

2017-2018

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

Ordonnances de sortie d'hospitalisation: ressenti du patient âgé concernant les modifications

Gadelle Virginie

Née le 17/08/1987

Sous la direction du Dr Connan Laurent

Membres du jury

Monsieur le Professeur CAILLIEZ Eric	Président
Monsieur le Professeur CONNAN Laurent	Directeur
Monsieur le Professeur LAGARCE Frédéric	Membre
Monsieur le Dr GUINEBERTEAU Clément	Membre
Monsieur le Dr DUVAL Guillaume	Membre

Soutenue publiquement le:
02/11/2017



UFR SANTÉ

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Gadelle Virginie
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **02/11/2017**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérard	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophtalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

TANGUY-SCHMIDT Aline
TRICAUD Anne
TURCANT Alain

Hématologie ; transfusion
Biologie cellulaire
Pharmacologie

Médecine
Pharmacie
Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane
AUTRET Erwan
BRUNOIS-DEBU Isabelle
CAVAILLON Pascal
CHIKH Yamina
FISBACH Martine
LAFFILHE Jean-Louis
LETERTRE Elisabeth
O'SULLIVAN Kayleigh

Informatique
Anglais
Anglais
Pharmacie Industrielle
Économie-Gestion
Anglais
Officine
Coordination ingénierie de formation
Anglais

Médecine
Médecine
Pharmacie
Pharmacie
Médecine
Médecine
Pharmacie
Médecine
Médecine

REMERCIEMENTS

A monsieur Le Professeur Laurent CONNAN,

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse et d'y avoir apporté les commentaires à la lumière de votre savoir et de votre expérience.

Merci de votre accompagnement tout au long de ce travail

A monsieur le Professeur Éric CAILLIEZ,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse.

Merci de votre enseignement lors des cours et ateliers de DES de médecine générale.

A monsieur le Professeur Frédéric LAGARCE,

Merci d'avoir accepté de juger ce travail de thèse et de l'intérêt que vous portez au sujet choisi. Soyez assuré de mon respect sincère.

A monsieur le docteur Clément GUINEBERTEAU,

Merci pour l'aide apporté à ce travail et d'avoir accepté avec enthousiasme de faire partie de mon jury. Soyez assuré de ma reconnaissance.

A monsieur le docteur Guillaume DUVAL,

Merci d'avoir accepté d'assister à ma soutenance de thèse et d'être dans mon jury. Votre regard en tant que gériatre est par ailleurs primordial à ce travail.

Aux médecins (Dr Annweiler, Dr Paré, Dr Pichot-Duclos, Dr Bonnefoi de Boisjolly, Dr Warot, Dr Vasseur, dr Andreu) que j'ai sollicités et **aux patients** qui ont accepté de participer aux entretiens, ce travail n'aurait pas lieu sans leurs aides.

Aux médecins et internes qui m'ont suivi le long de ma formation. Vous m'avez sensibilisé à la problématique des ordonnances chez les personnes âgées et inspiré pour ce sujet.

A mes parents,

Merci de votre soutien et vos encouragements tout au long de ce travail, et pour toutes les corrections que vous avez pu y apporter.

A ma sœur, Pascale, et **mes 2 frères** Alexis et Sébastien, merci pour vos encouragements et votre accompagnement.

A ma grand-mère, à qui je vais enfin pouvoir répondre que ma thèse est enfin terminée, et à la mémoire de mes 3 autres grands parents qui auraient été fier de moi également.

A Florent, et à son père

Merci pour les multiples relectures et pour m'avoir encouragé et poussé à terminer cette étude. Merci d'être là à mes côtés et me permettre d'avancer.

A mes amis et ma cousine, qui ont participés de près ou de loin à cette thèse. Votre avis compte évidemment toujours pour moi.

Liste des abréviations

[illegible]

Plan

LISTE DES ABRÉVIATIONS

INTRODUCTION

MATERIELS ET MÉTHODES

RÉSULTATS

Caractéristiques de la population étudiée

Le vécu des modifications

Des patients confiants

Des patients compliants

Une compliance liée à l'hospitalisation

Découverte de l'ordonnance de sortie et ressentis

La découverte

De nombreuses modifications

Avis selon les discordances et impact sur le suivi

Satisfaction du patient face à sa nouvelle ordonnance

Evaluation de la satisfaction

Facteurs influençant la satisfaction

Pistes d'améliorations

Les améliorations concernant le déroulement des modifications

Les améliorations concernant les modifications effectuées

Les améliorations concernant l'ordonnance de sortie

DISCUSSION

Les modifications ne sont pas toujours source de difficultés

Facteurs influençant le ressenti du patient face aux modifications

Les solutions identifiées par le patient pour effectuer les modifications au mieux

Comparaison aux données de la littérature existante

Impact des modifications sur la satisfaction, l'adhésion et la continuité des soins

Formulation de nouvelles hypothèses de recherche

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

ANNEXES

INTRODUCTION

En France, alors que la population de personnes âgées augmente régulièrement avec l'augmentation de l'espérance de vie [1], ce vieillissement entraîne depuis plusieurs années la multiplication des patients polypathologiques ainsi qu'une polymédication [2] [3].

Si cette dernière est une chance pour le sujet malade, elle augmente néanmoins le risque iatrogénique, puisqu'il existe une association significative entre polymédication et survenue d'effets indésirables [4].

Dans ce contexte, l'optimisation des stratégies thérapeutiques médicamenteuses chez la personne âgée est un élément clé de réflexion de la médecine actuelle. Du fait des coûts engendrés par la poly prescription, « mieux prescrire » constitue également l'un des enjeux majeur de santé publique.

La haute autorité de santé (HAS) et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) s'y intéressent donc de très près depuis une dizaine d'années. A ce titre, plusieurs guides et recommandations à destination des médecins sont parus afin de les aider dans leurs prises en charge.

Le médecin généraliste est l'une des cibles privilégiées de ces recommandations. Avec 85% des prescriptions des plus de 80 ans qui lui sont imputables [5], celui-ci a une place centrale en termes d'optimisation des ordonnances chez les patients âgés.

Pourtant l'application de ces recommandations n'est pas si aisée en ville. Le rôle central du médecin généraliste dans le parcours de soins l'oblige à effectuer une multitude de tâches et de ce fait les référentiels proposés sont souvent inexploités par manque de temps [6].

De plus, si le manque de temps est souvent pointé du doigt, la multiplication des maladies chroniques chez un même patient, le manque de formation des médecins, la non-observance, la multiplicité des prescripteurs ou encore les réticences du patient ou sa famille compliquent encore d'avantage la tâche des médecins. Interrogés sur les difficultés liées à la de-prescription en ville, les médecins généralistes estiment d'ailleurs que c'est le patient lui-même qui est responsable à 49,3% des causes d'échec de celle-ci [7].

Partant de ces constats, le médecin généraliste, censé veiller à la cohérence de ces prescriptions, a alors parfois bien du mal à jouer son rôle de chef d'orchestre.

S'il n'est donc pas toujours facile d'optimiser l'ordonnance d'un patient âgé pour le médecin généraliste, qu'en est-il en milieu hospitalier?

Les modifications thérapeutiques sont courantes lors d'une hospitalisation, qu'il s'agisse d'ajout d'un médicament, de dé-prescription ou encore de modification de nom ou dosage d'un traitement: elles concernent en moyenne les prescriptions de 2 patients sur 3 [8] et permettent une diminution significative du nombre de médicaments prescrits [9].

L'impact de ces modifications reste très peu évalué en France, qu'il s'agisse du devenir des prescriptions hospitalières au long terme, de l'avis des médecins traitants sur les modifications thérapeutiques, ou de l'avis du patient sur les changements réalisés. Ces éléments paraissent pourtant déterminants pour la continuité des soins.

Dans ce contexte, notre étude a voulu redonner sa place centrale aux patients âgés et recueillir leurs ressentis quant aux modifications de leur ordonnance. Nous nous sommes attachés à préciser le vécu de cette modification dans cette situation particulière, à en comprendre les éventuelles difficultés qui en découlent et avons cherché à apprécier le degré d'adhésion aux modifications effectuées.

MATERIELS ET MÉTHODES

L'objectif de l'étude étant de recueillir l'avis des patients concernant leur ordonnance de sortie d'hospitalisation, la réalisation d'une étude qualitative a été choisie.

Méthode de recrutement

Le recrutement s'est porté sur une population âgée de plus de 75 ans ayant été hospitalisée dans le mois précédent l'entretien réalisé. Afin de rendre les résultats les plus pertinents possibles, les patients présentant des troubles cognitifs ont été exclus, sans critère de MMSE prédéfinis, afin que le patient interrogé puisse comprendre et répondre aux questions sans difficulté.

Les patients inclus ont été proposés par leur médecin généraliste en sortie d'hospitalisation, ou proposés et recrutés directement lors de l'hospitalisation, lorsque la sortie prochaine de ceux-ci était envisagée.

L'échantillonnage des patients a été effectué en variation maximale selon les critères suivants: l'âge, le sexe, le mode de vie (seul ou en couple), la gestion du traitement habituel, le nombre de médicaments, la durée d'hospitalisation, ainsi que la durée écoulée entre la sortie de l'hôpital et l'entretien.

Le recrutement s'est arrêté une fois arrivé à saturation des données, c'est-à-dire lorsqu'aucune nouvelle donnée n'émerge des analyses [10].

Recueil des données

Les données ont été collectées grâce à des entretiens individuels, de type semi-directif. Ceux-ci s'appuyaient sur un guide d'entretien (cf. annexes 5 et 6), élaboré grâce aux données de la littérature et des hypothèses sous-jacentes, permettant l'élaboration d'un fil conducteur lors de la discussion avec le patient.

L'entretien comprenait 4 parties: La première partie s'intéressait au profil du patient (mode de vie, gestion du traitement), permettant une description de l'échantillon; la deuxième partie, quant à elle, était relative au vécu même de l'hospitalisation; la troisième partie explorait l'avis des patients sur les modifications réalisées, les difficultés éventuelles en découlant, le degré de satisfaction et ou encore le degré d'adhésion au patient face à cette nouvelle ordonnance; enfin, la dernière partie cherchait à définir des pistes d'améliorations afin que les modifications d'ordonnance soient réalisées au mieux pour le patient.

Au total, le guide s'articule autour de 10 questions, avec pour chacune des questions de relances si certaines des données nécessitent plus de précisions.

Ce guide d'entretien a reçu l'accord du comité d'éthique du CHU d'Angers (cf. Annexe 3).

Guide d'entretien

- 1/ Avant de parler de vos médicaments, pouvez-vous vous présenter et m'en dire un peu plus sur vous?
- 2/ Vous avez été hospitalisé dans le mois précédent cet entretien, pouvez-vous me préciser pour quel motif et la durée de l'hospitalisation?
- 3/ Nous allons maintenant parler de vos médicaments d'une façon générale. Expliquez-moi ce qu'ils représentent pour vous et comment vous les gérez au quotidien?
- 4/ Que pensez-vous du fait, qu'en hospitalisation, vous ne puissiez pas gérer vos médicaments?
- 5/ A l'issue de votre hospitalisation, votre ordonnance de médicaments a été changée, racontez-moi comment s'est passée cette modification?
- 6/ Voyons maintenant l'ordonnance qui vous a été remise en fin d'hospitalisation: qu'en pensez-vous?
- 7/ Avez-vous l'impression d'être mieux ou moins bien pris en charge à l'issue de cette hospitalisation?
- 8/ Que changeriez-vous si vous en aviez le choix sur cette ordonnance?
- 9/ A votre avis, que va penser votre médecin traitant de cette nouvelle ordonnance?
- 10/ Comment pourrait-on à votre avis améliorer notre façon de faire pour que les modifications d'ordonnance soient réalisées au mieux?

