.... Mais c'est bienvenu parce que nous c'est pas faute d'essayer ».

Il est aussi décrit des situations où des traitements sont décidés lors d'une hospitalisation alors que la question avait déjà été discutée auparavant, notamment entre médecin traitant et médecins spécialistes libéraux qui s'occupent du suivi des malades.

Dr 2 : « combien de fois on se retrouve avec des mamies papis sous anticoagulant alors que nous on sait qu'ils chutent à la maison tout le temps. On s'est déjà posé la question souvent avec le cardiologue de les mettre sous anticoagulant, on a dit non et qu'au final ils passent à l'hôpital et hop ils se retrouvent sous anticoagulant [...] Je pense aussi à des traitements chirurgicaux parfois. Une fois que le chirurgien a pris la décision de traiter, on n'a plus voix au chapitre, et c'est dommage ».

7.3. Bio équivalence et livret du médicament

Le traitement de fond est modifié avec des médicaments équivalents pendant les hospitalisations en raison de leur Livret du médicament. Ces médicaments seraient souvent modifiés au retour à domicile pour la molécule que le patient connaît et avait avant hospitalisation.

Dr 3 : « la plupart des pharmacies hospitalières ont dans chaque classe thérapeutique un seul représentant ».

Dr 10 : « substitué par un autre médicament de la même classe et je préfère revenir. Parce qu'avec les génériques c'est vrai qu'ils ont des difficultés à suivre un peu le fil [...] la couleur de boîte peut changer, l'aspect du comprimé. Donc si on peut limiter ».

Dr 11 : « c'est vraiment le livret du médicament à l'hôpital. Et puis, moi je constate quand même, qu'ils font l'effort d'essayer de reprendre l'ordonnance d'entrée ».

7.4. Effets secondaires et iatrogénie

Des modifications du traitement de fond post hospitalisation sont décrites comme parfois nécessaires en raison d'effets secondaires.

Dr 12 : « Ben soit les effets intercurrents, les effets secondaires [...] Des fois je suis contente qu'ils aient changé certaines choses que je n'ai pas osé faire avant, tout simplement. Pas osé, par peur des effets secondaires, des intolérances ».

Dr 7 : « Ou bien alors c'est des choses qui ne sont pas tolérées ».

Dr 9 : « désaccord de principe, parce que les IPP ça me gonfle, soit le désaccord, on va dire sur dossier, parce que je trouve que c'est franchement inadapté comme le digitalique chez l'insuffisant rénal de 92 ans, ou alors l'Ofloxacin® à double voire quadruple dose ».

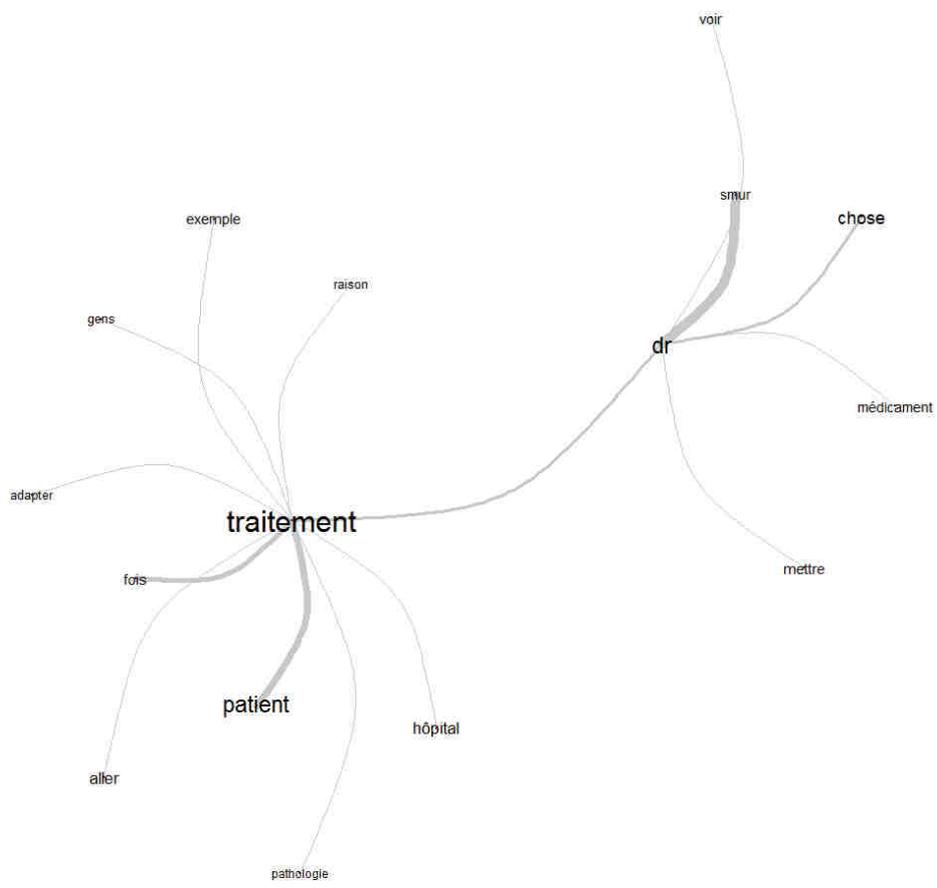


Figure 15- Dendrogramme : raisons des modifications thérapeutiques

L'appel téléphonique à la sortie d'hospitalisation reste un moyen simple de communication, mais est critiqué car chronophage.

Dr 7 : « l'échange de base c'est le téléphone ».

Dr 2 : « peut-être instituer un bilan d'hospitalisation par téléphone ou même par mail, ça pourrait être intéressant ».

Dr 3 : « un souhait serait quand un patient décède à l'hôpital qu'on appelle le médecin traitant ».

L'appel téléphonique devrait, d'après les données récoltées, aussi être utilisé dans le sens inverse, soit du médecin traitant vers le médecin hospitalier.

Dr 5 : « Qu'on puisse les appeler facilement ! Et qu'on arrête de me dire qu'il est en consultation, il ne faut pas que le docteur soit dérangé... ».

L'appel téléphonique montre selon Dr 8 aussi des failles.

Dr 8 : « téléphone, l'inconvénient, c'est que souvent quand on appelle, on sent qu'on les embête, qu'ils courent déjà dans tous les sens et que le moment est mal choisi. Alors souvent ils disent qu'ils vont nous rappeler, parfois ils oublient et c'est humain ».

8.2. Boite mail sécurisée

L'utilisation des boites mails pour l'envoi du courrier de sortie est décrite comme un moyen rapide et très utilisé. L'importance dans ces courriers est la présence d'une conclusion complète et claire.

Dr 1 : « un système de transmission universalisé des courriers devrait être choisi. Un envoi informatisé devrait être systématique »

Dr 8 : « Moi j'aime beaucoup le mail parce que je trouve que ça ne met pas la pression aux gens pour répondre tout de suite ».

L'envoi d'un courrier rapidement est évoqué pour permettre aussi l'accès rapide à la biologie voire avant le retour à domicile, et pourrait éviter de refaire un bilan biologique trop rapidement.

Dr 6 : « L'utilisation systématique de la communication numérisée en fait [comme Apicrypt® ou Mailiz®]. Car encore beaucoup de professionnels ont des adresses Orange.fr® ou Gmail®, qui sont complètement inadaptées ».

L'utilisation de ces boîtes mails est dépeinte comme un gain de temps. Elle permettrait aussi un contact direct avec un médecin hospitalier en l'absence d'urgence médicale pour le patient.

Par ailleurs, selon les médecins interrogés, la rédaction des courriers pourrait être améliorée en évitant l'utilisation d'abréviations et en optimisant les informations fournies.

Dr 5 : « par exemple IR ça peut être insuffisance respiratoire ou insuffisance rénale. Le spécialiste il est dans son domaine ».

Dr 5 : « Eviter de mettre le bilan biologique en entier mais mette en évidence les anomalies ».

8.3. Messagerie instantanée sécurisée

Dr 10 : « système de messagerie ça pourrait être pas mal. Un genre de WhatsApp® pour hôpital. Je ne sais pas si ça pourrait se lancer [...] faudrait que ça émane vraiment des autorités, il faut que ça soit sécurisé, ça pose déjà un vrai problème ».

Dr 2 : « en ville, avec les infirmières, il y a de plus en plus de logiciels de messagerie instantanée sécurisés qui existent. Là actuellement enfin en Alsace, ça se développe tout doucement. Pour l'instant c'est essentiellement du SMS, WhatsApp® ... ».

L'utilisation de ses moyens de communication permettrait d'intégrer les infirmières libérales, les assistantes sociales, etc.

Dr 11 : « Alors il existe actuellement SICODOM® [service proposé par PULSY®], c'est un système d'information qui est sur le smartphone ».

8.4. Dossier Médical Partagé (DMP)

Le DMP reste a priori peu voire pas utilisé.

Dr 2 : « Le problème est plus global. C'est compliqué quand il y a de multiples prescripteurs. Et c'est là où le logiciel unique peut être intéressant parce qu'au moins on a en temps réel ce qu'a le patient ».

Dr 12 : « ils vont me répondre qu'il y a déjà le DMP mais honnêtement le DMP je ne m'en suis jamais servie [...] ou améliorer le DMP pour qu'on puisse mieux communiquer. Mais à la sortie de l'hôpital direct, on voit le patient à la maison donc on n'a de toute façon pas accès au DMP ».

Cela serait difficile à mettre en place car impliquerait un changement de logiciel.

L'autre idée évoquée serait l'utilisation d'un logiciel partagé comme ceux utilisés par les services d'hospitalisation à domicile (HAD) entre médecin coordonnateur, médecin traitant, oncologue...

Dr 2 : « DMP c'était un peu cela l'ambition mais actuellement avec les fonctionnalités du DMP c'est pas près d'atteindre cet objectif-là ».

L'utilisation du DMP apparaît pour l'instant difficile via les logiciels médicaux.

Dr 6 : « Ou alors d'utiliser le dossier médical partagé du patient, de mettre l'ordonnance de sortie sur le DMP [...] À l'hôpital je pense qu'il peut y avoir un temps de secrétariat, de

mettre sur le DMP du patient l'ordonnance de sortie [...] un changement de pratique entre l'ancienne et la nouvelle génération ».

Dr 11 : « Alors oui on a réfléchi au DMP, mais le DMP c'est pas pratique parce que on a des difficultés d'accès à partir du logiciel médical [...] il faut un moment qu'il y ait un volet médical de synthèse ».

8.5. Nouvelle organisation du système de soins

Dr 2 : « Ils parlent aussi de mettre plus de médecins libéraux dans les hôpitaux de proximité. Est-ce que ça améliorera la communication ? Ils veulent développer 500 à 600 hôpitaux de proximité. Ce ne sont pas de création mais des labélisations d'hôpitaux qui existent déjà. Et d'y faire intervenir des médecins libéraux qui travaillent à côté donc avoir un exercice mixte. Avec une idée que ces hôpitaux soient plutôt du premier recours ».

Dr 4 : « j'ai aussi des idées plus de l'ordre de l'organisation du système de soins. En particulier avec les Internes [...] sorte de transmission plutôt intéressante, pour l'Interne aussi parce qu'il verrait ce que devient le malade, ce qu'on fait de lui. Il pourrait donc passer une heure ou deux à discuter dans le service puis il revient dans son stage de médecine générale ».

Cette nouvelle organisation permettrait de mettre en place un dispositif pour poursuivre la responsabilité du médecin traitant.

8.6. La téléexpertise

Dr 4 : « Et pourquoi pas de la télémédecine. On peut imaginer plein de choses. Si le problème est celui du déplacement dans une institution, pour échanger avec nos collègues, nos patients, je pense que c'est une piste qu'il faudrait creuser un peu ».

Dr 8 : « bien d'avoir un mail par service, comme ça, ça permettrait d'avoir, libre à eux de s'organiser comme ils veulent de celui qui lit les mails, mais d'avoir une réponse sans urgence, parce que souvent il n'y en a pas. Et d'avoir un truc tracé aussi. D'autant plus qu'actuellement les avis on peut même les coter ».

Le Dr 8 nous informe que la cotation pour téléexpertise (donc des avis spécialisés dématérialisés) est possible maintenant. Cette cotation serait à la fois pour le médecin demandeur de l'avis et pour celui qui le donne. Même si la convention de téléexpertise date de 2016, elle resterait peu utilisée.