Les entretiens ont été menés par un interviewer unique. Le début de l'entretien, avant l'enregistrement sur dictaphone, consistait à expliquer précisément l'étude, à donner une information sur les droits des participants et à recueillir leur consentement. Les entretiens duraient de 30 minutes à 50 minutes et ont été conduits d'août 2016 à fin janvier 2017, au domicile des patients. A l'issue de ceux-ci, la lecture de la retranscription était systématiquement proposée aux participants.

Analyse des données

Les entretiens ont ensuite été retranscrits au fur et à mesure, intégralement, sous fichier word à partir de l'enregistrement audio, puis rendus anonymes sous la forme de «Verbatim 1 (V1), Verbatim 2 (V2)...».

L'analyse des verbatims s'est faite de façon manuelle, selon la méthode de théorisation ancrée. Cette méthode, développée par Glaser et Strauss consiste à lire chaque verbatim et à identifier des thèmes et des catégories à partir des phrases ou des comportements. Le texte est donc codé phrase par phrase puis réorganisé en catégories puis thèmes principaux [11].

Enfin, les différents thèmes et catégories ont été réorganisés sous la forme d'une carte visuelle pour plus de clarté (cf. Annexe 4).

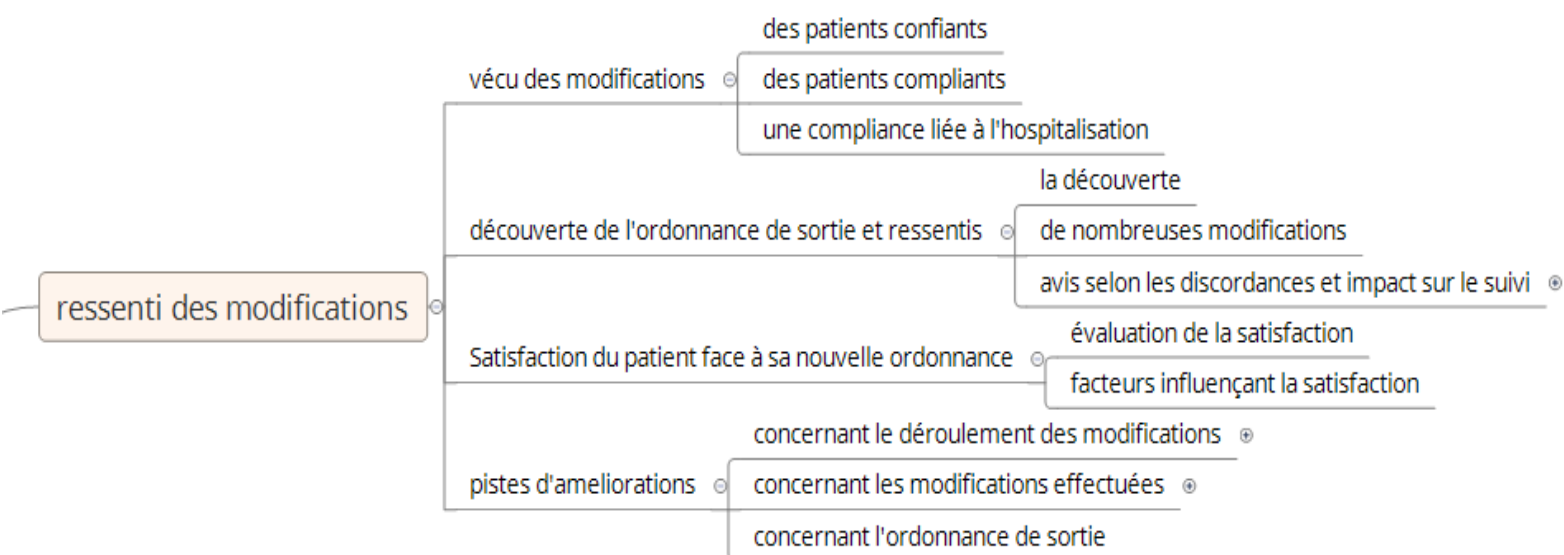


Figure I: carte visuelle simplifiée

RÉSULTATS

Caractéristiques de la population étudiée

Douze patients ont été recrutés. La majorité de la population étudiée était féminine, avec 66,6% de femmes pour 33,3% d'hommes, pour une moyenne d'âge de 86,4 ans. A l'exception d'une patiente, tous géraient seuls leurs médicaments, qu'ils vivent seuls ou en couple, et avaient un minimum de 4 médicaments sur leur ordonnance initiale. Le nombre moyen de médicaments était de 6,9, ce qui peut correspondre à une moyenne haute comparativement aux données de la littérature, qui estimait, en l'an 2000, en moyenne, la consommation journalière à 4 médicaments pour les 75-84 ans et 4,6 pour les 85 ans et plus [12].

Tableau I : profils des patients

Patient	âge	sexe	MDV	gestion du traitement	nombres de médicaments
patient 1	82	femme	seul	seul	9
patient 2	84	femme	colocation	IDE	8
patient 3	95	homme	seul	seul	4
patient 4	88	homme	en couple	seul	4
patient 5	88	femme	seul	seul	8
patient 6	81	femme	seul	seul	7
patient 7	83	femme	seul	seul	5
patient 8	92	homme	en couple	seul	11
patient 9	83	femme	seul	seul + pilulier	5
patient 10	87	femme	en couple	seul	4
patient 11	91	femme	seul	seul + pilulier	8
patient 12	83	homme	en couple	seul	10

Sur les douze patients recrutés, neuf patients ont été proposés par des médecins hospitaliers (4 via les soins de suites, 5 via le court séjour gériatrique), et trois sont issus d'un recrutement ambulatoire (2 via des médecins généralistes ainsi qu'un recrutement via un kinésithérapeute). La majorité des patients ont été hospitalisés moins d'une semaine, la durée minimale d'hospitalisation étant de deux jours contre une hospitalisation de 8 semaines pour le plus long des séjours.

Enfin, la majorité des entretiens ont été réalisés dans la semaine suivant la sortie d'hospitalisation des patients.

Patient	lieu de recrutement	motif d'hospitalisation	durée d'hospitalisation	date de l'entretien
patient 1	médecin traitant	AIT	7 jours	j+1 mois
patient 2	gériatrie court séjour	malaises	3 semaines	j+11 jours
patient 3	kinésithérapeute	chute	2 jours	j+6 jours
patient 4	gériatrie court séjour	poussée hypertensive	3 jours	j+6 jours
patient 5	SSR	chute + fracture	4 semaines	j+2 jours
patient 6	SSR	opération de l'épaule	8 semaines	j+2 jours
patient 7	gériatrie court séjour	anémie	5 jours	j+8 jours
patient 8	gériatrie court séjour	anémie	2 semaines	j+4 jours
patient 9	gériatrie court séjour	lombalgies	6 jours	j+9 jours
patient 10	SSR	chute + fracture	5 semaines	j+6 jours
patient 11	SSR	pneumopathie	5 semaines	j+5 jours
patient 12	médecin traitant	revascularisation	9 jours	j+1 mois

Tableau II : suite des profils des patients

Données recueillies

Le vécu des modifications

Bien que la gestion des traitements repose sur les médecins et infirmières en milieu hospitalier, et que le patient ne peut gérer lui-même ses médicaments, les modifications thérapeutiques effectuées ne leur échappent pas pour autant: habitués à leurs médicaments, à leur forme, couleur, ou nombre, ceux-ci peuvent d'emblée reconnaître si leur ordonnance a été modifiée ou non.

Des patients confiants

Face à cette situation particulière, les patients se montrent pourtant compréhensifs: *«Je trouve que c'est normal à l'hôpital, on n'apporte pas ses médicaments, donc c'est normal de ne pas les gérer»* (V1) et plutôt confiants face aux modifications réalisées *«J'ai un très bon entourage de docteurs, d'infirmières, aussi bien le cardiologue, donc je fais confiance. Tout ce qu'on m'a recommandé de faire, je le fais du mieux possible»* (V2) / *«tout ce qui est prescrit par le docteur je le prends et puis c'est tout.»*(V8)

Des patients compliants

Bien que s'en remettant au corps hospitalier, ces modifications n'ont pas été sans susciter quelques interrogations: *«on ne m'a rien expliqué du tout. J'ai même été étonné parce que je disais « tiens vous me donnez un remède supplémentaire ? »*(V12) / *«Je ne savais même pas ce qu'on me donnait. C'est bizarre quoi !»*(V10), voir un certain mécontentement chez 2 des patients interrogés *«j'ai l'impression qu'ils s'en foutent*

tout simplement... bon ils sont pas expliqués.... Remarquez... non ce n'est pas heureux. Faut qu'on soit satisfait ... Est-ce que vous voyez ce que je veux dire? C'est l'usine !»(V3) / « Ils ne vous donnent pas les mêmes médicaments et on ne sait même pas ce qu'on avale. Et ça je n'admets pas ça. Je veux savoir ce que je prends»(V5).

Si ces 2 cas sont isolés, les modifications thérapeutiques lors de l'hospitalisation sont surtout vécues avec énormément de compliance de la part des patients.

Le terme de compliance est né dans le champ médical anglo-saxon en 1975 et désigne le comportement du patient qui consiste à suivre parfaitement les recommandations médicales, sans tenir compte du degré réel d'adhésion du patient [13].

Ce dernier point est particulièrement exprimé lorsque l'on aborde avec les patients le déroulement de l'hospitalisation et des modifications. Si les patients acceptent le fait de ne pas pouvoir gérer leur traitement et font confiance au corps hospitalier pour les soigner, les formulations des phrases et les intonations qu'ils emploient expriment elles un certain regret sur la façon dont sont faites les choses:

- *«J'ai vu beaucoup de monde, je sais qu'on m'apportait des médicaments je les prenais quand on me les apportait puis c'était tout, c'était jamais les mêmes»(V1)*

- *«ils vous amènent un petit gobelet avec un petit ramipril, avec d'autres comprimés on ne sait pas ce que c'est. A la place du paracétamol il vous colle un autre nom» (V3)*

- *«je ne sais pas le pourquoi, on m'a pas dit « on va vous changer les médicaments », on m'a dit «vous prenez les médicaments. Point-virgule quoi.» (V4)*

- *«on vous donne ça d'office dans un petit récipient, alors tantôt c'était rouge tantôt d'une autre couleur alors on n'était pas au courant de ce qu'on prenait. Je ne savais pas ce que j'avalais. Alors on est comme des enfants on mange ce qu'on nous donne...» (V5)*

- *«on m'apportait les remèdes et puis c'était bon « vous allez prendre ça vous allez prendre ça» (V7)*

- *«C'est eux qui font la loi, et puis c'est tout. C'est les infirmières qui nous apportent les médicaments. Donc elles en ont changé, certainement.»(V11)*

- *«quelques fois je me disais après, tiens ce n'est pas la même présentation, il y'avait des noms de remèdes que je ne connaissais pas, alors ils me disaient « si si c'est la même chose », bon, c'est quand même difficile à suivre !» (V12)*

Une compliance liée à l'hospitalisation

Si le manque d'informations est pointé du doigt concernant les médicaments délivrés chaque jour en hospitalisation, les patients reconnaissent paradoxalement ne pas avoir cherché d'avantage d'explications.