Dr 8 : « il faut se méfier pour la télémédecine c'est que toutes les applications qui ont été développées, [...] Où les actionnaires principaux c'est des mutuelles [...] tu ne sais pas ce qu'ils font de tes données. Parce que dans ses applications là, souvent, t'as une sauvegarde des données [...] par contre il y a un truc qui a été créé mais c'est tout récent, ça s'appelle « Ma question médicale »®. C'est un logiciel de téléconsultation, créée par des médecins ».

Les actionnaires sont, toujours d'après les dires du Dr 8, dans ce cas exclusivement des médecins, les ordonnances sont générées par des QR codes donc sécurisées.

8.7. Un problème de temps pour échanger

Dr 9 : « Que nous ayons du temps les uns et les autres pour faire ces échanges. C'est un gros problème, c'est un énorme problème [...] pour gagner du temps après, il faut accepter d'en perdre au départ ».

Selon Dr 9, les médecins, aussi bien ambulatoires qu'hospitaliers, font actuellement des choses redondantes et inutiles.

Dr 9 : « L'Hôpital va très mal, la médecine générale, en tout cas pour mon secteur rural, va mal aussi et on n'arrive plus à dégager ce temps [...] On a tellement de choses à apprendre les uns des autres ».

Un exemple cité serait la possibilité que les médecins traitants arrivent à dégager du temps pour assister aux Réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) de leurs patients, de prendre le temps de discuter, d'effectuer un travail pluriprofessionnel. Le travail en réseau est important.

Dr 9 : « c'est hyper intéressant et puis ça permettrait aussi aux libéraux de comprendre les problématiques des hospitaliers sur la multi résistance par exemple aux antibiotiques, comment nous pouvons gérer les gens qui sortent avec des bactéries multi résistances ».

Est aussi mentionnée la généralisation des infirmières Action de santé libérale en équipe (ASALEE) pour dégager du temps au médecin traitant.

Dr 9 : « pour qu'on puisse vraiment faire, je veux pas dire de la métamédecine, mais qu'on puisse avoir du temps pour pouvoir échanger avec les collègues hospitaliers ».

Dr 2 : « Il faudra que ça change. Ils n'auront pas plus de temps à l'hôpital dans les années qui viennent alors il faudra trouver d'autres manières de fonctionner. C'est évident ».

8.8. Conciliation médicamenteuse

Le recours à la conciliation médicamenteuse est plusieurs fois évoqué. Celle-ci serait déjà souvent faite par les pharmaciens, qui font le tri dans les ordonnances, notamment en cas de prescripteurs multiples.

Lors du 10^{ème} entretien, une intervention du SMUR a eu lieu au cabinet. Ce médecin a évoqué la conciliation médicamenteuse faite systématiquement chez les patients hospitalisés en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) dans l'hôpital de proximité depuis 2018.

Dr SMUR : « pharmacien est là tous les matins et il prend 3 sources différentes pour s'assurer de la justesse du traitement du patient [...] on se rend compte que la moitié des gens qui viennent, le traitement est faux, ils ont écrit n'importe quoi [...] ça arrive tout le temps des erreurs de traitement, franchement il y en avait beaucoup. C'est pour ça qu'ils l'ont mis ».

La conciliation médicamenteuse pourrait être généralisée dans les services hospitaliers et un contrôle des ordonnances via un tri fait en ville par les pharmaciens.

Dr 6 : « Je crois que la caisse veut mettre en place une espèce de tri que le pharmacien ferait avec le patient [...] il faudrait bien délimiter la partie qui est commerciale de l'officine et la partie qui est prescription et médicaments remboursables [...] il faudrait trouver un moyen pour vraiment scinder ces deux intentions [...] quelqu'un qui est dans une intention commerciale, comment veux-tu que cette personne du coup fasse le tri et qu'il conseille de manière désintéressée un patient. Alors qu'il vient juste de lui vendre un tube de quelque chose qui a coûté... ».

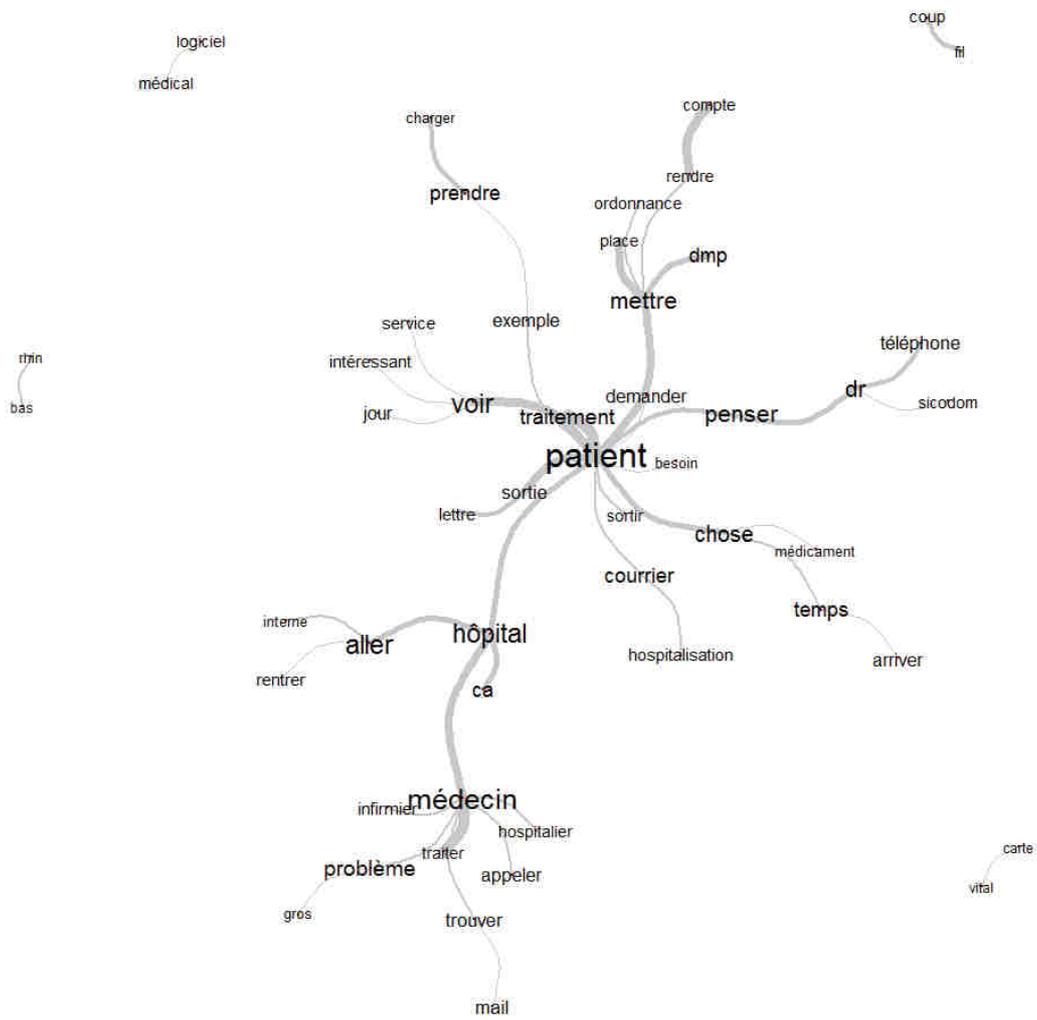


Figure 17- Dendrogramme : Suggestions d'amélioration

DISCUSSION

1. Forces et faiblesses de l'études

1.1. Points forts de l'étude

Tout d'abord, l'utilisation d'une méthode qualitative qui a été choisie en vue de répondre à la question de recherche de la manière la plus exhaustive possible (58).

La poursuite des entretiens jusqu'à l'obtention d'une saturation des données nous a paru apporter une crédibilité supplémentaire à l'étude et renforcer la validé du travail.

Par ailleurs, les médecins interrogés ont été sélectionnés de manière aléatoire, sur la base du volontariat, via un réseau neutre, afin de collecter des avis divers.

Enfin, la méthodologie choisie est reproductible, ce qui devrait tendre à renforcer la validité externe de l'étude.

1.2. Limites de l'étude

Notre travail comporte cependant certaines limites.

En premier on peut être avancé un manque de puissance lié à une participation réduite. En effet, en n'interrogeant que 14 médecins, d'autres points de vue n'ont sans doute pas été exprimés, ou toutes les pratiques discutées.

De plus l'étude n'ayant été menée qu'auprès de médecins bas-rhinois, cela pose la question de la représentativité des résultats, et de la difficulté de généralisation à tous les médecins de soins premiers français. Il aurait également été intéressant d'interroger les praticiens hospitaliers ainsi que les patients pour comparer les idées. Ceci pourrait faire l'objet d'une nouvelle étude.

Par ailleurs il y a un biais d'information : En effet, dans notre méthode d'analyse, nous avons décidé d'arrêter les entretiens dès l'obtention de la saturation de données. Pour autant, cela ne permet pas de garantir un recueil complet des informations. Une analyse concernant une plus grande population de médecins aurait peut-être permis d'apporter de nouvelles idées. Un biais d'interprétation est à relever lors du codage réalisé par l'enquêteur. Le choix des concepts et catégories pour classer les idées est par nature subjectif. L'impact de ce biais a pu être limité par l'analyse en double aveugle avec une seconde analyse des données par un intervenant extérieur et l'utilisation d'un logiciel d'analyse. Enfin, bien que le guide d'entretien se voulait neutre et ouvert, la présence de l'investigateur, sa façon de poser les questions, ses intonations, ont pu influencer les réponses et ainsi être à l'origine d'un biais d'investigation.

2. Adaptation du traitement au retour à domicile

2.1. La réévaluation du traitement de sortie : prise en charge globale du patient

Les médecins généralistes interrogés dans notre étude évoquent plusieurs arguments expliquant les modifications des ordonnances de sortie.

La plupart analyse l'ensemble des médicaments. Ils maintiennent les modifications qu'ils pensent justifiées par le médecin hospitalier et réévaluent secondairement pour une éventuelle adaptation des traitements.

En effet, la majorité des praticiens semble poursuivre dans un premier temps les modifications hospitalières, puis fait secondairement une réévaluation des thérapeutiques. C'est un travail en deux étapes. Une première étape dès le retour à domicile pour évaluer la situation initiale et mener une réflexion sur les changements apportés durant l'hospitalisation.

Puis une seconde étape à distance pour réévaluer l'effet des thérapeutiques en prenant en compte l'évolution clinique et biologique du patient.

Dès la sortie d'hospitalisation d'un patient, le médecin généraliste réévalue son traitement. Il s'agit de mener une réflexion sur l'ordonnance. Il essaie de comprendre le déroulement de l'hospitalisation, ce qu'il s'y est passé, les modifications apportées, et d'en comprendre les raisons. Il s'agit tout d'abord d'un travail d'analyse. Il discute aussi avec le patient pour déterminer ce que celui-ci a pu comprendre des différents événements.

Puis, dans un second temps, il effectue une nouvelle réévaluation un peu plus à distance de la sortie d'hospitalisation. C'est à ce moment-là que sont apportées la majorité des modifications. L'ordonnance est alors revue en fonction de l'évolution des données cliniques et biologiques. La répercussion des modifications hospitalières peut être étudiée.

Cette réflexion en deux étapes et étalée dans le temps témoigne de l'idée de soins au long cours dans le cadre de la médecine générale. Cette idée de réévaluation globale nécessaire et faite par le médecin traitant au retour d'une hospitalisation est avancée par Coleman et al. (5).

Cette idée s'oppose à la prise en charge hospitalière, limitée dans le temps, ayant un début et une fin plus définis.

Le médecin traitant dit apporter un point de vue global à la prise en charge du patient à domicile et aux thérapeutiques. Il intègre la compréhension et le vécu du patient dans la démarche de soins. Il a eu un regard médical mais aussi psycho-socio-culturel sur le patient. C'est l'approche intégrative que l'on nomme l'approche centrée patient (59).

La prise en charge d'un patient en médecine générale s'étale dans le temps, nécessite de nombreuses réévaluations, un suivi clinique et biologique au long cours. Cependant si lors

de l'évaluation initiale à la sortie d'hospitalisation du patient le traitement n'est pas compris ou semble inadapté, les médecins l'ajustent immédiatement.

En somme, ils gardent toujours un regard critique sur l'ordonnance.

2.2. Les modifications liées aux effets des traitements

La iatrogénie est une des raisons principales évoquée par les médecins du panel motivant un changement du traitement de fond. Les médicaments le plus souvent incriminés sont les psychotropes et les médicaments à visée cardiovasculaire.

Le risque iatrogénique est corrélé au nombre de médicaments et aux comorbidités (33). La iatrogénie peut faire suite à une propriété pharmacologique de la molécule elle-même donc non prévisible, mais aussi à l'association entre les molécules ou à un état morbide connu du patient (44).

En cas d'apparition d'effets secondaires, les médecins disent être amenés à réévaluer et modifier l'ordonnance de sortie hospitalière rapidement. Ceci permet d'éviter une réadmission dans un service hospitalier (8).

L'exemple de la chute suite à la prise de psychotrope, notamment les BZD à demi-vie longue, se retrouve dans nos entretiens ainsi que dans le montre l'étude de Ankri J. (44). Ce risque est majoré en cas d'association de plusieurs psychotropes et en cas de prise régulière.

La métabolisation hépatique ainsi que l'élimination rénale peuvent être perturbées pendant une hospitalisation et ainsi induire des effets iatrogènes dès le retour à domicile, en raison d'une correction lente de ces facteurs (44).

2.3. Les modifications liées à la faisabilité à domicile

➤ **Le traitement ou les soins ne sont pas adaptés aux habitudes hygiéno-diététiques du patient et à son milieu de vie.**

Les habitudes de vie sont souvent très différentes entre l'hôpital et le domicile. L'entourage, le domicile et l'accès aux soins d'un patient influencent beaucoup leur prise en charge. Les médecins généralistes peuvent être amenés à adapter certains traitements ou prises en charge qui semblent optimaux d'un point de vue hospitalier, mais difficilement réalisables ou voire impossible à appliquer à domicile.

Ceci peut être illustré par plusieurs exemples :

Premier exemple, le régime diabétique est mieux respecté à l'hôpital. Par conséquent, le traitement antidiabétique est souvent allégé. Une fois de retour à domicile, une adaptation du traitement est souvent nécessaire dans les semaines qui suivent malgré le rappel des règles hygiéno-diététiques (2). On pourra expliquer cela par la difficulté dans une famille à tous adapter un même régime afin de soutenir le malade ou à l'impossibilité de prévoir deux plats différents, l'un adapté au régime du malade et l'autre normal pour les autres membres de la famille. Ou simplement par l'absence de surveillance du mode alimentaire par une tierce personne, ce qui est le cas en service hospitalier.

Un autre exemple cité par les médecins interrogés est la diminution d'un traitement diurétique chez un patient moins stimulé à boire à domicile et le risque de déshydratation plus important qui en découle. L'étude de Coleman et al. (5) s'appuie également sur l'exemple des patients insuffisants cardiaques pour lesquels le moindre écart thérapeutique influe rapidement sur l'état clinique du patient.

Mais parfois certaines modifications (adaptées aux recommandations théoriques) sont difficiles à poursuivre à domicile malgré des explications claires et répétées et tentatives de mises en place d'alternatives. Les médecins généralistes peuvent être amenés à revenir au traitement précédent.

Le médecin généraliste inclut dans sa réflexion le bien-être du patient. Pour reprendre l'exemple cité précédemment dans le cadre d'une prise de diurétiques, la distance entre les toilettes et la chambre ainsi que la présence d'escalier seront prises en considération, le patient étant alors moins observant. Lors de son hospitalisation, les toilettes sont dans la chambre d'hôpital ou un urinal est à sa disposition. On peut aussi citer les patients qui ne prennent pas le traitement diurétique le jour où ils ont prévu leurs courses ou autre sortie, sans possibilité d'aller aux toilettes comme ils le voudraient.

On peut alors affirmer que le médecin traitant fait appel à l'Evidence Based Medicine (60) et l'adapte à son patient.

Il a une approche plus globale du patient (61), son point de vue est donc différent de celui du médecin hospitalier qui a un raisonnement lié à un état pathologique aigu ou un déséquilibre d'une pathologie chronique. Le médecin généraliste se place dans le suivi et la continuité de soins. Il prend en compte l'entourage du patient également, un entourage présent aidant à la prise en charge globale du patient (62).

➤ **Les médicaments ont été remplacés par des médicaments bio équivalents du Livret du médicament de l'hôpital.**

Notre étude montre que certains médicaments disponibles en ambulatoire ne le sont pas dans la pharmacie de l'hôpital. Ceci contraint les médecins hospitaliers à changer la galénique ou la molécule durant l'hospitalisation (63). L'étude de Alix et al. (64) montre également un changement de certaines classes thérapeutiques en l'absence de la molécule dans le Livret du médicament hospitalier.

Les patients peuvent être perturbés par ces modifications voire être induits en erreur par les prescriptions en DCI en sortie d'hospitalisation (64), classiquement gérées par l'équipe infirmière à l'hôpital. Cela augmente le risque iatrogénique par un potentiel surdosage.

Le patient ne reconnaît plus la boîte ou encore le médicament lui-même. La forme et la couleur du comprimé peuvent lui évoquer un nouveau médicament. Le risque majoritairement décrit lors de nos entretiens est alors la prise de l'ancien médicament et du nouveau, le patient ne réalisant pas qu'il s'agit de la même molécule.

2.4. L'hospitalisation comme outil de simplification du traitement

Certains médecins de notre étude ont souligné l'intérêt d'une hospitalisation dans le sevrage de certains médicaments, difficilement réalisable lorsque le patient est à la maison, dans son environnement habituel (52).

Ces modifications concernent essentiellement les traitements hypnotiques ou anxiolytiques et sont décrites comme bienvenues par le panel. Le sevrage de traitement de fond peut être difficilement vécu par le patient à domicile.

L'hospitalisation peut effectivement aider à faire baisser le nombre de médicaments sur une ordonnance.

En somme, l'hospitalisation est l'occasion de réévaluer l'ensemble des traitements et d'optimiser les médicaments.

2.5. Les risques d'erreur

La principale source de iatrogénie est une erreur sur l'ordonnance de sortie du patient, elle-même la conséquence d'un défaut de communication entre médecins hospitaliers et de ville (65). Ces erreurs sur les ordonnances de sortie seront corrigées par le médecin traitant dès la réévaluation du traitement.

- **La présence d'erreurs dans l'ordonnance de sortie liées à des erreurs faites dès l'admission.**

Les patients lors de leur hospitalisation peuvent communiquer une mauvaise liste de médicaments ou ne pas la connaître. Lorsque l'hospitalisation n'est pas organisée, ou demandée par un autre médecin, les praticiens hospitaliers peuvent ne pas disposer de l'ordonnance habituelle du patient. Il arrive aussi que ce dernier fournisse une ancienne ordonnance qui n'est plus à jour. Ces médicaments sont malheureusement reconduits à la sortie. Les médecins généralistes adaptent alors l'ordonnance. Une meilleure communication est nécessaire au niveau des points de transition des patients pour éviter les erreurs dans les traitements de fond. Il s'agit alors d'optimiser la continuité de soins (66).

➤ **Les erreurs humaines, une nécessité de formation continue**

Les médecins généralistes interrogés ont évoqué l'erreur humaine dans la prescription médicale. Pour diminuer la fréquence des erreurs de prescription de médicaments et lutter contre le risque iatrogénique (67), une évaluation régulière des pratiques du corps médical a été décidée par la HAS (68,69). En effet, elle réalise la certification des établissements et elle incite tous les médecins à une réévaluation régulière de leur pratique professionnelle par le biais des formations médicales continues.

➤ **Des traitements hospitaliers ponctuels reconduits sur l'ordonnance de sortie**

Durant le séjour hospitalier, des traitements ponctuels sont parfois introduits pour pallier à un symptôme aigu, comme l'introduction d'un IPP ou d'hypnotiques.

Ces deux classes thérapeutiques sont celles qui sont citées par notre panel ainsi que celles que nous expose Maire JN. dans son travail (70). Les IPP sont souvent introduits de façon systématique dans le cadre notamment de la prescription d'anti-inflammatoires en service de chirurgie mais figurent sur l'ordonnance de sortie alors qu'il n'existe aucune indication à poursuivre les IPP à plus long cours.

Par ailleurs, les patients ne sont souvent pas rassurés pendant une hospitalisation, ils ont plus d'insomnies qu'à domicile. Dans ce cadre, des hypnotiques ou anxiolytiques sont prescrits durant le séjour hospitalier mais non sevrés avant le retour à domicile. La prescription d'un hypnotique dans ce cadre n'est alors plus justifiée à domicile et majeure le risque iatrogénique, notamment le risque de chute, et peuvent de surcroît engendrer une dépendance.

2.6. Un manque d'information et de qualité du courrier de sortie d'hospitalisation

Les courriers de sortie ont pour but, entre autres, d'informer les médecins traitants des changements thérapeutiques ou de l'introduction de nouveaux traitements (71). Ils visent ainsi à attirer leur attention sur de nouvelles surveillances nécessaires.

Cependant, notre étude montre que nombreuses modifications ne sont pas accompagnées de l'information permettant de les comprendre. Les médecins du panel constatent par exemple un changement de molécule à visée antihypertensive, mais sans explication dans le courrier de sortie justifiant cet ajout. La question se pose alors sur l'intentionnalité clinique et médicale de changer ou l'absence de la molécule habituelle du patient à l'hôpital.

Les modifications thérapeutiques sont ainsi parfois interprétées comme des erreurs ou oublis de la part du médecin généraliste.

Le travail de thèse du Dr Takeda (52) s'était déjà intéressé en partie aux déterminants qui poussaient à modifier les ordonnances après une hospitalisation et avait mis en évidence que l'attente principale des médecins traitants vis-à-vis de l'hôpital était une optimisation thérapeutique. Une concertation plus fréquente entre médecins ambulatoires et hospitaliers était suggérée ainsi qu'une justification des modifications thérapeutiques dans le courrier de sortie.

Le travail de Alix L. et al. met aussi en avant l'idée d'un manque d'efficacité dans la transmission d'informations en utilisant la voie du courrier papier comme moyen de communication (64).

De plus, en 2007 est publiée dans le Journal of the American Medical Association (JAMA) une revue de la littérature concernant le manque de communication à la sortie d'hospitalisation. Kripalini et al y montrent que dans seulement 3 à 20 % des cas était notée une communication directe entre le médecin hospitalier et le médecin de ville. Les comptes rendus d'hospitalisation étaient souvent manquants ou retardés (4).

L'importance de standardiser les courriers de sortie et l'utilisation de la voie électronique pour leur envoi sont proposés dans cette revue, ainsi que par les médecins que nous avons interrogés pour notre travail.

En effet, les médecins interrogés dans notre étude critiquent l'envoi par voie postale du courrier de sortie et souhaitent l'utilisation des messageries sécurisées. Le délai plus long et le risque de perte sont pointés du doigt. Cela peut entraîner un risque iatrogénique ou une rupture dans la continuité des soins et ainsi engendrer une réhospitalisation précoce.

L'utilisation de ces messageries est rapide, sécurisée et peut permettre un archivage plus simple dans le dossier médical du patient (72).

En résumé, le médecin généraliste a un rôle clé dans la continuité des soins, puisqu'il permet de faire le lien ville-hôpital. Mais son rôle dépend des informations reçues à l'issue du séjour hospitalier pour adapter au mieux sa prise en charge et comprendre les modifications thérapeutiques. A l'inverse, lorsqu'un patient est admis à l'hôpital, les praticiens hospitaliers sont dépendants des informations données par le médecin généraliste pour optimiser leur prise en charge. Une communication de qualité entre la ville et l'hôpital semble indispensable pour une prise en charge optimale du patient assurant la continuité des soins.

3. La complexité de la communication médecin traitant – médecin hospitalier

3.1. La continuité des soins

Afin d'apporter les meilleurs soins au patient, sa prise en charge doit pouvoir s'inscrire dans une continuité de soins. Pour cela, est espérée une optimisation de la communication entre les différents professionnels de santé entrants dans cette prise en charge. Par exemple et à contrario, Freidson E. a défini la profession médicale comme « une juxtaposition de petits cercles de médecins intérieurement homogènes et déconnectés les uns des autres » (65).

Parallèlement, Le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) fait figurer l'assurance du suivi et la continuité de soins ainsi que le travail en équipe ou en réseau dans les compétences du médecin généraliste (73).

Les médecins de notre étude confirment que la continuité des soins est indispensable pour une prise en charge de qualité du patient. Selon eux, cette continuation ne peut se faire que si la communication entre les différents intervenants se fait à tous les niveaux de la prise en charge, autant à l'admission du patient pour éviter les erreurs dans les traitements d'entrée et éviter la redondance d'examen déjà pratiqués ou traitements déjà essayés, que pendant ou après l'hospitalisation afin de comprendre les modifications thérapeutiques et la suite prévue et proposée.

La continuité de soins rentre dans un encadrement légal depuis la Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 (74).