Cette relative passivité s'explique avant tout par le fait que ces derniers sont extrêmement affectés par leur état de santé, n'osent pas vraiment demander, ou ne savent pas à qui le demander:

- *«il y'avait des noms de remèdes que je ne connaissais pas, je leur avais posé la question au départ, après ils m'amenaient les remèdes, je les avalais et puis c'est tout quoi. De toute façon je n'aurais pas pu les gérer moi-même, j'étais vraiment trop fatigué.»*(V12)

- *«Puis on n'a pas beaucoup d'explications en plus. Remarquez on doit pouvoir demander !? – interviewer : Vous ne l'avez pas fait?- patient: Non je ne l'ai pas fait. Puis je sentais qu'il n'y avait pas tellement d'infirmières et beaucoup de malades, donc elles n'ont pas beaucoup de temps et c'est à ça que je pensais.»* (V10)

- *«le docteur je ne l'ai vu que 3 fois, et puis dans le domaine hospitalier de toute manière on a du mal à savoir si on a affaire à une infirmière ou un autre personnel»* (V12).

Découverte de l'ordonnance de sortie et ressentis

La découverte

Si les patients demandent finalement peu d'explications durant l'hospitalisation, ceux-ci déplorent néanmoins le manque d'informations reçues concernant leur nouvelle ordonnance à la sortie:

- *«l'ordonnance on ne l'a pas vu, c'est ma fille qui l'a découverte quand je suis rentrée à la maison.»* (V11)

- *«Je n'ai eu aucune information, on a découvert l'ordonnance en rentrant. C'est là qu'on s'est rendu compte qu'il y'avait des choses en plus, des modifications de doses, mais on ne nous a jamais dit pourquoi.»* (V12)

De retour au domicile, certains sont parfois perdus face aux modifications effectuées et se tournent alors vers des tiers personnes pour d'avantage d'explications et conseils: Parmi eux, médecins traitants, infirmières, famille ou encore pharmaciens:

- *«Je vois mon médecin demain, je vais lui montrer cette ordonnance. Je ne veux pas aller chercher les médicaments sans qu'il ne soit d'accord.»* (V5)

- *«Le Zaldiar encore hier soir ma famille et mon fils m'ont expliqué que c'était un médicament très nocif – alors pourquoi me l'a-t-on donné?»* (V5)

- «on a regardé la notice avec ma fille» (V7)
- «j'ai des infirmières, elles sont comme mes filles, elles font parties de la famille.» (V2)
- «le vésicare j'ai rien coché parce que je m'étais dit que j'allai revoir avec ma pharmacienne, je ne sais pas celui que je vais prendre (entre toviaz et vésicare)» (V6).

De nombreuses modifications

Souvent habituée depuis des années à une même ordonnance, le moindre changement peut s'avérer compliqué pour une personne âgée. En comparant ordonnance habituelle avec ordonnance de sortie, l'un des objectifs de l'étude était d'identifier les éventuelles difficultés que pouvaient ressentir les patients face aux changements.

Huit types de modifications ont été identifiées: 1/ Des ajouts 2/ des arrêts 3/ des substitutions de classes médicamenteuses 4/ des omissions 5/ des suspensions transitoires 6/ des modifications de doses 7/ des modifications de nom (princeps-génériques) et enfin 8/ des modifications de prises (horaire, durée).

Ces modifications sont détaillées dans le tableau III.

Tableau III : Détails des modifications

patient	ajout	arrêt	substitution	omission	suspension transitoire	modification de dose	modification de nom	modification de prise	total de discordances
patient 1	1	1	3	1	0	0	1	0	7
patient 2	4	0	1	0	0	1	0	0	6
patient 3	5	0	0	0	0	1	1	0	7
patient 4	2	0	2	0	0	1	0	0	5
patient 5	0	0	1	0	0	1	3	0	5
patient 6	1	0	1	0	0	1	2	0	5
patient 7	4	0	0	0	0	1	1	1	7
patient 8	3	0	0	0	1	3	0	1	8
patient 9	2		1	0	0	1	1	1	6
patient 10	2	1	0	0	0	0	1	0	4
patient 11	1	0	0	4	0	0	1	0	6
patient 12	2	3	1	2	0	2	0	0	10
									moyenne = 6,3

Interrogés sur le nombre de modifications recensées, et avec 6,3 modifications médicamenteuses en moyenne, les patients se montraient surpris par le nombre important de discordances: *«interviewer: si on compte le nombre de modifications, il y'a 6 modifications au total sur votre ordonnance. Patient: Comment se fait-il qu'ils fassent ça??? Ils auraient pu peut être contacter mon docteur avant ?»*(V11) / *«Interviewer: On compte au*

total 4 modifications. Patient: Oui. Mais pourquoi ils changent de noms tous le temps?!! Les fabricants holala...» (V10) et certains s'interrogent sur l'intérêt de tous ces changements: *«Est-ce que déjà c'est nécessaire de changer?»* (V3)/ *«Faudrait d'abord qu'on sache exactement pourquoi les médicaments sont modifiés?»* (V11).

Avis selon les discordances et impact sur le suivi

Les différences ou changements de traitement médicamenteux rencontrés spécifiquement pendant les transitions du patient entre les différents secteurs de soins et/ou prescripteurs et liés à une discontinuité des soins sont souvent abordés dans la littérature sous le concept de «discordance médicamenteuse» [14,15].

Qu'il s'agisse d'une omission, d'un ajout ou d'une modification de nom, les réactions des patients diffèrent selon le type de discordance et selon le vécu personnel de chacun. Des grandes tendances tendent néanmoins à se dessiner en fonction de la modification.

*** Les ajouts:** bien accueillis mais incompris.

L'ajout de médicaments est la discordance la plus souvent retrouvée lors de cette étude, puisqu'elle concerne l'ensemble des 12 patients interrogés.

Ces ajouts sont généralement bien accueillis par le patient car ceux-ci sont imputés au motif d'hospitalisation de la personne âgée *«ça va mieux en prenant les médicaments, ça fait partie de ma guérison»* (V1) et les patients font confiance aux médecins.

Si la prise de ces nouveaux médicaments est respectée, leur connaissance est-elle plus problématique.

11 des 12 patients interrogés sont incapables de dire précisément à quoi correspondent les médicaments ajoutés et attribuent généralement par défaut leur prescription au motif d'hospitalisation:

- *«Interviewer: On vous a rajouté du diffu K par exemple savez-vous pourquoi ? - Patient: Pas du tout. Interviewer: Il y a également le tardyféron qui a été rajouté ? - Patient: Est-ce que c'est pour la tension ?»* (V2)
- *«Le microlax ? Qu'est-ce que c'est que ça ? La vitamine B12 ? Qu'est-ce que c'est que ça ? (cherche la boîte dans son sac). Non, ça je n'ai jamais pris. Et ça enlèverait les douleurs ? Le diclofénac gel ? Oh c'est un gros tube ça ! C'est un antidouleur ça ?»* (V3)

- «le fungizone, quand j'ai vu que c'était sur l'ordonnance de sortie je me suis dit que fallait que je le prenne. Mais je ne sais pas pourquoi c'est... c'est pour le sang non? Je ne sais pas.» (V7)
- «L'uvédose? C'est un genre de vitamine ça? Je n'en prenais pas avant. C'est peut-être pour me requinquer un peu surtout que j'avais de l'anémie!» (V8)
- «Interviewer: on vous a rajouté l'amlodipine? – patient: Ça correspond à quoi ça? ... Je ne sais pas pourquoi c'est...Pff» (V10)

Les médicaments usuels restaient eux par contre maîtrisés:

- «Interviewer: Ensuite on vous a rajouté du movicol, 1 sachet le matin si besoin? – Patient: Ça c'est pour la constipation, d'ailleurs ça marche pas mal. Je ne le prends que si je reviens à être constipé.» (V4)
- «le doliprane? Oui ça ils m'en ont mis pendant quelques jours quand j'étais à l'hôpital quand j'avais mal. J'en ai pris pendant 2 jours et j'ai arrêté après.» (V4)
- « Interviewer: Vous avez également de l'euphytose en plus à votre sortie? – Patient: Oui bah ça c'est parce que je n'arrivais pas à dormir à la clinique!» (V6)

Seule la patiente n°9 a pu lister sans erreur la fonction de chacun des médicaments nouvellement instaurés, exception qui s'explique par le fait que la patiente ait demandé les explications correspondantes durant son hospitalisation «Je reconnaissais bien mes médicaments, alors je voyais bien j'avais ça dans la petite coupole le matin. Un jour je leur ai dit «qu'est-ce que c'est que ça en plus?» alors j'ai eu du potassium, et après j'ai eu des sachets antibiotiques parce que je faisais une petite infection urinaire – Interviewer: A qui avez-vous demandé?- Patient: Ben aux infirmières.» (V9)

Cette méconnaissance des traitements a un impact direct sur la continuité des soins. Si la plupart des patients sont plutôt observants et ne se posent que peu de questions sur ces ajouts, le patient n°3, ne voyant pas l'intérêt des médicaments rajoutés a en réalité dès sa sortie repris son ordonnance habituelle « Interviewer: Au final que je comprenne bien, vous suivez votre ancienne ordonnance et pas celle de l'hospitalisation?? – Patient: Oui voilà. Je suis resté sur l'ancienne ordonnance» (V3). La patiente n°1 elle a interrompu provisoirement un des médicaments rajouté car victime d'effets secondaires dont elle n'avait pas été informée «(le Kardégic) il fait mal à l'estomac celui-là ! ... j'ai essayé une fois de pas en prendre... je ne l'ai pas pris un midi... ben je n'ai pas eu mal. Et si je prends ça j'ai tout l'après-midi mal à l'estomac !» (V1)

* **Les arrêts:** des avis différents selon la classe du médicament retiré et sa représentation

La consommation pharmaceutique des personnes âgées est dominée par les médicaments à visée cardiovasculaire: en un mois, 51% des personnes âgées déclarent consommer au moins une fois un médicament de ce groupe. Viennent ensuite les médicaments du système nerveux central, comprenant essentiellement les antalgiques, puisqu'une personne âgée sur 5 déclare avoir acheté au moins une boîte par mois. Ensuite, on retrouve les médicaments de l'appareil digestif, de l'appareil locomoteur et les psychotropes, groupes pour lesquels les taux de consommateurs vont de 16 à 17% [16].

L'arrêt d'une vitamine par exemple n'a évidemment pas le même impact que pour un antalgique. Deprescrire s'inscrit dans un processus complexe ou prendre en compte la représentation du médicament par la personne âgée est primordial [17].

Si retirer une crème ne semble pas perturber le patient 12 *«Interviewer: Sur l'ordonnance de sortie, on vous a arrêté le tridésone? Patient: Le tridésone c'était en dehors du protocole pour le cœur donc c'est pour ça qu'ils ne l'ont pas remis.»(V12)*, l'arrêt de son antalgique a suscité énormément d'inquiétude chez la patiente 1 et l'arrêt d'un psychotrope chez la patiente 5 un mécontentement non dissimulé:

- *«j'ai peur... pour celui là... le codoliprane (arrêté en hospitalisation). Le rhumatologue, il m'avait dit que si j'arrêtais ça, que je serais clouée après au lit. Mon médecin traitant m'a dit qu'elle n'avait pas cru qu'on m'avait supprimé tout ça, elle m'a dit « je ne sais pas si vous allez être bien comme ça, on va voir pour l'instant». Maintenant j'ai bien plus mal au dos, ça recommence, alors qu'avec le codoliprane et le topalgic je n'avais plus de douleurs du tout... Alors pour l'instant je ne change rien. Je vais attendre les résultats de mon rendez-vous avec mon médecin ce soir, tantôt, pour voir où ça en est. Pour l'instant elle m'a dit «on va essayer». Le problème, on l'avait déjà vu avec mon médecin, le codoliprane, c'est ça qui m'essoufflait. Mon médecin m'avait dit «qu'est-ce que vous voulez faire? Arrêter le codoliprane et le topalgic et avoir mal au dos,- parce que je ne supporte pas les autres remèdes pour la douleur-, ou moins être essoufflée?» « C'est à vous de choisir donc je vous demande votre avis?» Ben j'ai dit «écoutez, moi j'aimerais mieux continuer ça (-me montre les antalgiques-), être essoufflée un peu plus, tant pis, mais pas avoir mal» Et puis là à l'hôpital, ils n'ont pas compris ça. Ils m'ont mis directement ça... (- me montre le doliprane -) c'est dommage que les médecins là-bas ils ne l'aient pas contactée et compris ça.» (V1)*

- «Interviewer: On a supprimé votre stilnox également? Patient: Ca je continue comme avant. Je ne suis pas d'accord! Je vais en parler à mon médecin pour le reprendre comme avant. En chirurgie on me le donnait tous les soirs. Puis à la clinique ils voulaient que je n'en prenne un que tous les 2 jours, du coup je passais mon temps à me promener toutes les nuits ou je n'en prenais pas!» (V5)

Une attention toute particulière semble être requise lors de la deprescription de ces 2 classes médicamenteuses, étant donné que leur consommation est étroitement liée à la représentation de la vieillesse que se font les personnes âgées. [18]

Si comme indiqué précédemment, l'hospitalisation permet une diminution significative du nombre de traitement prescrit [9], le suivi de ces arrêts semble être d'emblée compromis si la suppression du médicament n'a pas été au préalable discutée avec le patient.

Ainsi, les patientes 1 et 5 avouaient dès leur sortie envisager la reprise de leur traitement:

- «si j'ai toujours mal au dos comme ça, je serais obligée de rechanger, de reprendre le codoliprane» (V1)

- «Le stilnox je vais voir pour le reprendre comme avant. -Interviewer: Savez-vous Pourquoi le médecin ne voulait pas vous en prescrire? - Patiente: Parce qu'il ne faut pas prendre trop de médicaments et s'habituer sans médicaments! Mais on la voyait pas le médecin à la clinique. - Interviewer : Y'a-t-il un risque avec ce médicament? - Patiente: Non on ne m'a pas dit» (V5)

Tandis que l'explication de l'arrêt d'un autre antalgique chez la patiente 5 a permis à contrario le maintien de cette arrêt au décours de l'hospitalisation:

- «Alors c'est celui-là le poison! Le Zal diar encore hier soir ma famille et mon fils m'ont expliqué que c'était un médicament très nocif – alors pourquoi me l'a-t-on donné? Je suis raisonnable parce que je pourrais le reprendre mon zal diar si je voulais! Je l'ai sous les yeux! Eh bien je ne le prends pas!» (V5)

*** Les substitutions de classe:** l'avis médical source d'autorité

Les substitutions sont représentées par la modification d'une classe thérapeutique par une autre à même but thérapeutique. Celles-ci ne semblent pas poser de soucis particuliers aux patients qui considèrent que si tel médicament a été remplacé par un autre, cela est sans doute justifié et relève de la compétence seule des médecins.

Interrogés sur ce sujet, ceux-ci n'expriment donc que peu d'avis sur les substitutions de classe.

-« Alors voilà, le clopidogrel remplace le Kardégic. Mais je ne sais pas pourquoi... euh, enfin c'est mon gendre médecin qui m'a dit que c'était mieux, qu'il était moins corrosif» (V4)

-«Le vésicare 5mg, un comprimé le soir... Est-ce que ça ne se serait pas ce que m'a donné l'urologue pendant que j'étais à la clinique ? Ça serait pour remplacer le toviaz ? Vous savez, je leur ai fait confiance le temps que j'étais la clinique.»(V6)

*** Les omissions:** troubles et interrogations pour les patients

L'omission de traitement est définie comme l'absence d'instauration d'un traitement chez les sujets ayant une pathologie pour laquelle un médicament a démontré son efficacité [19].

Plus schématiquement, il s'agit d'un oubli de médicament entre l'ordonnance d'entrée et celle de sortie.

Déboussolés par leur hospitalisation et les modifications thérapeutiques, les patients âgés ne savent alors pas si la non prescription du médicament oublié relève d'un acte volontaire ou involontaire des médecins hospitaliers et sont souvent complètement perdus.

Celle-ci, véritable erreur médicale, peut s'avérer dangereuse selon le médicament oublié, puisque le patient, par défaut, ne prend plus le médicament car non reconduit.

-«Interviewer: on vous a retiré le citalopram en hospitalisation ? Patient: Ah oui celui-là le gros (- se repère avec les boîtes sur la table-) ! Mon médecin me l'a remis quand je l'ai revu une semaine après l'hospitalisation, c'est pour la dépression celui-là! C'est bien, c'est pour calmer mes nerfs!» (V1)

- «Interviewer: votre calcium a été supprimé? Patient: Oui je m'en suis aperçue! Personne ne m'a rien dit non plus, puis comme je ne demande pas...? J'ai dit à ma fille, je ne sais pas si je dois continuer ou non, je verrai avec médecin traitant, je ne comprends pas. C'est bizarre.» (V11)

*** La suspension transitoire:** importance d'une consigne claire pour éviter les faux pas.

Lors des entretiens réalisés, un patient présentait une ordonnance de sortie sur laquelle un médicament avait été suspendu transitoirement. Il y était inscrit «coumadine suspendue, à réévaluer avec le médecin traitant».

Sans consigne claire, celui-ci ne savait plus du tout quel attitude adopter avec son anticoagulant et a fini par se retourner vers son médecin traitant :

-«je devais sortir d'hospitalisation avant le weekend mais mon INR était très élevé alors ils ont préféré me garder le weekend. Mais alors hier ça faisait 5 jours que je ne prenais pas de coumadine alors ça a commencé à m'inquiéter. J'ai été au cabinet de mon médecin traitant, et le docteur il n'était pas au courant, il n'avait pas reçu de compte rendu alors il n'était même pas au courant que je ne prenais pas de coumadine, alors il m'a dit « oh si si il faut reprendre la dose de coumadine! »» (V8)

*** Les modifications de doses:** une discordance qui passe parfois inaperçue

Les modifications de dose (diminution ou augmentation) sont généralement accueillies sans contestation par les patients. Tout comme pour les substitutions de classe, celles-ci ne provoquent pas beaucoup de réactions de la part des patients qui s'en remettent à la décision médicale:

-«quand on m'a remis l'ordonnance, c'est là seulement qu'on m'a dit qu'on m'avait doublé mon traitement pour la tension» (V4)

- «Interviewer: Le Kardégic tout d'abord, vous êtes passé du 75 au 160 ? - Patient: Oui» (V12)

Celles-ci passent même parfois inaperçues.

A leur sortie d'hospitalisation, les patients passent généralement à la pharmacie avec leur nouvelle ordonnance, mettent leurs anciens médicaments de côté, et suivent leur nouvelle prescription.

Si le nom de leur médicament est inchangé, et la boîte similaire, la modification de dose peut alors devenir imperceptible:

-«Interviewer: Le previscan : sur l'ordonnance de votre médecin traitant vous avez ½ comprimé le soir et ¾ deux fois par semaine, alors que sur celle de votre sortie vous avez 10 mg tous les soirs. – Patient: Alors je crois que moi je fais lundi mercredi vendredi dimanche ½, ¾ les autres jours. – Interviewer: L'ordonnance de votre sortie d'hôpital indique 10 mg le soir? – Patient: Oh oui ben alors, c'est quoi 10 mg ? – Interviewer: 10 mg ça fait un demi-comprimé, tous les soirs. – Patient: Faut que je le respecte alors ???» (V3)

- « Interviewer:vous avez maintenant de l'omeprazole 20 mg une gélule le matin. – Patient: C'est la même chose. – Interviewer: Non pas tout à fait : on vous a doublé la dose. – Patient: Ah bah je l'avais pas vu celle-là ! ...Mes gélules de 10 mg le matin, ça m'allait comme ça. Je ne vais pas aller jusqu'à 20 mg, c'est peut-être pas la peine de se droguer si le 10 mg suffit. Je ne sais pas pourquoi ils me l'ont augmenté, parce que je ne me suis jamais plainte que j'avais mal à l'estomac !» (V6)

Le travail de comparaison entre ordonnance habituelle et ordonnance de sortie, entre le médecin et son patient, se révèle alors très informatif pour éviter les erreurs en sortie d'hospitalisation.

*** Les modifications de nom:** mécontentement et confusion.

2^{ème} grande discordance retrouvée dans cette étude, avec 9 patients sur 12 concernés et 11 médicaments impactés, la modification d'un nom entre le princeps ou l'un de ses génériques est la discordance qui a provoqué le plus de réactions:

- «Interviewer: le lercanidipine, est ce que vous savez ce que c'est? – Patient: Non pas du tout. – Interviewer: C'est votre lercan. – Patient: Ah...!! D'accord oui» (V1)

- «Interviewer: L'atorvastatine 10 mg remplace le pravastatine sur votre ancienne ordonnance ? – Patient: Oui c'est ça. Ça ne me dérange pas le changement de nom, mais je ne sais pas pourquoi ils ont changé le nom. En principe c'est la même chose.» (V4)

- «Interviewer: vous avez le bisoprolol 10 mg 1 comprimé le matin.- Patient: Je ne sais pas à quoi ça correspond... Pour moi c'est du charabia. Interviewer: Le bisoprolol c'est le Cardensiel en fait, celui que vous preniez avant, il n'a pas changé. – Patient: Vous voyez ils ne peuvent pas garder le même nom ! Ca perturbe ! C'est ça qui doit provoquer des bêtises ! Ils m'agacent avec leur générique ! Je n'en veux pas !» (V5)

- «Interviewer: Vous avez ensuite le candesartan - Patient: Ça c'est le Kenzen, c'est des génériques. Mais moi c'est celui-là que je veux (le Kenzen), parce que je suis habituée à celui-là.»(V7)

-« Interviewer: En premier on lit l'Esomeprazole 20 mg un par jour – Patient: Alors pourquoi c'est celui-ci? Je n'en avais pas avant ! – Interviewer: l'Esomeprazole remplace l'omeprazole que vous aviez déjà sur l'ordonnance de votre médecin traitant – Patient: Ça doit correspondre alors... C'est ça aussi ! On change toujours de noms donc je ne sais plus à force ! Mais pourquoi ils changent de noms tous le temps ?!!» (V10)

Le patient 12 résume parfaitement la situation:

- «Le gros problème qu'il y'a c'est le fait de substituer le remède sur l'ordonnance par le générique.» (V12)

Et la polémique n'est pas nouvelle. Les personnes âgées n'aiment pas les génériques et n'apprécient pas du tout que l'on substitue leurs médicaments. Outre le fait qu'ils y sont habitués de longue date, les critiques sont

multiples: absence de cohérence entre la présentation des génériques et celle du médicament princeps (comprimés ou gélules de taille et de forme différente), goût différent, modification des emballages, incohérences des noms, ou encore effets secondaires [20].