Puis la loi Kouchner du 4 mars 2002 (75) place le médecin généraliste au centre de la transmission d'informations relatives à l'hospitalisation. L'article R. 1112-60 du Code de

Santé Publique précise que « Le médecin traitant est informé le plus tôt possible après la sortie de l'hospitalisé des prescriptions médicales auxquelles le malade doit continuer à se soumettre. Il reçoit toutes indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du malade » (75).

Suite à cela, la HAS a émis des recommandations visant à encadrer la sortie d'hospitalisation notamment en essayant de rendre homogène la rédaction des compte-rendu d'hospitalisation (68).

Mais ce n'est qu'avec les textes législatifs d'août 2004 (39) et la loi HPST de 2009 (49) que cette communication a vraiment été encadrée et renforcée :

le médecin généraliste acquiert le statut de médecin traitant et le parcours de soins coordonnés est créé.

Bien que ce cadre légal établisse les bases de la prise en charge coordonnée du patient pour tous les acteurs de santé, la continuité des soins ne semble pas encore optimale.

3.2. La communication d'adressage

La communication d'adressage n'a été que très peu abordée par les médecins bas-rhinois de notre étude. Cependant les erreurs de traitement à l'entrée d'hospitalisation restent fréquentes et visibles même lors de la sortie d'hospitalisation. L'outil choisi par les médecins qui ont évoqué la communication d'adressage reste principalement l'appel téléphonique, comme l'évoque aussi Beffara S. dans son étude (76).

La principale difficulté évoquée est celle de contacter le bon interlocuteur. Le médecin généraliste n'arrive que dans de très rares cas à contacter directement un interlocuteur hospitalier, même s'il s'agit du mode d'adressage qu'il préfère choisir actuellement, contrairement au passage par un service d'urgences (77).

Cette difficulté de communication entraîne des erreurs fréquentes de traitement à l'admission, notamment l'oubli d'un médicament, comme le confirme Quélenec et al (40).

Par ailleurs, l'absence de mise en réseau des dossiers médicaux oblige les médecins traitants à écrire une lettre ou imprimer une partie du dossier de leur patient lors d'une entrée à l'hôpital (78). Il peut, à cette étape, manquer des informations essentielles. Le courrier d'adressage est souvent incomplet (76). La mauvaise qualité de certains courriers peut aussi s'expliquer par le fait qu'ils soient rédigés à la main et peuvent donc être non entièrement lisibles.

3.3. La communication pendant l'hospitalisation

La communication entre médecin hospitalier et médecin traitant pendant l'hospitalisation d'un patient permettrait d'anticiper les adaptations à domicile, de mieux encadrer les demandes des familles, de comprendre les modifications thérapeutiques, d'être tenu informé de l'évolution clinique.

Cela permettrait ainsi d'améliorer et d'organiser le suivi longitudinal des patients, avant, pendant et après les hospitalisations. Ces demandes émergent des entretiens réalisés pour notre travail. Elles correspondent à celles qu'évoquent Alix L. et al dans leur étude (64).

D'après la littérature, une organisation optimale du retour à domicile en incluant le médecin traitant permettrait de réduire le déclin fonctionnel à domicile pour les patients âgés (79).

Les médecins traitants affirment bien connaître leurs patients, leurs habitudes, leurs besoins. Ils souhaitent être intégrés à l'organisation des retours, de façon à organiser sereinement une réévaluation clinique et thérapeutique à domicile, impliquant également les aides et intervenants à domicile. Cela demande un travail commun entre médecins traitants et hospitaliers, dans l'objectif de prévoir ensemble le suivi clinique, biologique du patient, les examens complémentaires et les rendez-vous spécialisés, la convalescence, la rééducation, le retour au travail.

Les médecins de notre étude rappellent ainsi bien le rôle du médecin généraliste défini dans le rapport remis à la ministre de la Santé en 2015 (61).

Malgré cette volonté, les médecins traitants ne se disent pas ou très peu contactés par les médecins hospitaliers avant le retour à domicile d'un patient (77).

Ce manque de communication constaté l'est aussi dans le sens opposé : Les médecins traitants ne prennent que peu, voire pas, de nouvelles de leurs patients pendant leur hospitalisation.

Ces difficultés de communication pendant une hospitalisation, dans le sens médecin traitant vers médecin hospitalier, ainsi que dans le sens inverse, est généralement expliqué par un manque de temps.

Notre étude montre que la qualité de la communication demande du temps qui est précieux à chaque acteur de santé. Les médecins généralistes interrogés décrivent ce manque de temps comme l'un des problèmes majeurs. Ils en manquent pour échanger, communiquer avec leurs confrères libéraux et hospitaliers. Ce problème de temps est un sujet important et d'actualité (80). Les praticiens hospitaliers ont également souvent peu de temps pour échanger avec leurs confrères libéraux.

Ce manque de temps a été une des critiques principales faites par les médecins salariés quant à leurs conditions de travail dans l'enquête nationale menée par Estryn-Béhar M. en 2010 (81).

Par ailleurs, les médecins interrogés déclarent que leurs patients ne se disent pas suffisamment informés de leur évolution et de celle de leurs thérapeutiques au cours de leur hospitalisation.

Les patients attendraient ainsi leur retour à domicile pour poser toutes les questions à leur médecin traitant.

Un travail de Maes A-C. présenté en 2013 suggère que les besoins des patients pendant une hospitalisation sont différents de ce qui peut être perçu des soignants (82).

Les modifications de traitement de fond pendant une hospitalisation seraient mieux gérées en y associant une éducation thérapeutique et une implication du patient (79).

3.4. La communication après la sortie d'hospitalisation

➤ **Communiquer le retour à domicile**

Les médecins interrogés dans notre étude ne se disent pas suffisamment informés du retour à domicile de leurs patients, qui, le plus souvent, informent eux-mêmes ou via leur entourage, leur médecin de la sortie d'hospitalisation. Cette situation est d'autant plus compliquée que l'absence immédiate du courrier de sortie ne semble pas chose rare.

Les médecins sont souvent prévenus la veille ou le jour même qu'un patient rentre à domicile. Ils doivent prévoir un temps pour une visite à domicile ou une consultation en urgence afin de revoir l'ensemble des traitements et la suite de la prise en charge.

Une mauvaise communication, retardée ou inexistante, lors du retour à domicile, peut nuire à la continuité des soins et ainsi être à l'origine d'accidents iatrogéniques (4). L'absence de communication affecte la continuité des soins.

La nécessité d'une réévaluation rapide dès le retour à domicile s'explique aussi par une confiance importante qu'accordent les patients à leur médecin traitant. En effet, les entretiens nous apprennent que les patients attendent fréquemment l'aval de leur médecin traitant pour appliquer les directives thérapeutiques hospitalières. L'étude de Coleman et al. confirme l'idée que les patients ne se sentent pas assez préparés à gérer leur nouveau traitement au retour à domicile et donc à participer pleinement à leurs soins (5).

➤ **Communiquer le traitement de sortie**

La zone de transition qu'est le retour à domicile est décrit comme à risque sur le plan médicamenteux (51). La première chose attendue par le médecin traitant après une hospitalisation est le traitement de sortie, avant même le diagnostic principal (65).

Il y a souvent une incompréhension des changements thérapeutiques pour les patients, ce qui amène à des consultations longues et une nécessité de réexpliquer les choses. Est cité pour exemple le risque de passer 48h sans anticoagulation si le patient n'est pas vu de suite à son retour à domicile en raison d'une incompréhension de ses traitements. Ou à l'inverse le risque des accidents hémorragiques sous AVK dans l'étude EMIR (45).

Cela confirme le rôle central du médecin généraliste dans la continuité des soins d'un patient à sa sortie d'hospitalisation et l'importance de la qualité de la communication entre les médecin libéraux et hospitaliers pour assurer une continuité de soins optimale.

Notre travail montre également une volonté forte de la part des médecins généralistes de travailler en équipe avec tous les intervenants hospitaliers, mais en utilisant des moyens de communication efficaces et rapides.

Le travail de J. Bachimont souligne l'importance de la bonne interaction médecin malade comme cité par les médecins bas-rhinois concertés (2). Cette prise en charge globale ne peut se faire que dans un contexte de pleine confiance.

4. Perspectives d'amélioration

4.1. Optimisation des outils de communication

Les médecins généralistes interrogés ont tout d'abord proposé l'optimisation et le développement des moyens techniques actuels pour communiquer rapidement. Le but principal de cela est d'obtenir le courrier d'hospitalisation avec les résultats d'examens et le traitement dès la sortie d'hospitalisation.

L'initiative des High 5 (83), coordonnée en France par la HAS, souhaite tout autant un apport des nouvelles technologies pour accélérer la transmission des données entre médecins. Cela permettrait une diminution du risque iatrogénique, par atténuation du risque lié au manque d'informations lors des zones de transition dans le parcours de soins d'un patient.

➤ **Le Dossier Médical Partagé (DMP)**

Les médecins généralistes de notre étude souhaitent un développement de l'outil DMP. Ils valident tous le principe mais déplorent l'absence de formation et les difficultés d'utilisation. Une difficulté d'accès et une gestion du DMP non compatible avec tous les logiciels médicaux sont décrits. Son utilisation nécessiterait actuellement un temps de secrétariat important.

Le travail de thèse du Dr Hamard réalisé en 2019 confirme ce sentiment (84). Avoir un dossier unique regroupant toutes les informations d'un patient, accessible à tous les intervenants est un concept attendu par les médecins généralistes mais aussi par les acteurs de soins secondaires.

L'étude menée par Pérennes décrit le DMP comme une solution aux difficultés de communication mais souligne aussi une surcharge du temps de travail et un manque de formation (78).

Lors de la création du Dossier médical partagé (85), la volonté était de regrouper les données de santé d'un patient, dans un objectif initialement économique, pour rationaliser les dépenses de santé, indirectement en limitant les examens complémentaires redondants et en limitant les interactions médicamenteuses. Mais le DMP s'inscrit aussi et surtout dans l'amélioration du parcours de soins du patient. Il a initialement été adopté par la loi de Douste-Blazy en 2004 (86). La création d'un DMP à la demande du patient est possible

depuis le 5 janvier 2011. Il est la possession de l'assuré, qui peut masquer les données qu'il souhaite et gérer les droits d'accès.

Une thèse menée en Bretagne en 2018 (87) montre que l'utilisation du DMP reste très faible. Seul 11 médecins l'utilisent au moins une fois par mois sur les 205 médecins participants à l'étude. Sa non-utilisation a été justifiée par le manque d'informations, la non-maitrise de l'outil informatique et le faible nombre de documents à consulter.

Cet outil semble alors une belle perspective pour l'avenir de la communication entre soignants, mais reste à améliorer et simplifier.

➤ **Mails et messageries instantanées**

Notre travail montre que l'obtention du courrier de sortie est souhaitée selon différents moyens : lettre remise directement au patient mais également utilisation de mails sécurisés comme Apicrypt® et MSSanté®, ou par téléphone.

L'outil le plus souvent cité est l'échange par mail sécurisé. Cette préférence se confirme dans l'étude menée par Alix (64). L'utilisation du téléphone reste chronophage et nécessiterait une ligne téléphonique directe pour permettre une communication dans les deux sens.

La multitude des logiciels médicaux et des systèmes de messagerie sécurisés ou instantanés sont déplorés par les médecins interrogés. Ceci complique les échanges et est à risque d'omettre une information essentielle concernant un patient. Un outil de communication électronique commun est souhaité.

Certains médecins évoquent l'utilisation et le développement de nouveaux moyens de communication plus efficaces comme les messageries instantanées, sécurisées (conversation électronique). Les exemples de SICODOM®, SIMRAL® / E-mage® (88) (89)

(développés par PULSY®) ont été mentionnés durant les entretiens. Actuellement, ces messageries permettent des échanges en temps réel entre les différents intervenants libéraux. Ils souhaiteraient y inclure les intervenants hospitaliers pour favoriser les échanges ville-hôpital. Ce type d'échange semble plus adapté que les appels téléphoniques car les appels nécessitent que les deux médecins soient disponibles en même temps, ce qui n'est pas toujours évident. Les avantages sont l'accès sur smartphone, l'interactivité et la facilité d'utilisation.

En Alsace, un logiciel de communication ville hôpital a été développé : SICODOM®. Ce logiciel a été initialement développé sous le nom de GLOBULE® par des médecins en Aquitaine. Il s'agit d'un système sécurisé et gratuit approuvé par l'ARS et est financé par le Conseil Départemental. Cet outil est destiné à tous les professionnels de santé, y compris les intervenants paramédicaux.