La pharmacie de l'hôpital ne disposant pas de l'ensemble des génériques disponibles sur le marché, les médicaments sont couramment modifiés lors de l'hospitalisation par une molécule équivalente. Le patient ressort donc fréquemment avec la molécule reçue durant l'hospitalisation et celle-ci ne correspond plus forcément en termes de nom, boîte, forme, ou couleur au médicament pris auparavant.

Ce qui est à la base une modification anodine pour le professionnel de santé peut alors devenir une source importante de confusion chez la personne âgée, comme l'illustre le patient 12:

- *«Et autre chose, le crestor et le plavix par exemple, c'est exactement la même couleur, c'est rose, exactement le même diamètre, alors il y'en a un sur l'envers il y'a une petite lettre mais il y'a de quoi de tromper! Il faut des lunettes! Je me dis «comment font les gens parce que ce n'est pas évident de suivre avec les génériques les noms et les présentations qu'il y a»» (V12)*

Méconnaissance du nouveau nom, amalgame entre 2 formes de médicaments, surdosage (prise de la molécule sous sa forme princeps et sous sa forme générique) sont donc d'autant de risques à prendre en compte lors de la modification du nom d'un médicament.

*** Les modifications de prise:** respectée à la lettre

Ces modifications correspondent aux changements d'horaires, jours, ou durée de prise d'un médicament. Retrouvées à 3 reprises, les patients interrogés respectent à la lettre leur nouvelle prescription:

- *«Interviewer: On vous a rajouté du fumafer également – Patient:(Lit sur son ordonnance. Celle-ci est éditée pour 14 jours) Oui alors celui-là, il faut que je l'arrête dans 14 jours !» (V7)*

- *« Interviewer: on a également modifié la Cordarone, avant vous le preniez tous les jours, maintenant seulement 5 jours sur 7- Patient: Oui. Et bien je ne sais pas pourquoi ça a changé.» (V7)*

- *«Interviewer: On vous a modifié l'horaire de prise du lercanidipine? – Patient: oui, avant je le prenais le matin, maintenant le soir. Parce que j'ai la tension qui fait le yoyo, donc c'est pour la stabiliser la nuit, je crois qu'ils m'ont parlé de ça à l'hôpital. Ma tension se balade.» (V9)*

Si la modification d'horaire ou jour ne semble pas avoir d'incidence, la mauvaise compréhension de la durée du traitement peut s'avérer plus problématique. Hospitalisée pour anémie, la patiente n°7 ne semble manifestement ne pas avoir compris qu'elle devrait poursuivre son traitement par fer au-delà des 14 jours, ce qui pose là encore la question du suivi au long terme.

Satisfaction du patient face à sa nouvelle ordonnance

Arrêt, omission, ajout ou encore modification de noms, chacune de ces discordances provoquent donc des réactions bien différentes chez les patients interrogés. Mais qu'en est-il de leur satisfaction globale vis-à-vis de cette nouvelle ordonnance?

Evaluation de la satisfaction

Si la notion de satisfaction a aujourd'hui toute sa place et constitue un des axes prioritaires en termes de qualité des soins, le terme de «Patient satisfaction» n'a pourtant été introduit qu'en 1992 dans le thesaurus Medline.

Dans leur étude «Hierarchy of levels health satisfaction», les auteurs proposent un schéma pyramidal à 3 niveaux pour évaluer la satisfaction d'un patient (Figure 1).

La base de la pyramide représente la satisfaction du patient à l'égard de l'ensemble des services de santé qui lui sont proposés. Elle inclut la satisfaction du patient vis-à-vis de l'accès aux soins, la relation médecin-patient, les compétences du corps médical, les coûts en santé ou encore la qualité de la prise en charge globale. Le niveau intermédiaire concerne lui la prise en charge de la maladie et de son suivi. Enfin, le haut de la pyramide prend en compte uniquement la satisfaction du patient vis-à-vis de son traitement médicamenteux.

Cette dernière est définie comme «l'évaluation du processus de prise de médicament et des résultats qui lui sont associés» [21].

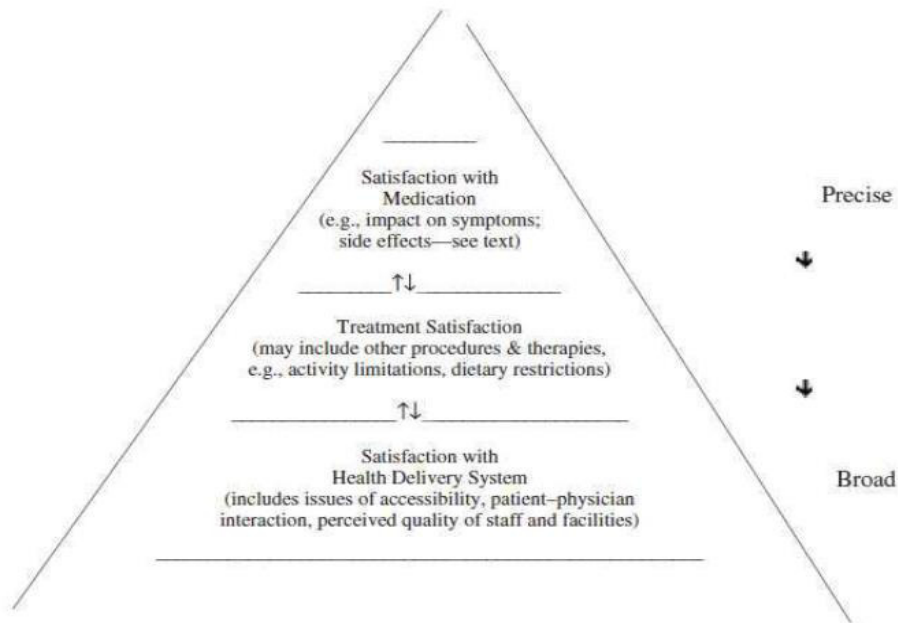


Figure II: Shikar et al; Hierarchy of levels health satisfaction [22]

L'un des objectifs secondaires de ce travail était d'évaluer le niveau de satisfaction du patient âgé face à son ordonnance de sortie. Bien que cette évaluation soit subjective et propre à chacun, 3 profils de patients se sont détachés lors des entretiens.

Les patients n°1, 3 et 5 sont ceux qui ont exprimés le plus de réticences ou inquiétudes face aux modifications réalisés:

-«j'ai peur , parce que j'ai bien plus mal dans le dos», «si j'ai toujours mal au dos comme ça, je serais obligée de rechanger , de reprendre surement le codoliprane, y'avait que ça qui marchait», «Ben moi je trouvais que ceux que j'avais avant étaient bien» (V1)

-«des craintes avec ces nouveaux médicaments? J'ai peur qu'ils me fouttent dedans.», «si je pouvais supprimer et faire minorer le nombre de médicaments... A mon âge...», « Pour prendre des médicaments il faut que il y'ait un but...», «Oui voilà. Je suis resté sur l'ancienne ordonnance». (V3)

-«ce qui m'agaçait c'est qu'on ne respectait pas les médicaments sur l'ordonnance que j'avais emmené!», «quand on me donnait des trucs à l'hôpital, j'étais inquiète.», «Mon impression c'est que je vais moins bien.» (V5)

A contrario, les patients n°2,8 et 9 se montraient pleinement satisfaits de leur nouvelle ordonnance et n'avait rien à en redire

-«Interviewer: les modifications vous conviennent donc? - Patient: Oui, du moment que je ne souffre pas.»,
«Interviewer: Avez-vous l'impression d'être mieux ou moins bien pris en charge à l'issue de cette dernière hospitalisation? - Patient: Mieux mieux! Ah oui oui. Regardez mes jambes, elles sont quand même moins enflées, j'avais des genoux... c'était plus des genoux c'était des ballons de foot! Mon dieu», «Interviewer: A votre avis, que va penser votre médecin traitant de cette nouvelle ordonnance? - Patient: oh bah je pense qu'il va être d'accord hein!» (V2)

-«Interviewer: Avez-vous des difficultés avec cette nouvelle ordonnance?- Patient: Non », «Je n'ai rien à reprocher» (V8)

-«Interviewer: Avez-vous eu une difficulté avec cette ordonnance de sortie? - Patient: Pas du tout. Elle est tellement proche de la sienne que... - Interviewer: Changeriez-vous quelque chose sur cette ordonnance? - Patient: Non», «Moi je trouve que c'est très bien, je n'ai rien à redire.» (V9)

Enfin, les patients n° 4, 6, 7,10, 11 et 12 estimaient être plutôt satisfaits de leur nouvelle ordonnance:

-«ça a l'air d'aller là. Pour le moment les indispensables, c'est le Plavix et le valsartan. Les autres on peut les supprimer ça ne me gêne pas. Surtout à mon âge, l'atorvastatine même si j'ai un peu de cholestérol et alors?»,
«Entre le valsartan 80 et le 160 il y'a peut-être un intermédiaire?» (V4)

-«Interviewer: Avez-vous l'impression d'être mieux ou moins bien pris en charge à l'issue de cette dernière hospitalisation? - Patient: Je n'en sais rien, je ne vais pas vous dire...», «Interviewer: Avez-vous des difficultés avec cette nouvelle ordonnance? - Patient: Vous voyez j'ai coché ceux que j'allais demander à la pharmacie et ceux que je n'allais pas prendre (rigole)» (V6)

-«Interviewer: Que pensez-vous de cette nouvelle ordonnance? - Patient: Maintenant je commence à être habituée. Enfin s'il faut absolument que je prenne les nouveaux, pour que je sois mieux, on va voir comme ça. Si c'est pour mon bien! Ça va dépendre aussi ce que va me dire mon docteur. Moi j'étais très bien avec l'ancienne, j'étais habituée, mais maintenant ça va dépendre de ce que mon médecin pense de mon état. Aujourd'hui je me trouve quand même moins fatiguée que je ne l'étais!» (V7)

-«il n'y a pas grand-chose à changer. Enfin ...il y'a 6 modifications quand même! C'est la première fois que je suis hospitalisée comme ça et que j'ai tout un changement alors je ne sais pas.» (V11)

-«Suivant le résultat on verra si je suis satisfait ou pas de cette nouvelle ordonnance» (V12)

Les facteurs influençant la satisfaction

Qu'ils soient complètement satisfaits, plutôt satisfaits ou insatisfaits, plusieurs facteurs ont été avancés par les patients pour expliquer leur niveau de satisfaction.