Son utilisation peut ainsi permettre à l'infirmière du patient de connaître directement son traitement de sortie et de pouvoir lui préparer rapidement.

Le courrier de sortie peut y être intégré par l'hôpital, avec un accès confidentiel pour chaque intervenant. Le niveau d'information reste ainsi adaptable.

Comme le dit lors de son entretien le Dr 11 :

« le truc pertinent, c'est qu'il y ait un carnet fait par PULSY® donc c'est un DMP bis mais sans doute plus pratique parce qu'accessible sur smartphone [...] c'est beaucoup plus interactif et facile d'utilisation que le DMP ».

➤ **L'accès au logiciel médical hospitalier**

Certains médecins interrogés souhaitent pouvoir avoir accès aux logiciels médicaux utilisés à l'hôpital et ainsi pouvoir consulter les dossiers de leurs patients hospitalisés en temps réel. Le médecin traitant pourrait ainsi suivre l'évolution de ses patients et mieux anticiper leur retour à domicile. Il pourrait également être inclus plus facilement dans la prise en charge du

patient avec le praticien hospitalier.

Il existe déjà un logiciel utilisé par des hôpitaux périphériques pour que les imageries radiologiques hospitalières soient accessibles aux médecins libéraux (plateforme SIMRAL® / E-mage® mise en place par PULSY®). Ce système est gratuit pour les médecins libéraux, payant pour les structures hospitalières.

➤ **Le développement et l'utilisation de la télémédecine.**

Le développement de la télémédecine permet un accès à différentes spécialités dans tous les secteurs géographiques. L'un des médecins interrogés dans notre étude évoque son utilisation au retour à domicile d'un patient. Cela permettrait un avis spécialisé auprès d'un médecin qui est déjà intervenu dans le parcours de soins du patient et pourrait aussi diminuer le risque de réhospitalisation.

Une étude menée dans la région de Mulhouse, a ainsi montré l'intérêt d'un suivi des patients à leur retour via une plateforme de télémédecine (90).

La pandémie de Covid-19 a vu les plateformes de télémédecine se développer. Ce moyen de communication s'est avéré être un outil de choix pendant la période du confinement (91).

4.2. La coordination de soins

Afin de fluidifier le parcours de soins du patient, les différents professionnels et différentes structures doivent se coordonner (50).

Pour cela une communication optimale est nécessaire, à tous les points de transition du parcours de soins. Les outils de communication ainsi que la problématique du temps sont régulièrement abordés comme évoqué précédemment dans notre travail. Cependant, cela demande avant tout une volonté de travailler ensemble. La coordination des soins implique

une volonté de travail commun des médecins, idée qui n'est pourtant que très peu évoquée dans nos entretiens.

Malgré le développement de nombreux nouveaux outils de communication électronique, la communication paraît de plus en plus difficile. Les médecins interrogés critiquent la méthode et la technique, mais ne semblent pas avoir conscience qu'il s'agit d'abord d'une envie de travailler en commun. Ces difficultés peuvent émerger d'un manque de connaissances et de compréhension entre les différentes structures (92), mais aussi d'un manque de connaissances de leur rôle dans la coordination.

De plus, la coordination de soins implique une communication à double sens. Le constat apparaît paradoxal lors de nos entretiens. Il y a la critique d'un manque de communication de l'hôpital vers les médecins traitants, mais peu de critique d'un manque de communication d'adressage au service hospitalier et d'un travail en commun autour de l'hospitalisation d'un patient.

Cela peut s'expliquer par le manque de valorisation du travail de coordination des médecins généralistes (92).

Par ailleurs, certains médecins interrogés ont évoqué l'intérêt aussi de partager les informations de sortie d'hospitalisation avec les intervenants paramédicaux. En effet, les infirmières sont souvent les premières à voir un malade rentré à domicile. Coleman et al. soulignent aussi les problèmes liés au manque d'information de tous les intervenants (5). La coordination de soins se doit ainsi d'impliquer tous les professionnels médicaux mais aussi paramédicaux.

4.3. La conciliation médicamenteuse

La conciliation médicamenteuse comme perspective d'optimisation du parcours de soins a été évoquée à plusieurs reprises lors de nos entretiens.

Cette conciliation se pratique déjà régulièrement dans certains services, notamment en UHCD ou SSR gériatrique.

Dans une étude menée au CHU de Strasbourg, il a été montré que le recours à la conciliation médicamenteuse permettait de diminuer le risque d'erreur (oubli, erreur de médicament ou de posologie) aux différents points de transition (52).

Dans le même ordre d'idées, l'OMS a identifié 5 problèmes majeurs autour de la sécurité des patients, dont la spécification de la prescription des médicaments lors des transitions dans le parcours de soins.

Suite à ce constat à l'échelle internationale, l'Alliance mondiale pour la sécurité du patient de l'OMS a lancé en 2006 le projet international High 5s (83,93,94). Les États-Unis et le Canada ont été les pays références de la démarche.

Le projet High 5s vise à standardiser les processus de soins appliqués dans les établissements de santé.

Un programme international baptisé Med'Rec (83) voit le jour suite à cela. La France rejoint le projet en 2009 et retient comme axe prioritaire les prescriptions de médicaments aux points de transition.

L'objectif a été d'évaluer le protocole standardisé intitulé « Standard Operating Protocol of Medication Reconciliation ou SOP Med'Rec ».

En mars 2015, la HAS définit officiellement la conciliation médicamenteuse, suite à cette expérimentation Med'Rec comme : « un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluriprofessionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts » (83).

Il s'agit de ce fait d'une démarche de prévention, qui a pour objectif d'identifier et mettre en lumière les erreurs médicamenteuses dans les traitements de fond des patients, afin de diminuer le risque d'hospitalisation ou de réhospitalisation, et d'assurer une continuité médicamenteuse. Elle repose sur la transmission d'informations entre les différents médecins intervenant dans la prise en charge thérapeutique d'un patient.

Par ailleurs, et toujours suite à l'étude Med'Rec, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a réalisé une enquête nationale en 2015 pour faire un point d'utilisation de la conciliation médicamenteuse dans les établissements de santé. Sur les 1688 établissements de santé français ayant répondu (soit 66,5%), 363 (soit 21,5%) l'ont mise en pratique (95).

Plusieurs publications concernant l'utilisation de la conciliation médicamenteuse sont recensées à ce jour. Elles montrent l'impact clinique du recours à la conciliation (96).

Perennes et al nous montrent que l'omission d'un traitement ou une posologie erronée sont fréquents à ces points de transition que sont l'admission ou la sortie d'hospitalisation (78).

Beaucoup d'erreurs médicamenteuses font suite à un transfert d'informations incomplet (entrée, sortie, transfert) (97).

L'étude MARQUIS a quant à elle montré entre autres l'impact financier positif de la conciliation médicamenteuse (98–100). Le coût en est nettement inférieur au coût des erreurs médicamenteuses.

Une première étude sur l'impact financier et le nombre de réhospitalisations avait également été menée à Boston par B.W. Jack et al (101). Cette étude montre que la conciliation médicamenteuse associée à l'éducation thérapeutique des patients permet une diminution de 30,5% des réhospitalisations à 30 jours de la sortie d'hospitalisation, et montre une réduction des coûts de l'ordre de 34%.

L'étude OMAGE, similaire et menée en France, montre quant à elle une réduction du coût de 512 euros par patient en associant la conciliation médicamenteuse, l'éducation thérapeutique mais aussi l'optimisation thérapeutique (79). Ces mesures ont aussi permis de diminuer le taux de réhospitalisations.

Comme le soulignent les médecins de notre étude, et afin de généraliser le recours à la conciliation médicamenteuse, un temps pharmaceutique dédié semble nécessaire (64), comme plus globalement un travail en commun entre médecins et pharmaciens serait nécessaire (40).

4.4. Autres perspectives d'évolution

D'autres perspectives d'amélioration du parcours de soins sont proposées par les médecins lors des entretiens.

Une première proposition serait la possibilité d'une intervention de médecins libéraux dans les hôpitaux de proximité, voire le développement de l'exercice mixte. Cela permettrait, du fait de cette proximité « géographique » entre les médecins, des accès simplifiés pour les hospitalisations et un retour à domicile anticipé par le médecin traitant. Cette idée implique la transformation d'un exercice libéral en exercice mixte libéral et salarié.

Est aussi proposée une visite du médecin traitant à l'hôpital pour ses patients afin d'assurer une continuité des soins. Pour cette proposition, la difficulté reste bien entendu la faisabilité car cette démarche nécessiterait un investissement en temps très important. Temps, qui pour l'instant, est essentiellement décrit comme manquant, tant par les médecins généralistes que par les hospitaliers. Et à ce jour, ce type de démarche médicale ne rentre dans le cadre d'aucune rémunération pour le médecin traitant (92).

L'alternative alors proposée serait, dans le cadre d'un dispositif de suivi partagé au long cours, le passage de l'interne en stage de médecine générale à l'hôpital. Cela permettrait de s'inscrire dans une continuité de prise en charge du patient.

Cette perspective d'amélioration n'est pas retrouvée dans la littérature.

En revanche, d'autres initiatives approchantes existent, comme le développement des infirmières ASALEE (102) ou le recours à des plateformes comme PRADO (90), qui n'ont pas été évoqués par les médecins interrogés. On peut supposer que ces dispositifs n'étant encore que peu répandus et pas encore dans la « culture » des médecins traitants, ceux-ci n'ont pas pensé à les évoquer. Le dispositif ASALEE a pourtant été mis en place en 2006 dans certaines régions, et permet d'accompagner par une infirmière en cabinet libéral les patients atteints de pathologie chronique.

Enfin, un seul des médecins interrogés a évoqué le développement de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour faciliter la communication entre les différents intervenants.

Les CPTS sont un dispositif de la loi Touraine 2016 (103), qui reste à l'heure actuelle en discussion. Les projets en cours de création ne se font pour l'instant que sur la base du volontariat des acteurs de soins primaires et secondaires, y compris les acteurs sociaux. Le médecin généraliste resterait le point central du dispositif et aurait un rôle de coordonnateur médical. Dans ce cadre, l'un des objectifs pourrait être de fluidifier les entrées et sorties d'hôpital notamment.

Toutefois, la mise en œuvre et le fonctionnement précis d'une CPTS ne sont pour l'instant pas clairement définis. Dans le texte de loi figure entre autres qu'en l'absence d'initiative des professionnels du secteur, l'ARS prendrait en charge ce type de projet.

CONCLUSION

Chaque modification d'un traitement au long cours peut engendrer un risque d'erreur médicamenteuse ou de iatrogénie. Les points de transition dans le parcours de soins des patients, comme lors de leur retour à domicile après une hospitalisation, recèlent par conséquent ce type de risque médical, et, parmi d'autres causes, du fait des modifications thérapeutiques proposées soit par le service hospitalier, soit par le médecin traitant après le retour d'hospitalisation.

Notre travail s'est intéressé aux éléments explicatifs des modifications apportées aux traitements proposés en sortie d'hospitalisation par le médecin traitant.

Dans ce but, une enquête qualitative a été réalisée auprès de 14 médecins généralistes Alsaciens, à partir d'entretiens semi-dirigés sur ce thème, se reposant sur une trame d'entretien préalable. Après anonymisation, le recueil des données a ensuite été analysé selon la méthode dite de théorisation ancrée.

Cette étude semble mettre en évidence plusieurs origines à ces modifications : Les modifications pour un bioéquivalent, l'adaptation au contexte de vie du patient, une réoptimisation thérapeutique, la correction d'erreur de transcription dans le traitement d'entrée, la crainte ou la survenue d'effets secondaires ou le manque d'information et d'explication sur le nouveau traitement à suivre.

Au-delà de ces faits de causalité, les entretiens avec les médecins traitants font émerger comme autre facteur étiologique prégnant une importante problématique de communication défailante entre les médecins de ville et les médecins hospitaliers. L'absence ou le retard de courrier de sortie sont ainsi pointés du doigt, ainsi que le manque d'organisation des retours à domicile.

Le développement de nouveaux outils de communication numérique et de systèmes d'informations partagées pourrait permettre d'améliorer cette distorsion de communication

entre médecine de ville et hôpital, et entre les différents professionnels de santé intervenant pour un patient.

Les patients, quant à eux, déplorent un manque d'information pendant leur hospitalisation.

Mais ils semblent avoir une entière confiance en leur médecin traitant, attendant fréquemment son aval pour acter les modifications thérapeutiques.