En s'intéressant tout d'abord aux raisons du mécontentement des patients n° 1, 3, et 5, trois facteurs ont pu être identifiés:

- la présence d'effets secondaires: « *le Kardégic...il fait mal à l'estomac celui-là!*» (V1), «*le movicol: 2 sachets le matin avec de l'eau. Ben j'en ai marre! Ce matin je ne l'ai pas pris. Ça dégage surtout au moindre pet. J'ai la diarrhée!*» (V3)
- l'arrêt ou la diminution d'un médicament important pour le patient: « *Pour le stilnox je ne suis pas d'accord. Je vais en parler à mon médecin pour le reprendre comme avant*» (V5)
- l'impact de la modification sur le quotidien du patient: «*j'ai bien plus mal au dos, ça recommence, alors qu'avec le codoliprane et le topalgic je n'avais plus de douleurs du tout*» (V1), «*depuis que je suis sortie de la clinique je ne prends rien! Alors vous voyez comme je suis au niveau de la douleur...*» (V5)

Les patients n° 4, 6, 7,10, 11 et 12 ont essentiellement évoqué le manque d'explications et d'informations vis-à-vis des changements réalisés et déploraient également les modifications de nom de leur médicament:

- le manque d'explications et d'informations: «*J'ai vu simplement que mon traitement était multiplié par 2. J'aurais aimé qu'ils m'expliquent un peu le pourquoi, simplement*» (V4), «*J'aurais aimé qu'on me dise, ça ca remplace l'omeprazole par exemple*» (V6)
- le problème des génériques: « *Interviewer: Je vois juste que sur votre nouvelle ordonnance, «non substituable» a été rajouté partout au crayon à papier ? - Oui, c'est ma femme qui l'a rajouté. Et entre autre pour l'Inexium comme je l'ai expliqué*» (V12)

La patiente n°9 a bénéficié d'explications de son ordonnance de sortie et de ce fait était pleinement satisfaite des modifications effectuées.

Enfin, et malgré un nombre important de modifications de leurs ordonnances, respectivement 6 et 8, les patients n°2 et 8 n'ont presque rien exprimé concernant les changements retrouvés.

Cette étude n'a pas permis de mettre en évidence de lien entre la satisfaction, l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le statut marital ou encore le nombre de modification.

Pistes d'améliorations

Trois axes ont été évoqués par les patients afin d'améliorer la façon dont sont faites les modifications:

- 1/ Des améliorations concernant le déroulement des modifications
- 2/ Des améliorations concernant les modifications en elles-mêmes
- 3/ Des améliorations concernant l'ordonnance de sortie

Les améliorations concernant le déroulement des modifications

L'ensemble des patients interrogés lors de cette étude soulignent l'importance des explications et de l'alliance thérapeutique entre médecins et malades.

Les patients souhaitent d'avantage être acteurs de leurs prises en charge et pris en compte dans les décisions médicales:

- «J'aurais aimé qu'ils m'expliquent un peu le pourquoi, simplement» (V4)
- «ce qui est agréable pour le malade, c'est que le médecin soit à l'écoute» (V5)
- «Je crois que c'est la relation entre le médecin et le malade qui est le plus important.» (V6)
- «Enfin moi j'aimerais mieux qu'il y ait un peu plus d'explications, pour quoi c'est exactement?» (V10)
- «Faudrait d'abord qu'on sache exactement pourquoi les médicaments sont modifiés?» (V11)

L'avis du médecin traitant apparaît également comme un point important au bon déroulement des modifications:

- «c'est dommage que les médecins là-bas ils ne l'aient pas contacté.» (V1)
- «Normalement ils ont l'ordonnance, d'accord, mais ils auraient pu téléphoner à mon médecin.» (V11)

Enfin, cette étude permet également d'attirer l'attention des médecins hospitaliers sur le temps de la remise de l'ordonnance de sortie. Celui-ci est essentiel à la bonne compréhension du traitement et semble être négligé:

- «c'est-à-dire que le docteur qui m'a donné cette ordonnance, enfin c'est toujours pareil ils sont toujours pressés, enfin il m'a donné la feuille sans me donner d'explication» (V4)

-«Interviewer: Combien de temps avez-vous vu le médecin à la sortie? - Patient: Ben je ne l'ai pas vu du tout! Tout était dans la pochette qu'on m'a remise, donc j'ai découvert mon ordonnance après.» (V9)

Les améliorations concernant les modifications effectuées

Si les patients aimeraient d'avantage d'explications concernant les médicaments ajoutés, supprimés, les substitutions de classe, changement de doses ou de prise, ces modifications sont néanmoins bien acceptées comme cette étude le montre.

Pour ce qui est du cas des omissions, changements de noms ou suspensions, les patients attirent là encore notre attention sur la nécessité de réduire ces discordances évitables:

-«je veux qu'on me remette les bons noms. Ca perturbe ! C'est ça qui doit provoquer des bêtises !» (V5)

-«il y'avait des noms de remèdes que je ne connaissais pas, alors ils me disaient « si si c'est la même chose », bon, c'est quand même difficile à suivre !» (V12)

Une simple modification de nom pouvant être source de confusion chez la personne âgée, dans l'idéal donc, une fois la substitution effectuée, il faudrait toujours conserver le même générique [22], et pour ce faire, que le médecin hospitalier prenne le temps de remettre le nom de la bonne molécule sur l'ordonnance de sortie.

Les améliorations concernant l'ordonnance de sortie

Autre piste d'amélioration évoquée par les personnes âgées : le format de l'ordonnance, qui nécessite quelques adaptations:

- «ça fait « tampon », c'est-à-dire que vous avez un papier rempli de trucs avec un tas de noms que vous ne comprenez pas, pour vous ça ne correspond à rien du tout» (V5)

- «c'est vrai que pour les personnes âgées comme je le suis, le problème c'est quelques fois le problème de lecture, alors sur mon ordonnance là ça va, mais quelques fois on est obligé de prendre une loupe pour regarder. Après le fait que ce soit mélangé matin et soir... alors moi quelques fois sur l'ordonnance je mettais ceux du matin ensemble et ceux du soir ensemble. Ce serait mieux si c'était un peu plus clair.» (V12)

Pour finir, ils soulèvent également l'importance pour eux d'inscrire les modifications effectuées sur leur ordonnance de sortie:

-«Vous savez les malades surtout en vieillissant vous vous rappelez vous vous ne rappelez pas, alors c'est mieux si c'est écrit.» (V10)

DISCUSSION

Discussion autour de la méthodologie

Forces et faiblesses de l'étude

Liées à la méthodologie

La méthode qualitative est particulièrement adaptée pour explorer et comprendre les émotions et sentiments des personnes; les facteurs observés sont de fait difficiles à mesurer objectivement. Son choix était donc particulièrement approprié lors de cette étude.

Ce type de recherche ne permet cependant pas la généralisation à la population générale du fait d'un échantillon restreint. Son appropriation est également difficile: méconnaissance de la recherche qualitative, manque d'enseignants à la faculté, difficultés des entretiens et du codage [23].

La relecture des premiers entretiens a permis au fur et à mesure la correction du guide d'entretien, certaines questions étant beaucoup trop vagues pour les personnes âgées, et certaines relances à contrario ont été abandonnées car trop fermées ou n'apportant finalement rien à l'étude (cf. annexe 6).

La saturation des données a pu être obtenue au bout de 12 entretiens.

Liées à l'échantillon

L'échantillonnage a été réalisé en variation maximale permettant un recrutement de patients aux caractéristiques variées. Il s'agit de patients de 81 à 95 ans, des 2 sexes, de classes sociales différentes, de milieux urbains ou semi-ruraux, en couple ou seul, hospitalisés pour différents motifs.

Pour des raisons de faisabilité, la majorité des entretiens a été réalisée dans la semaine suivant la sortie de l'hospitalisation, alors qu'interroger un patient un mois après l'hospitalisation aurait sans doute pu apporter de nouveaux éléments quant au suivi des modifications. Ce critère, prévu dans l'échantillonnage de base, n'a malheureusement pas pu être respecté car les patients âgés étaient perdus de vue et ne souhaitaient plus participer si l'entretien se faisait trop tardivement.

L'étude a également présenté initialement un biais de recrutement. Les médecins généralistes contactés semblaient en priorité proposer des patients dont l'ordonnance de sortie comportait des modifications avec

lesquelles ils étaient en désaccord. Afin de limiter ce biais, un double recrutement en ambulatoire et hospitalier a par la suite été mis en place.

Liées à l'enquêteur

L'entretien semi-directif nécessite la maîtrise de techniques de communication bien spécifiques: écoute, relances, précisions. Celles-ci sont particulièrement complexes à adapter face à une personne âgée qui paraît plus à l'aise avec les questions de type fermées. L'enquêteur a ainsi dû parfois reformuler à plusieurs reprises certaines idées afin de les expliciter avec le patient. Certaines intonations ou reformulations ont vraisemblablement pu influencer indirectement les énoncés des personnes âgées.

Liées à l'analyse des entretiens

L'analyse des données est un travail complexe à effectuer. Elle a nécessité un va et vient constant entre les entrevues et transcription pour faire ressortir les idées recueillies. La principale difficulté consiste à rester neutre, tout en écartant les interprétations possibles. L'objectivité recherchée est cependant impossible à obtenir totalement et les convictions de la personne qui fait l'analyse interagissent involontairement à minima. L'analyse des données a été faite par un seul chercheur, sans triangulation, ce qui peut constituer la encore un biais d'interprétation.

Originalité de l'étude

Ce travail a permis l'exploration du ressenti des patients concernant les modifications de leur ordonnance à l'issue d'une hospitalisation. Cette approche, directement centrée sur le sujet, n'avait jamais été réalisée auparavant.

Discussion autour des résultats principaux

Les modifications ne sont pas toujours source de difficultés

Cette étude partait du postulat qu'une modification thérapeutique, quelle qu'elle soit, perturbait la personne âgée. L'objectif principal de ce travail avait pour but d'identifier les difficultés éventuelles découlant des changements réalisés afin d'y apporter des solutions.

Les résultats ont permis de nuancer ce postulat puisque certaines personnes âgées n'étaient en rien perturbées par les modifications quand d'autres au contraire étaient déboussolées par leur nouvelle ordonnance.

Facteurs influençant le ressenti des patients face aux modifications

En s'intéressant aux raisons pour lesquelles certains participants étaient ou n'étaient pas troublés par les modifications réalisées, l'étude a néanmoins permis d'identifier certains éléments de réponses et facteurs semblant influencer la réaction des personnes âgées.

Importance de la connaissance du traitement habituel

Lors des entretiens avec le patient, le travail de lecture de l'ordonnance d'entrée puis de sortie d'hospitalisation avec le patient permettait de lister toutes les modifications réalisées et de les discuter. Il s'est révélé également très informatif quant au niveau de connaissance de chaque patient des médicaments présents sur l'une et l'autre des ordonnances.