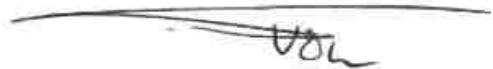
Au total, ce travail met en avant la dimension essentielle d'un échange d'informations optimal entre médecins traitants et médecins hospitaliers, mais aussi entre l'ensemble des différents acteurs de santé, pour parvenir à une fluidité harmonisée de la prise en charge des patients, garante d'une minimisation du risque iatrogénique, en particulier lors des sorties d'hospitalisation. Le développement actuel des moyens de communication, notamment numériques, ou la systématisation du principe de conciliation médicamenteuse impliquant l'ensemble des intervenants du parcours de soin des patients, pourraient faciliter cette amélioration communicationnelle souhaitée.

VU

Strasbourg, le ...17 10/2021

Le président du jury de thèse

Professeur Thomas VOGEL



VU et approuvé

Strasbourg, le ...01 SEP. 2021

Administrateur provisoire de la Faculté de
Médecin, Maternité et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILIA



ANNEXES

Annexe 1

Guide d'entretien

Caractéristiques du médecin : âge, sexe, temps d'installation, milieu d'exercice (rural / semi-rural / urbain), mode d'exercice (isolé / association), type d'exercice (libéral / salarié/mixte), accueil d'étudiant.

Guide entretien modifié entre 3eme et 4eme entretien sans compter entretien test Flora :

- Q 1 : Comment se passe en pratique un retour à domicile d'un patient et la suite de sa prise en charge après une hospitalisation ?
- Q 2 : Comment se passe en pratique la prescription d'une nouvelle ordonnance chez un patient récemment hospitalisé ?
- Q 3 : Comment ses modifications de traitement de fond sont-elles ressenties par les patients ? Et quel est son degré d'information ?
- Q 4 : Quelles sont les obstacles ou difficultés que vous rencontrez lors ou après l'hospitalisation d'un de vos patients ?
- Q 5 : Quels seraient vos besoins en tant que médecin traitant des patients récemment hospitalisés ou demandes vis-à-vis des médecins hospitaliers ?
- Q 6 : Quelles sont les raisons principales de modification d'ordonnance post hospitalière ?
- Q 7 : Quelles seraient vos suggestions afin de faciliter les échanges avec le monde hospitalier ? Moyens humains ? Moyens techniques ? par l'hôpital ou les libéraux ?

Annexe 2**EXEMPLE D'ENTRETIEN**

Question 1 :

Dr : Alors en fonction des services parfois on est prévenu, parfois on ne l'est pas. Ce qui est déjà assez compliqué quand on ne l'est pas. On va dire que la meilleure expérience c'est quand on est appelé et qu'on a une explication orale de ce qui a été fait et pourquoi, enfin dans les grandes lignes ; Et c'est vrai que ça, ça permet vraiment de comprendre la prise en charge, parce que ça permet d'échanger avec le médecin.

Et après, ben parfois le patient se retrouve chez, et on a un coup de fil 3 semaines après en disant « il n'a plus de médicament, et en fait il est rentré de l'hôpital tel ou tel jour ».

Moi je pense que plus il y a de dialogue avec le milieu hospitalier, plus c'est bénéfique pour le patient. Mais je pense que là où ça peut pêcher c'est que le dialogue.... On a souvent l'impression que les médecins appellent pour prendre des nouvelles, pour savoir comment ça va, quel a été le diagnostic etc... Mais par contre les hospitaliers, le retour n'est pas si fréquent que ça. Les hospitaliers ne se préoccupent pas toujours beaucoup des médecins généralistes.

Question 2 :

Dr : Moi j'aime bien attendre d'avoir le courrier de sortie d'hospitalisation pour comprendre justement les modifications. Très souvent on refait le point avec le patient, pour voir en pratique tout bêtement, ben ça c'est toujours là, ça c'est plus là. Moi j'essaie déjà de manière générale à remettre un peu en cause les prescriptions, même sortie d'hospitalisation, pour voir si tout est toujours indiqué. Alors souvent, les patients me racontent aussi.

Mais c'est vrai que moi j'aime bien reprendre médicament par médicament et voir si le dosage est le même, si la molécule est la même. Mais j'aime bien avoir l'explication qui va avec.

Alors desfois les patients ont déjà le courrier sommaire, provisoire, quand ils sortent. Ça arrive relativement fréquemment. Par contre après les courriers définitifs parfois on les attend très longtemps.

J'ai un patient qui a été hospitalisé en juillet, je n'ai toujours pas de courrier. Et je les ai déjà relancés. On m'a dit « oui alors c'est le changement d'interne, je vais demander au chef de le signer et vous l'envoyer », je n'ai toujours rien eu.

C'est balaud ! Quand tu fais un bilan de possible phéochromocytome et au final le monsieur me dit « ben je ne sais pas si j'ai quelque chose, moi on ne m'a rien dit, vous vous n'avez aucune nouvelle ».

Et t'appelles et on te dit... on début on m'a dit « ils n'ont peut-être pas tous les résultats ».

J'ai dit « mais ça fait un mois... », et alors « ben je vais les relancer », puis « il y a le changement d'interne ». Mais là j'arrête d'appeler. La dernière fois je me suis énervée et j'ai dit « je ne rappellerais plus mais par contre je veux l'avoir ce courrier ». T'as aucun retour, t'as aucun résultat, t'as rien, donc on s'en fou qu'il y ait été ou pas.

Surtout dans la conjoncture actuelle où tu galères à hospitaliser les gens en fait. Tu te dis, ben lui, on aurait pu mettre n'importe qui d'autre à la place, ça revenait au même. De façon ils n'ont pas l'air de s'en préoccuper.

Alors c'est pas toujours comme ça. Ça c'est l'exemple le plus compliqué que j'ai eu. En fait depuis que les HUS ont souscrit à l'envoi de courrier par mail, sur la messagerie sécurisée, ça marche vraiment bien.

Alors c'est sur qu'une hospitalisation de médecine interne ou de gériatrie c'est des courriers beaucoup plus longs qui prennent forcément plus de temps. Mais quand c'est de la consultation ou des hospitalisations comme en chirurgie par exemple, parfois en 24 heures on a le courrier définitif.

Question 3 :

Dr : Alors très souvent, les patients ont tellement confiance en leur médecin traitant que tout ce que fait l'hôpital c'est pas bien. Donc très souvent leur première réaction c'est de dire « ah mais docteur il faut remettre les médicaments parce que à l'hôpital ils m'ont tout changé ». Et moi je pars du principe que très souvent ils ont raison quand ils changent quelque chose. Et du coup souvent il faut expliquer aux gens, il faut dire « effectivement ils ont enlevé le traitement contre l'hypercholestérolémie mais vu votre âge ça se justifie ».

Après, le revers de la médaille par rapport à ça, c'est qu'en milieu hospitalier, ça ne reflète pas le vrai état clinique de base du patient. Notamment pour les diabétiques et les hypertendus. Ne serait-ce que pour l'alimentation, ça joue beaucoup. Moi j'avais un patient, dès que je l'envoyais à l'hôpital, dans le courrier on me disait « on a arrêté le Victoza parce qu'il a des glycémies normales », et il rentrait chez lui, il était à 3g parce qu'il mangeait n'importe quoi.

Et pour la tension c'est un peu pareil. A l'hôpital ils sont couchés, ils ne font rien, ils attendent, ils n'ont pas de stress, ils ont un vrai régime hyposodé, ils ne se déplacent quasiment pas... Donc effectivement ils ont une tension qui est souvent.... Ben oui mais dans la vraie vie c'est pas toujours comme ça.

Question 4 :

Dr : Donc il y avait cette difficulté-là, des changements de traitement quand c'est pas le vrai état de base mais faussé par le régime alimentaire, par les activités lors de l'hospitalisation. Pendant l'hospitalisation en général ça se passe bien. C'est vrai que tous les confrères que j'ai appelé pour avoir des nouvelles, souvent ça se passe très bien. Les internes c'est très variable, mais parce que voilà.... Les externes parfois quand ils appellent ils sont perdus quand on leur donne la liste des traitements (RIRE) mais on est tous passé par là donc ça ne me dérange pas du tout. Pendant l'hospitalisation en général ça se passe assez bien. La

seule chose qui moi parfois me manque c'est quand il n'y a pas le fin mot de l'histoire. Par exemple là j'ai une patiente qui a été hospitalisée pour une colite ischémique. Elle était en gériatrie, ils ont demandé l'avis aux digestifs de comment ils doivent traiter, elle a été anti-coagulée. Et en fait elle est sortie avec du Lovenox deux fois par jour, c'était conclusion ben colite ischémique, Lovenox deux fois par jour. Mais alors on ne sait pas combien de temps, on ne sait pas pourquoi ils n'ont pas mis un relais par Previscan. Enfin je n'aime quand il y a des questions qui restent un petit peu sans réponse. Alors peut-être que les médecins hospitaliers se disent qu'on peut trouver l'information aussi, mais c'est beaucoup plus simple de solliciter des confrères pour avoir des avis que quand on est en libéral. Parce que déjà les confrères libéraux spécialistes sont souvent surchargés de boulot, c'est difficile de les avoir directement en ligne parce que très souvent quand ils consultent on laisse un message à la secrétaire, on se loupe au téléphone quand ils nous rappellent.

Alors je pense que l'hospitalisation devrait, enfin.... Ce qui important dans l'hospitalisation, c'est de faire le point sur toutes les problématiques et pour que, en tant que généraliste, surtout quand c'est quelque chose qui sort de l'ordinaire, d'avoir une conduite à tenir claire. D'autant plus quand il y a déjà un avis qui est pris. Parce que on ne sait pas auprès de qui il a été pris, on ne peut pas relancer la même personne.

Donc ça serait pour l'après hospitalisation.

De manière générale moi je suis quand même très contente des hospitalisations parce que ça à un côté.... Comment dire.... Autant les patients sont très attachés au médecin généraliste, autant parfois comme ils le sont beaucoup, on a beaucoup de mal à leur faire accepter un changement. Et quand ça vient de l'hôpital, parfois notamment pour les somnifères, ils arrivent à mieux accepter et disent « à l'hôpital ils ont dit que c'était pas bon pour la mémoire de prendre des somnifères donc j'en prend plus ». J'ai un patient comme ça, depuis qu'il est passé à l'hôpital, il ne prend plus de Stilnox alors qu'il en prenait 2-3 par nuit. Donc tant mieux !

Question 5 :

Dr : C'est pas un problème de communication parce qu'on arrive à les joindre, à les avoir au téléphone. Peut-être une conduite à tenir plus claire quand c'est des trucs dont on n'a pas l'habitude en médecine générale. Bon globalement je suis assez contente. Ça m'est déjà arrivé d'appeler pour un patient qui sortait d'hospitalisation, ça s'était redégradé, on a pu le réhospitaliser rapidement. Ça je trouve ça bien, quand c'est des patients déjà connus, qui sont sortis il n'y a pas longtemps, d'éviter de repasser par les urgences.

Je pense que c'est ça qui est important, qu'ils s'inscrivent, même si c'est sur un laps de temps donné, dans la prise en charge du patient et donc c'est bien qu'on puisse les solliciter quand on a besoin d'eux. Que ce soit d'un point de vu traitement ou diagnostic mais aussi d'un point de vu pratique, quand le patient se redégrade et qu'il faut le réhospitaliser, que ce soit eux qu'on recontacte en priorité.

Ce que moi je regrette un petit peu, c'est qu'on n'a pas la possibilité d'avoir des avis très rapide. Enfin je ne sais pas... Si on pouvait créer une ligne téléphonique d'avis comme pour les infectiologues. Mais il faudrait presque par service créer un numéro d'avis, ou créer une adresse mail pour les avis, pour les choses qui ne sont pas très compliquées, où ils n'ont pas besoin d'avoir le patient en face d'eux. Ou même, je ne sais pas, pour la dermato, d'avoir une adresse mail où on peut envoyer des photos, et avoir un avis. Ce qui permettrait de temporiser, même les délais de consultations qui sont longs aussi. Et ça pourrait décharger partiellement peut-être les consultations aussi, parce que s'il y a des petites choses qu'on arrive à gérer comme ça sans que le patient ne soit vu physiquement c'est peut-être aussi....

Question 6 :

Dr : C'est rare qu'un médicament qui a été mis en plus, que je le modifie. Souvent ce qu'il se passe, c'est un médicament qu'ils ont arrêté et que je suis amenée à reprendre. Parce que comme dit, eux n'en voyaient pas l'utilité mais en pratique l'indication est là.

Très souvent, notamment chez les personnes âgées, il y a les prescriptions de compléments nutritionnels qui reviennent, et là aussi je pense qu'il faut réévaluer. Dans les deux sens, suspendre, garder ou adapter en prescrivant 1 fois par jour au lieu de 2.

Parce que c'est pas le même régime alimentaire, c'est pas les mêmes repas, à la maison de retraite ou à la maison c'est des repas dont le patient à l'habitude. Le domicile c'est un autre contexte que l'hospitalier donc il faut remettre les choses dans ce contexte-là.

Question 7 :

Dr : Moi j'aime beaucoup le mail parce que je trouve que ça ne met pas la pression aux gens pour répondre tout de suite. Le téléphone, l'inconvénient, c'est que souvent quand on appelle, on sent qu'on les embête, qu'ils courent déjà dans tous les sens et que le moment est mal choisi. Alors souvent ils disent qu'ils vont nous rappeler, parfois ils oublient et c'est humain.

Mais du coup ça serait bien d'avoir un mail par service, comme ça, ça permettrait d'avoir, libre à eux de s'organiser comme ils veulent de celui qui lit les mails, mais d'avoir une réponse sans urgence, parce que souvent il n'y en a pas. Et d'avoir un truc tracé aussi.

D'autant plus qu'actuellement les avis on peut même les coter. Tu peux coter et la facturation est double, le médecin qui demande l'avis a, je ne sais pas, je crois 5 euros, un truc comme ça, et le médecin qui donne l'avis touche des sous aussi. Moi je trouve ça très bien. Mais je pense que c'est pas utilisé du tout parce que ne serait-ce que d'un point de vue pratico pratique, il faudrait que tu fasses des feuilles de soins. Et les gens ont tellement l'habitude de demander des avis à droite à gauche, qu'ils ne pensent même pas à demander. Alors que ça se fait. Par exemple là où je bossais en SASPAS, ils s'entendaient très bien avec les dermatologues. Ils avaient le mail et il y a des jours où ils n'envoyaient rien du tout et des jours où ils envoyaient 3-4 photos juste en disant « il y a déjà eu ça, qu'est ce que je mets et est ce que tu veux le voir ou pas ». Et puis la réponse c'était toujours très clair.

Alors que là j'ai pas ce fonctionnement avec les dermatologues du coin, au final quand tu ne sais vraiment pas tu les adresses et au final c'était pas un truc compliqué. Ca fait toujours un quart d'heure économisé au spécialiste pour voir quelqu'un d'autre.

Bon les mails, moi je trouvais toujours ça dommage à l'hôpital qu'on n'envoie pas les courriers par mail, et ça devient le cas dans quasiment tous les services et quasiment tous les hôpitaux.

Moi : La téléexpertise vous pêtes la première à m'en parler.

Dr : Ah oui ? Moi ils m'en ont parlé quand je me suis installée. Mais je pense que les plus vieux ne savent pas. Tu as une réunion à la CPAM quand tu t'installes où il t'explique le portail AMELI, ils voient le portail avec toi et là ils disent « ah et il y a la téléexpertise ». Moi j'ai demandé si c'était déjà en place. Et « oui, oui, vous pouvez coter ».

BIBLIOGRAPHIE

1. DREES. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. Etudes et résultats N° 649 [Internet]. 2008 [cité 8 juin 2020]. Disponible sur:
<http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/12551/1/er649.pdf>
2. Bachimont J, Cogneau J, Letourmy A. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. *Sci Soc Sante*. 2006;Vol. 24(2):75-103.
3. HAS. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé. Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son parcours de soins [Internet]. 2018. [cité 15 décembre 2019] Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf
4. 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.
5. Coleman EA, Smith JD, Raha D, Min S. Posthospital medication discrepancies : prevalence and contributing factors. *Arch Intern Med*. 12 sept 2005;165(16):1842-7.
6. van Walraven C, Jennings A, Forster AJ. A meta-analysis of hospital 30-day avoidable readmission rates. *J Eval Clin Pract*. déc 2012;18(6):1211-8.
7. Beijer HJM, de Blaey CJ. Hospitalisations caused by adverse drug reactions (ADR): a meta-analysis of observational studies. *Pharm World Sci PWS*. avr 2002;24(2):46-54.
8. Dalleur O, Beeler PE, Schnipper JL, Donzé J. 30-Day Potentially Avoidable Readmissions Due to Adverse Drug Events. *J Patient Saf*. 17 mars 2017;
9. INSEE. Espérance de vie - Mortalité – Tableaux de l'économie française | Insee

[Internet]. 2019 [cité 4 févr 2020]. Disponible sur:

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676610?sommaire=3696937>

10. INSEE. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet].

2019 [cité 4 févr 2020]. Disponible sur:

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676587?sommaire=3696937>

11. INSEE. Projections à l'horizon 2070 [Internet]. 2016 [cité 4 févr 2020]. Disponible sur:

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2844302#titre-bloc-4>

12. Décret n° 2008-1440 du 22 décembre 2008 relatif aux conditions de suppression de la participation de l'assuré aux frais de soins. 2008-1440 déc 22, 2008.

13. Salisbury C, Johnson L, Purdy S, Valderas JM, Montgomery AA. Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. *Br J Gen Pract*. 1 janv 2011;61(582):e12-21.

14. IRDES. La polymédication : définitions, mesures et enjeux. *Revue de la littérature et tests de mesure*. déc 2014 [cité 8 juin 2020]; Disponible sur:

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/204-la-polymedication-definitions-mesures-et-enjeux.pdf>

15. Sehgal V, Bajwa SJS, Sehgal R, Bajaj A, Khaira U, Kresse V. Polypharmacy and Potentially Inappropriate Medication Use as the Precipitating Factor in Readmissions to the Hospital. *J Fam Med Prim Care*. 2013;2(2):194-9.

16. Jyrkkä J, Enlund H, Korhonen MJ, Sulkava R, Hartikainen S. Polypharmacy status as an indicator of mortality in an elderly population. *Drugs Aging*. 2009;26(12):1039-48.

17. Vogel T, Geny B, Kaltenbach G, Lang P-O. L'anticoagulation dans la fibrillation atriale du sujet âgé : point de vue du gériatre avec un focus sur les anticoagulants oraux directs.

Rev Médecine Interne. 1 janv 2015;36(1):22-30.

18. Legrain S. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé : Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance - HAS [Internet]. 2005. Disponible sur:

<https://www.has->

[sante.fr/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf)

19. Chassin MR. Quality of Care : Time to Act. JAMA. 25 déc 1991;266(24):3472-3.
20. Netgen. Surprescription des inhibiteurs de la pompe à protons [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 13 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-579/Surprescription-des-inhibiteurs-de-la-pompe-a-protons>
21. Borne E, Meyer N, Rybarczyck-Vigouret M-C, Blanchard O, Lombard M, Lang P-O, et al. Potential Statin Overuse in Older Patients: A Retrospective Cross-Sectional Study Using French Health Insurance Databases. *Drugs Aging*. 1 oct 2019;36(10):947-55.
22. Bénard-Larivière A, Pariente A. Usages et mésusages des benzodiazépines en population en France. *Presse Médicale*. 1 oct 2018;47(10):878-81.
23. Thilly N, Zannad F, Dufay E, Juillière Y, Briançon S. Elaboration de recommandations de pratique clinique : les inhibiteurs de l'enzyme de conversion dans l'insuffisance cardiaque. *Therapies*. 1 juill 2003;58(4):341-9.
24. Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé | Legifrance [Internet]. 2011 [cité 5 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2011/4/6/ETSH1109848A/jo>
25. ANSM - Ventes de médicaments en France : le rapport d'analyse de l'année 2012 - Communiqué - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 13 juin 2020]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Communiqués-Communiqués-Points-presse/Ventes-de-medicaments-en-France-le-rapport-d-analyse-de-l-annee-2012-Communiqué>
26. Auvray L, Sermet C. Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées. *Gerontol Soc*. 2002;25 / n° 103(4):13-27.
27. Lanièce I, Couturier P, Dramé M, Gavazzi G, Lehman S, Jolly D, et al. Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among French medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. *Age Ageing*. 1 juill 2008;37(4):416-22.
28. Revue PRESCRIRE : Diminuer les réhospitalisations des patients âgés

polymédiqués : une expérimentation prometteuse en Meurthe-et-Moselle. *Prescrire*. janv 2020;Tome 40(N° 435):57-61.

29. Dufay E, Schneider P. Le Parcours de soins MEDISIS Pour une valorisation à la qualité des parcours de soins ville -hôpital [Internet]. 2019. Disponible sur:
https://www.urpspharmaciensgrandest.fr/system/document_autres/fichiers/000/000/109/original/05_-_PS_-_Agora_12_09_2019_-_Parcours_de_soins_MEDISIS.pdf?1568379422
30. Les dépenses de santé en 2018 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2019 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 5 févr 2020]. Disponible sur:
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2018-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2019>
31. ANSM - Qu'est ce qu'une erreur médicamenteuse ? - Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 5 févr 2020]. Disponible sur:
[https://www.ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Erreurs-medicamenteuses/Qu-est-ce-qu-une-erreur-medicamenteuse/\(offset\)/0](https://www.ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Erreurs-medicamenteuses/Qu-est-ce-qu-une-erreur-medicamenteuse/(offset)/0)
32. Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opin Drug Saf*. janv 2014;13(1):57-65.
33. Cecile M, Seux V, Pauly V, Tassy S, Reynaud-Levy O, Dalco O, et al. Adverse drug events in hospitalized elderly patients in a geriatric medicine unit: study of prevalence and risk factors]. *Rev Med Interne*. mai 2009;30(5):393-400.
34. Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases: Implications for Pay for Performance. *JAMA*. 10 août 2005;294(6):716-24.
35. Kongkaew C, Hann M, Mandal J, Williams SD, Metcalfe D, Noyce PR, et al. Risk factors for hospital admissions associated with adverse drug events. *Pharmacotherapy*. août 2013;33(8):827-37.
36. Bates DW. Preventing medication errors : a summary. *Am J Health-Syst Pharm AJHP Off J Am Soc Health-Syst Pharm*. 15 juill 2007;64(14 Suppl 9):S3-9; quiz S24-26.

37. Andel C, Davidow SL, Hollander M, Moreno DA. The economics of health care quality and medical errors. *J Health Care Finance*. 2012;39(1):39-50.
38. Berthe A, Fronteau C, Le Fur É, Morin C, Huon J-F, Rouiller-Furic I, et al. Medication reconciliation: a tool to prevent adverse drug events in geriatrics medicine. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement*. mars 2017;15(1):19-24.
39. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
40. Quélenec B, Beretz L, Paya D, Blicklé JF, Gourieux B, Andrés E, et al. Potential clinical impact of medication discrepancies at hospital admission. *Eur J Intern Med*. sept 2013;24(6):530-5.
41. Michel B, Quelennec B, Andres E. Medication Reconciliation Practices and Potential Clinical Impact of Unintentional Discrepancies. *JAMA Intern Med*. 11 févr 2013;173(3):246-7.
42. Bordet R, Gautier S, Le Louet H, Dupuis B, Caron J. Analysis of the direct cost of adverse drug reactions in hospitalised patients. *Eur J Clin Pharmacol*. mars 2001;56(12):935-41.
43. Apretna E, Haramburu F, Taboulet F, Bégau B. Medical and socio-economical impact of drug-induced adverse reactions. *Presse Med*. 26 févr 2005;34(4):271-6.
44. Ankri J. Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé. *Gerontol Soc*. 2002;25 / n° 103(4):93-106.
45. Bénard-Larivière A, Miremont-Salamé G, Pérault-Pochat M-C, Noize P, Haramburu F, EMIR Study Group on behalf of the French network of pharmacovigilance centres. Incidence of hospital admissions due to adverse drug reactions in France : the EMIR study. *Fundam Clin Pharmacol*. févr 2015;29(1):106-11.
46. Lacoste-Roussillon C, Pouyanne P, Haramburu F, Miremont G, Bégau B. Incidence of serious adverse drug reactions in general practice : a prospective study. *Clin Pharmacol Ther*. juin 2001;69(6):458-62.
47. Etude ENEIS) Les événements indésirables graves dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité [cité 15 décembre 2019] [Internet]. 2009. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er761.pdf>