Une des hypothèses de ce travail permet de soulever un lien de causalité entre connaissance du traitement et satisfaction vis-à-vis des modifications réalisées :

Les patients étaient recrutés sans trouble cognitif connu et avaient donc globalement une bonne connaissance de leur traitement habituel. Les patients 2 et 8 faisaient exception : la patiente 2 ne connaissait pas son traitement car géré par les infirmières, et le patient 8 lui avouait lors des entretiens des troubles de mémoire et ne plus se rappeler à quoi correspondait tel ou tel médicament sur son ordonnance habituelle.

Ces 2 mêmes patients sont également ceux qui n'ont exprimés aucune difficulté avec leur nouvelle ordonnance, ce qui laisse supposer que la connaissance du traitement habituel influe sur les difficultés éventuelles que pourraient avoir un patient face à son ordonnance de sortie. Si un patient ne connaît pas son traitement de base, on peut alors imaginer qu'une modification de celui-ci ne le perturbe pas trop et que sa satisfaction quant aux modifications ne s'en trouvera pas impacté.

La littérature sur ce sujet est pauvre car explore le domaine bien particulier de la modification thérapeutique.

Dans son étude en 2005, J.Trevino semble cependant confirmer un lien entre satisfaction et connaissance des médicaments [24].

Dans la pratique courante, cela pourrait soulever l'idée qu'une attention toute particulière doit être accordée aux patients maîtrisant bien leurs traitements avant d'en effectuer des modifications.

Importance des explications

Le manque d'explications et d'informations reçues concernant les modifications a été l'un des regrets le plus souvent formulé par les patients interrogés lors de cette étude.

Les études récentes vont également dans ce sens puisque la qualité de la relation et du dialogue entretenu avec les professionnels de santé semble être l'élément le plus important pour les seniors [25,26].

Si ce résultat est connu et n'apporte que peu de nouveautés par rapport à la littérature existante, cette étude permet d'attirer l'attention plus particulièrement sur le temps de remise de l'ordonnance de sortie.

Tout comme les médecins ambulatoires, les praticiens hospitaliers manquent cruellement de temps et les patients en sont bien conscients. Ceux-ci ne demandent d'ailleurs que peu d'explications sur les changements de leurs médicaments durant l'hospitalisation comme nous l'avons vu dans les résultats: Ils ne savent pas à qui demander, ne veulent pas déranger, sont trop fatigués et font alors toute confiance aux décisions médicales.

Cette relative passivité lors de l'hospitalisation ne signifie pas pour autant que les explications doivent être négligées. Au contraire, en sortie d'hospitalisation, les patients expriment une forte volonté d'être informés sur les traitements et les modifications qui ont été apportées [27, 28,29] et déplorent bien souvent ne pas avoir vu le médecin lors de la remise de leur ordonnance.

Ce défaut de communication, notamment lors de la sortie, peut présenter un risque potentiel pour le patient [30].

Importance du type de modifications

Pour le patient, le retour à domicile après une hospitalisation est un temps de vulnérabilité quant à la continuité des soins, notamment en raison des nombreux changements engendrés [14,31].

Dans cette étude, 8 types de modifications ont été recensées avec en moyenne 6,3 modifications par patient. Ce nombre correspond à peu près aux données de la littérature existante où 85 à 96% des patients semblent concernés par au moins une modification de leur ordonnance en sortie d'hospitalisation avec une moyenne de 5 modifications par patient [31, 32, 33, 34].

Les résultats de cette étude suggèrent par ailleurs que le type de modification influe directement sur les difficultés exprimées par les patients sur les changements réalisés :

- Les additions, substitutions de classe et modification de prise ne posent en réalité pas de véritables soucis aux patients interrogés dans cette étude: Les patients s'en remettent à la compétence du médecin afin de justifier des différences. Elles induisent néanmoins une perte de connaissance de la nouvelle ordonnance.

- La modification de dose ne semble pas non plus poser de grande difficulté aux personnes âgées qui suivent généralement leur nouvelle ordonnance de sortie sans se poser de questions. Ce travail permet néanmoins de soulever un tout autre problème, à savoir le fait que cette modification passe parfois inaperçue ce qui peut s'avérer problématique, comme par exemple pour le patient 3 qui ne respecte de ce fait pas la modification de dose de son préviscan.

- Les arrêts nécessitent là encore une attention toute particulière. Ceux-ci doivent être documentés mais surtout expliqués au patient au risque d'être repris immédiatement en sortie d'hospitalisation si le patient n'y adhère pas. C'est le cas particulièrement pour les psychotropes et les antalgiques dans notre étude, classes médicamenteuses pour lesquelles les personnes âgées ont de fortes attaches [16].

- Les omissions, suspensions et changements de noms ont été les modifications engendrant le plus de difficultés. Les omissions et suspensions étaient source de confusion pour le patient qui ne savait alors plus quelle attitude adopter face aux médicaments habituels omis, comme on le constate chez les patients 8 et 11. Cette problématique a également été retrouvée dans d'autres études [35]. La modification de nom est également une source d'erreur importante. Cette modification, même minime et anodine pour le médecin, est véritablement néfaste pour le patient et engendre comme le prouve plusieurs études bon nombre d'erreurs lors de la continuité des soins [36, 37].

Ces 3 dernières discordances sont pourtant évitables et facilement corrigeables pour le praticien hospitalier. Il convient de chercher à restreindre au maximum le risque de confusion des patients en évitant d'occasionner des modifications supplémentaires non justifiées.

Les solutions identifiées par le patient pour effectuer les modifications au mieux

A travers les réponses apportées à la question 10 du guide d'entretien, différentes pistes d'améliorations ont été évoqués par les patients.

Cette question, volontairement ouverte pour ne pas influencer les patients, a été difficile à comprendre pour plusieurs des participants et différentes reformulations ont été parfois nécessaires. Les réponses ont pu être

regroupées en trois thèmes. Les deux premiers thèmes exploraient tout d'abord les améliorations en lien avec le déroulement des modifications et en second lieu les modifications en elles-mêmes, et ont permis de reprendre les problématiques du manque d'informations et des discordances évitables. Le troisième thème a lui permis d'apporter de nouveaux éléments concernant le format de l'ordonnance de sortie.

Les pistes proposées par le patient permettent d'envisager un protocole simple en 4 étapes auquel le médecin hospitalier devrait réfléchir lors de toute impression d'ordonnances de sortie:

1/limiter les discordances évitables lors de l'impression de l'ordonnance de sortie, notamment les modifications de nom. Cela implique donc un minimum de travail de comparaison entre ordonnance d'entrée et sortie.

2/Ecrire les modifications sur l'ordonnance

3/Adapter le format de l'ordonnance de sortie lors de l'impression

4/Prendre un temps pour lire cette ordonnance avec le patient et lui donner les explications nécessaires

Comparaison aux données de la littérature existante

Le concept de conciliation médicamenteuse

L'initiative des High 5s est une démarche internationale lancée en 2006 par l'Alliance mondiale pour la sécurité du patient et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la base d'un partenariat entre le Commonwealth Fund, l'OMS, la Joint Commission international, et les pays fondateurs qui sont l'Allemagne, l'Australie, le Canada, Les Etats-Unis, les Pays Bas et le Royaume-Uni. La France s'est jointe à cette démarche en 2009.

Le nom de High 5s découle d'une volonté de réduire de manière significative cinq problèmes de sécurité pour le patient, identifiés comme prioritaires pour l'OMS.

Il s'agit des thèmes suivants:

- la précision de la prescription des médicaments aux points de transition du parcours de soins
- la prévention des erreurs de site de chirurgie
- l'utilisation de médicaments concentrés injectables
- les défaillances de transmissions infirmières
- les infections associées aux soins.

La précision de la prescription des médicaments aux points de transition du parcours de soins est un des axes prioritaires retenu par la France sur une période de 5 ans. Le projet a été dénommé «Medication Reconciliation» ou «MedRec», ou encore en français «bilan comparatif des médicaments» (BMC) [38]. Il est coordonné en

France par l'HAS et s'est notamment appuyé initialement sur deux structures régionales: EVALOR en Lorraine (2009-2011) et l'OMEDIT en Aquitaine (2012-2015). Ce processus est conçu pour prévenir les erreurs médicamenteuses résultants d'informations manquantes, incomplètes, ou mal communiquées aux points de transition du patient (entrée, sortie, transfert) [39].

Plus schématiquement, la conciliation médicamenteuse vise à recueillir l'ensemble des traitements habituellement pris par le patient avant son hospitalisation et de le comparer aux prescriptions émises aux diverses étapes de soins afin d'intercepter d'éventuelles divergences et de les corriger si nécessaire [40]. Elle permet alors d'identifier les divergences intentionnelles (c'est-à-dire provenant d'une volonté du prescripteur d'optimiser ou changer la thérapeutique du patient), des divergences non intentionnelles, considérées alors comme des erreurs médicamenteuses.

Pour le moment, il n'existe pas de procédure ou d'outils standardisés pour effectuer la conciliation médicamenteuse. En attendant le rapport du projet High 5s, ce processus peut être différent selon les établissements mais suit néanmoins plusieurs étapes [42]:

- élaboration d'un historique médicamenteux (ou bilan médicamenteux optimisé «BMO»)
- comparaison de l'historique médicamenteux à la prescription hospitalière, qui est finalement l'étape à proprement dite de la conciliation
- caractérisation des divergences (intentionnelles ou non intentionnelles)
- intervention auprès du médecin prescripteur pour la correction des divergences.

Deux exemples de conciliation sont proposés ici en annexe (cf. annexe 7 et 8).

Cette démarche est pleinement en accord avec les améliorations proposées par les patients lors de cette étude, puisque le manque de concordance entre leur ordonnance d'entrée et de sortie est l'un des éléments ayant posé le plus de difficulté.

L'intérêt pour la conciliation est d'ailleurs grandissant et son bénéfice est réel: 38 à 68% d'erreurs médicamenteuses sont détectées grâce à cette méthode à l'admission et autour de 40% chez les patients en sortie d'hospitalisation [41, 42]. Dans leur étude, Vira et al mettent eux en évidence en moyenne 60% de discordances non intentionnelles, entre admissions et sorties confondues [43], parmi lesquelles les omissions, les erreurs de dose et de fréquence sont les discordances les plus fréquentes notamment dès l'admission.

L'étude de Murphy et al montre elle une réduction significative du nombre d'erreurs médicamenteuses après la mise en place de la conciliation, allant de 90 à 47% en chirurgie et 57 à 33% en médecine [44].

A ce jour, son application reste pourtant encore trop méconnue comme le montre une enquête réalisée en 2011, puisque 70% des étudiants et des professionnels de santé en médecine et pharmacie n'en avaient jamais entendu parler [45], ou trop peu appliquée du fait de la contrainte de temps (45 minutes en moyenne à l'entrée) [40,46].

Impact des modifications sur la satisfaction, l'adhésion et la continuité des soins

Satisfaction du patient

L'objectif secondaire de l'étude avait pour but d'évaluer la satisfaction du patient face aux modifications et à son ordonnance de sortie.

Trois profils de patients ont pu être identifiés parmi les 12 patients interviewés: 3 des patients se sont montrés plutôt insatisfaits, 3 complètement satisfaits et les 6 autres plutôt satisfaits. Parmi les facteurs influençant la satisfaction, l'impact sur le quotidien, la présence d'effets secondaires, l'absence d'explications ou encore la présence de discordances évitables ont été les arguments les plus souvent avancés par les personnes âgées.