48. Michel P, Brami J, Chanelière M, Kret M, Mosnier A, Dupie I, et al. Patient safety incidents are common in primary care : A national prospective active incident reporting survey. *PloS One*. 2017;12(2):e0165455.
49. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
50. ARS nationale - L'organisation des parcours de soins, de santé, de vie [Internet]. [cité 6 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/lorganisation-des-parcours-de-soins-de-sante-de-vie-0>
51. Wong JD, Bajcar JM, Wong GG, Alibhai SMH, Huh J-H, Cesta A, et al. Medication reconciliation at hospital discharge : evaluating discrepancies. *Ann Pharmacother*. oct 2008;42(10):1373-9.
52. Takeda-Raguin C. Devenir des prescriptions en médecine générale après une hospitalisation: à propos d'une étude sur les prescriptions de sortie du SSRG du Pôle de gériatrie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg à quatre mois d'une hospitalisation [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg (2009-....). Faculté de médecine; 2015.
53. Aubin-Augier I, Mercier A, Baumann L. Introduction à la recherche qualitative. *Exerc Rev Fr Médecine Générale*. 2008;19(84):142-5.
54. Barney G. Glaser. *The discovery of grounded theory ; strategies for qualitative research*. Aldine. 1967.
55. WMA - The World Medical Association-Déclaration d'Helsinki de L'AMM – Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains [Internet]. [cité 5 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-dhelsinki-de-lamm-principes-ethiques-applicables-a-la-recherche-medicale-impliquant-des-etres-humains/>
56. Bloor M, Wood F. *Keywords in Qualitative Methods* [Internet]. 1 Oliver's Yard, 55 City Road, London England EC1Y 1SP United Kingdom: SAGE Publications Ltd; 2006 [cité 9 août 2020]. Disponible sur: <http://methods.sagepub.com/book/keywords-in-qualitative-methods>

57. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cah Rech Sociol.* 1994;(23):147-81.
58. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative Science-like criteria in qualitative research [Internet]. 2004 [cité 5 déc 2019]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/50498207-Les-criteres-de-scientificite-en-recherche-qualitative-science-like-criteria-in-qualitative-research.html>
59. Sebai J, Yatim F. Approche centrée sur le patient et nouvelle gestion publique : confluence et paradoxe. *Sante Publique (Bucur).* 7 nov 2018;Vol. 30(4):517-26.
60. Djulbegovic B, Guyatt GH. Progress in evidence-based medicine: a quarter century on. *Lancet Lond Engl.* 22 juill 2017;390(10092):415-23.
61. Druais PL. Rapport «La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé » [Internet]. 2015. Disponible sur: http://www.apima.org/img_bronner/Rapport_Druais_20150306.pdf
62. Fantino B, Wainsten J-P, Bungener M, Joublin H, Brun-Strang C. Représentations par les médecins généralistes du rôle de l'entourage accompagnant le patient. *Sante Publique (Bucur).* 2007;Vol. 19(3):241-52.
63. Miclot B, Basso Boccabella R, Hermitte-Gandolière A, Rondelot G. Substitution médicamenteuse – Enquête sur les pratiques en pharmacie hospitalière. *Pharm Hosp Clin.* 1 mars 2020;55(1):30-41.
64. Alix L, Dumay M, Cador-Rousseau B, Gilardi H, Hue B, Somme D, et al. Use of a medical discharge sheet for medication reconciliation in an internal medicine department : Assessment of general practitioners' opinion. *Rev Med Interne.* juin 2018;39(6):393-9.
65. 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.
66. Ong SW, Fernandes OA, Cesta A, Bajcar JM. Drug-related problems on hospital admission: relationship to medication information transfer. *Ann Pharmacother.* mars 2006;40(3):408-13.
67. Rhalimi M, Dufay E, Couriat S. La REMED ou Revue des erreurs liées aux

médicaments et aux dispositifs associés : une méthode d'amélioration de la qualité des soins. *Pharmactuel* [Internet]. 2010 [cité 10 mai 2020];43(2). Disponible sur:

<https://pharmactuel.com/index.php/pharmactuel/article/view/763>

68. HAS. Manuel de certification des établissements de santé V2010 [Internet]. 2014. [cité 8 juin 2020] Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf

69. Code de la santé publique - Article L6113-3. Code de la santé publique.

70. Maire JN. Impact de l'hospitalisation sur la polymédication des personnes âgées et évaluation à six mois après la sortie auprès des médecins généralistes: cas particulier des inhibiteurs de la pompe à protons. :90.

71. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison | Legifrance [Internet]. [cité 10 mai 2020]. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/20/2016-995/jo/texte>

72. MS Santé - Mailiz [Internet]. [cité 10 mai 2020]. Disponible sur:

<https://mailiz.mssante.fr/>

73. CNGE - Présentation du D.E.S [Internet]. [cité 11 janv 2021]. Disponible sur:

https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/

74. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. 70-1318 déc 31, 1970.

75. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

76. Beffara S. Quels sont les moyens de communication mis en oeuvre entre les médecins libéraux et hospitaliers lors d'une admission programmée et quel en est le contenu ? [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2016.

77. Cossec CL, Giacomelli M, Chambine S de. Coopération des équipes hospitalières avec les médecins et paramédicaux de ville. *Sante Publique* (Bucur). 7 août 2018;Vol. 30(2):213-24.

78. Pérennes M, Carde A, Nicolas X, Dolz M, Bihannic R, Grimont P, et al. Medication reconciliation: an innovative experience in an internal medicine unit to decrease errors due to inaccurate medication histories. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. mars 2012;41(3 Pt 1):e77-86.
79. Legrain S, Tubach F, Bonnet-Zamponi D, Lemaire A, Aquino J-P, Paillaud E, et al. A new multimodal geriatric discharge-planning intervention to prevent emergency visits and rehospitalizations of older adults: the optimization of medication in AGEd multicenter randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. nov 2011;59(11):2017-28.
80. Morisset C. Emploi du temps et organisation des tâches professionnelles des médecins généralistes libéraux: enquête auprès de 262 médecins généralistes libéraux dans 13 départements de France métropolitaine [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2017.
81. Estry-Béhar M, Leimdorfer F, Picot G. Comment des médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail. *Rev Francaise Aff Soc*. 2010;(4):27-52.
82. Maes A-C. Analyse croisée des besoins éducatifs des patients diabétiques de type 2 hospitalisés du point de vue des patients et des soignants: perspectives pour le développement d'une démarche éducative pendant le temps d'hospitalisation [Mémoire de DES]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2013.
83. HAS - Initiative des HIGH 5s - Medication Reconciliation : Rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français [Internet]. 2015 [cité 8 juin 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-11/rapport_dexpermentation_sur_la_mise_en_oeuvre_conciliation_des_traitements_medicamenteux_par_9_es.pdf
84. Hamard M. État des lieux de l'utilisation du dossier médical partagé par les médecins généralistes de la Somme [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2019.
85. Assurance Maladie - DMP : Dossier Médical Partagé [Internet]. [cité 10 mai 2020].

Disponible sur: <https://www.dmp.fr/>

86. Code de la sécurité sociale - Article L161-36-1. Code de la sécurité sociale.
87. El Matouat A. Utilisation du dossier médical partagé par les médecins généralistes installés en région Bretagne [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2018.
88. Pulsy Store - Sicodom [Internet]. [cité 10 mai 2020]. Disponible sur: <https://store.pulsy.fr/services/sicodom/>
89. Pulsy Store - E-mage [Internet]. [cité 10 mai 2020]. Disponible sur: <https://store.pulsy.fr/services/e-mage-2/>
90. Jenneve A, Lorenzo-Villalba N, Courdier G, Talha S, Séverac F, Zulfiqar A-A, et al. Benefit of Ambulatory Management of Patients with Chronic Heart Failure by Protocolized Follow-Up Therapeutic Education and Remote Monitoring Solution: An Original Study in 159 Patients. *J Clin Med*. 25 sept 2020;9(10).
91. Flocard M. Prise en charge par téléconsultation des patients diabétiques dans le contexte de l'épidémie de COVID-19: étude observationnelle prospective [Thèse d'exercice]. [2009-...., France]: Université de Strasbourg; 2020.
92. Bouin J. Identification des difficultés et des besoins des médecins généralistes du Pays de Rennes en matière de coordination de parcours de soins complexes [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2017.
93. World Health Organization. The High 5s Project Interim Report [Internet]. 2013. Disponible sur: https://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/High5_InterimReport.pdf?ua=1
94. Leotsakos A, Zheng H, Croteau R, Loeb JM, Sherman H, Hoffman C, et al. Standardization in patient safety: the WHO High 5s project. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. avr 2014;26(2):109-16.
95. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Note d'information DGOS/PF2 N°2015/65 relative aux résultats de l'enquête nationale sur le déploiement de la conciliation médicamenteuse dans les établissements de santé [Internet].

2015 [cité 8 juin 2020]. Disponible sur: http://www.omedicentre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/4222/4230.PDF

96. Pourrat X, Roux C, Bouzige B, Garnier V, Develay A, Allenet B, et al. Impact of drug reconciliation at discharge and communication between hospital and community pharmacists on drug-related problems: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 30 juin 2014;15:260.

97. Cornu P, Steurbaut S, Leysen T, De Baere E, Ligneel C, Mets T, et al. Effect of medication reconciliation at hospital admission on medication discrepancies during hospitalization and at discharge for geriatric patients. *Ann Pharmacother*. avr 2012;46(4):484-94.

98. Society of Hospital Medicine - MARQUIS Investigators. MARQUIS Implementation Manual. A guide for medication reconciliation quality improvement [Internet]. 2014 [cité 8 juin 2020]. Disponible sur: http://tools.hospitalmedicine.org/resource_rooms/imp_guides/MARQUIS/MARQUIS-Guide-2014-Final.pdf

99. Salanitro AH, Kripalani S, Resnic J, Mueller SK, Wetterneck TB, Haynes KT, et al. Rationale and design of the Multicenter Medication Reconciliation Quality Improvement Study (MARQUIS). *BMC Health Serv Res*. 25 juin 2013;13:230.

100. Schnipper JL, Mixon A, Stein J, Wetterneck TB, Kaboli PJ, Mueller S, et al. Effects of a multifaceted medication reconciliation quality improvement intervention on patient safety: final results of the MARQUIS study. *BMJ Qual Saf*. 1 déc 2018;27(12):954-64.

101. Jack BW, Chetty VK, Anthony D, Greenwald JL, Sanchez GM, Johnson AE, et al. A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 3 févr 2009;150(3):178-87.

102. Loussouarn C, Franc C, Videau Y, Mousquès J. Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière Asalée sur l'activité des médecins. *Rev Econ Polit*. 4 oct 2019;Vol. 129(4):489-524.

103. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé -

Article 65. 2016-41 janv 26, 2016.



DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : MEYER Prénom : DÉBORAH

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*J'atteste sur l'honneur avoir connaissance
des suites disciplinaires ou pénales
que j'encours en cas de déclaration
erronée ou incomplète*

Signature originale :

A Haguenau le 11/08/2021

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RESUME :

Introduction Le retour à domicile après hospitalisation représente une situation à risque iatrogène élevé. Environ 23% des réhospitalisations dans les 30 jours suivant le retour à domicile semblent évitables et en lien avec un tel problème iatrogénique. L'objectif principal de ce travail est d'identifier les différentes raisons de modifications d'ordonnance faites par les médecins généralistes après l'hospitalisation de leurs patients.

Matériel et méthode Il s'agit d'une étude qualitative menée à partir de quatorze entretiens individuels semi dirigés auprès de médecins généralistes bas-rhinois. L'analyse des données a été faite selon le principe de la théorisation ancrée.

Résultats et discussion Le retour à domicile d'un patient constitue un point de faiblesse dans le parcours de soins. Les médecins généralistes interrogés ont identifié plusieurs causes aux modifications des traitements prescrits après une hospitalisation. Le principal écueil semble être une difficulté de transmission d'informations entre médecins hospitaliers et médecins de ville.

Conclusion Pour être garant de la minimisation du risque iatrogène après les retours d'hospitalisation, une harmonisation et une optimisation de la prise en charge coordonnée semblent souhaitables. Pour cela, la dimension essentielle d'un échange d'informations entre médecins hospitaliers et médecins traitants apparaît avec force. Le développement des moyens de communication, en particulier numériques, peut faciliter l'amélioration des échanges entre soignants. Mais cela ne sera possible qu'avec une volonté de tous les acteurs et un renforcement du lien ville hôpital dans le but d'une meilleure coordination et d'une amélioration de la qualité des soins.

Rubrique de classement : Médecine Générale

Mots clefs : Iatrogénie, communication, retour d'hospitalisation, lien ville hôpital, coordination de soins

Président : Professeur Thomas VOGEL
Directeur : Docteur Jean-Luc GRIES
Assesseurs : Professeur Laurent MONASSIER
Professeur Jean-Christophe WEBER

Adresse de l'auteur : 1 rue de Morschwiller, 67500 Haguenau