Ces facteurs sont concordants avec ceux retrouvés dans la littérature.

Le SatMed-Q (Satisfaction with Medicines Questionnaire), développé et validé par Ruiz et al, est un auto-questionnaire de 17 questions regroupées en six items: efficacité / effets indésirables / confort d'utilisation / opinion générale du patient / effet du traitement sur le quotidien / qualité du suivi et de l'information apportée par les professionnelles de santé. Les réponses, exprimées selon une échelle à 5 points du «non pas du tout» à «oui beaucoup» permettraient une évaluation beaucoup plus précise du taux de satisfaction du patient face à leur nouveau traitement [47] (Annexe 9).

Lien entre satisfaction et adhésion

L'adhésion thérapeutique est définie comme un comportement adapté et actif de la part du patient qui œuvre à atteindre les objectifs thérapeutiques définis conjointement entre le patient et le professionnel [48].

Le lien entre satisfaction et adhésion est maintenant bien défini [49]: plus la personne âgée sera satisfaite vis-à-vis de ses traitements, plus elle y adhèrera.

Ce lien se confirme également dans cette étude puisque les patients les plus mécontents par les modifications réalisées lors de leur hospitalisation sont également ceux qui envisagent de rechanger leur ordonnance dès leur sortie.

Dans ce contexte, évaluer la satisfaction du patient lorsque l'on effectue des modifications de son ordonnance paraît indispensable.

Impact sur la continuité des soins

Si ce dernier point est si important, c'est que la satisfaction et l'adhésion d'un patient face à sa nouvelle ordonnance a également un impact direct sur le devenir du traitement en sortie d'hospitalisation.

Malheureusement, le médecin hospitalier aura beau optimiser l'ordonnance d'un patient au mieux, ses efforts seront vains s'il n'a pas pris en compte les difficultés du patient et sa satisfaction vis à vis de son ordonnance de sortie.

Et le problème n'est pas à prendre à la légère: Dans sa thèse en 2014, J.Widolf estime que dans 62,5% des cas le traitement effectivement pris par le patient n'est pas conforme au traitement prescrit par le médecin hospitalier dans le mois suivant la sortie d'hospitalisation. Parmi les modifications: 31,2% des patients reprenaient un de leur traitement habituel, 25% des patients présentaient des troubles de l'adhérence, et 14,6% s'étaient automédiqués [50].

D'autres études à l'étranger s'étalant sur 1 et 3 mois post hospitalisation confirment également ce lien entre adhésion et continuité du traitement [51,52].

Formulation de nouvelles hypothèses de recherche

Une étude parallèle auprès des médecins généralistes permettrait sans doute d'apporter d'avantages d'éléments et serait également pertinente afin de mieux cerner la problématique des modifications thérapeutiques en hospitalisation chez les personnes âgées.

Une étude quantitative auprès des médecins hospitaliers paraîtrait également intéressante. En effet, lors de la phase de recrutement, le thésard a à plusieurs reprises constaté que les internes ou les praticiens hospitaliers proposaient pour le recrutement des patients avec 1 ou 2 modifications d'ordonnance, quand l'interviewer en comptait souvent le double ou le triple lors des entretiens avec les patients. Une des hypothèses de ce travail suggère donc que le médecin hospitalier ne se rend pas compte de toutes les discordances qu'il engendre, hypothèse qu'il conviendrait de vérifier.

CONCLUSION

La transition entre l'hôpital et le domicile est une période clé en termes de continuité des soins chez la personne âgée. Du fait de nombreuses modifications de traitement engendrées par l'hospitalisation, le risque d'erreurs médicamenteuses est particulièrement important à cette étape, d'autant que cette population est à risque accru d'effets indésirables.

Les ajouts ou substitutions de médicaments sont globalement bien accueillis par les patients car attribués au motif d'hospitalisation, mais induisent néanmoins une perte de connaissance de l'ordonnance de sortie. Les modifications de prise ne semblent pas poser de difficulté particulière. Les modifications de doses nécessitent d'être notifiées car risquant de passer inaperçues. Les arrêts eux sont plus ou moins bien vécus en fonction de la représentation du médicament qu'a la personne âgée, et il convient de faire particulièrement attention aux antalgiques et psychotropes. Enfin, les omissions, suspensions transitoires et modifications de nom perturbent et induisent un mécontentement chez les patients, alors que ces dernières divergences sont pourtant évitables.

Afin de limiter ces erreurs, un travail de comparaison entre ordonnance d'entrée et de sortie ainsi qu'une adaptation de l'ordonnance aux personnes âgées paraît indispensable, sans oublier bien sûr l'explication de celle-ci en fin d'hospitalisation.

Ces éléments augmentent la satisfaction du patient face à son ordonnance de sortie, et de ce fait son adhésion à celle-ci. Il est donc important que les médecins hospitaliers les prennent en compte.

BIBLIOGRAPHIE

1. Insee - Population - Projections de population à l'horizon 2060 - Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans
2. Vionnet-Fuasset, J. (2005). "Fréquence et nature de la polymédication chez les personnes âgées en médecine générale." Université Pierre et Marie CURIE: p. 3-24.
3. Clerc, P., J. Le Breton, et al. (2009). "Étude Polychrome : Une méthode d'expertise pour optimiser des ordonnances de polyprescription en médecine générale. " Pratiques et Organisation des Soins
4. Monégat M., Sermet C. (2014) « La polymédication : définitions, mesures et enjeux. Revue de littérature et tests de mesure ». Questions d'économie de la santé n°204
5. Legrain S. (2005) « Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé ». HAS
6. APM. Des spécialistes invitent à « déprescrire » les personnes âgées qui prennent des médicaments inutiles ou à risque d'effets secondaires. Rapport d'une communication orale de P. Queneau, février 2007
7. Boisdin, E. and J. Doucet (2011). Etude prospective sur les déterminants de la déprescription des médicaments en médecine générale. Rouen. Thèse de doctorat en médecine.
8. Polymédication des personnes âgées : un enjeu de santé publique » dossier de presse, assurance maladie, 4 septembre 2003
9. Lachamp M, Pauly V, Sambuc R, Thirion X, Potard I, Molines C et al. [Cost-effectiveness of drugs modifications for inpatients hospitalised in acute care geriatric units.]. La Revue de médecine interne. 2012 Jun.
10. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Exercer, la revue de médecine générale. 2009;20(88) :106-12.
11. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. Exercer, la revue de médecine générale. 2013 ; 24(105) :4-11.
12. Sermet C. Article à paraître dont les données sont issues pour l'année 2000, de l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) du CREDES, des données de remboursement de la Sécurité sociale et de l'Enquête Permanente sur la Prescription Médicale (EPPM) d'IMS- health, disponible sur le site : <http://www.sante.gouv.fr>.
13. A. Lamouroux, A. Magnan, D. Vervloet. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? Revue des maladies respiratoires, vol 22, N°1. Février 2005, pp.31-34.

14. Boockvar, K., *et al.* Adverse events due to discontinuations in drug use and dose changes in patients transferred between acute and longterm care facilities. *Arch Intern Med*, 2004. 164(5) : p. 54550.
15. Boockvar, K. S., *et al.* Prescribing discrepancies likely to cause adverse drug events after patient transfer. *Qual Saf Health Care*, 2009. 18(1) : p. 326.
16. Auvray L, Sermet C. Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées : un état des lieux. *Gérontologie et société*, 2002/4 (vol.25/N°103)
17. Joël Ankri. Béatrice Beaufile. Dominique Ledisert .Jean Claude Henrard· Comportements vis-à-vis des médicaments et représentations de soi chez es personnes âgées souffrant de maladies chroniques. *Social science and Medicine*. Volume 44, Issue 3, February 1997, Pages 337-345.
18. Delphine Hauchard, Anne-marie Costalat-Founeau, Marie-Christine Picot. Représentation de la médication et déterminants de la consommation médicamenteuse chez la personne âgée. *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*. Volume 4, numéro 3, septembre 2006.
19. Antoine Piau, Christophe Hein, Fatémeh Nourhashemi, Mélanie Sebbagh, Sylvie Legrain. Omission de traitement chez la personne âgée : quelle définition pour quels enjeux ? *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2012; 10 (2):129-3
20. Robin Ferner, Warren Lenney, John Marriott. Controversy over generic substitution. [BMJ](#). 2010 Jun 1;340.
21. Shikier R, Rentz AM. Satisfaction with medication: an overview of conceptual, methodologic, and regulatory issues. *Value Health*. 2004 avr;7(2):204–15.
22. C.Trivalle. Ne pas substituer. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, (2002)12, 241-242.
23. Aubin-Augier I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer, la revue de médecine générale*. 2008 ; 19(84) : 142-5.
24. Sandra Burge; Darryl White; Ellen Bajorek; Oralía Bazaldua; Juan Trevino; Theresa Albright; Frank Wright; Leo Cigarroa. Correlates of Medication Knowledge and Adherence. *Family Medicine*. November-December 2005.
25. Stéphanie Guillaume, Zeynep Or (janvier 2016). « la satisfaction des personnes âgées en terme de prise en charge médicale et coordinations des soins : une approche qualitative exploratoire ». *Questions d'économies de la santé*. N°214.
26. [Perception & consommation de médicaments par les seniors - Enquête réalisée par l'Institut Français des Seniors entre le 23 et le 29 mars 2015](#), Leem, avril 2015
27. Ziegler DK, Mosier MC, Buenaver M, Okuyemi K. How much information about adverse effects of medication do patients want from physicians? *Arch Intern Med*. 12 mars 2001;161(5):706-13.

28. Borgsteede SD, Karapinar-Çarkit F, Hoffmann E, Zoer J, van den Bemt PMLA. Information needs about medication according to patients discharged from a general hospital. *Patient Educ Couns.* avr 2011;83(1):22-8.
29. Nair K, Dolovich L, Cassels A, McCormack J, Levine M, Gray J, et al. What patients want to know about their medications. Focus group study of patient and clinician perspectives. *Can Fam Physician.* janv 2002;48:104-10.
30. antucci R, Levêque D, Herbrecht R, Fischbach M, Gérout AC, Untereiner C, et al. Évènements iatrogènes médicamenteux : impact des consultations pharmaceutiques en cours d'hospitalisation. *Ann Pharm.* 2014
31. randjean C, Von Gunten V, Marty S, Meier P, Beney J. De l'anamnèse d'entrée à l'ordonnance de sortie: continuité des traitements médicamenteux des patients hospitalisés dans un hôpital régional suisse. *J Pharm Clin.* 2009;28(3):151-6.
32. rulebois A. Analyse des écarts de prescriptions médicamenteuses entre domicile, admission et sortie d'hospitalisation au Centre Hospitalier de Voiron: vers la conciliation des traitements médicamenteux: université joseph fourier, faculté de pharmacie de Grenoble ; 2010.
33. olombe M, Blanchemain S, Six A, Kowalski V, Lescure P. Prévalence des divergences médicamenteuses en sortie de court séjour gériatrique. *Pharm Hosp Clin.* juin 2014;49(2):e105.
34. outellier M. Impact d'une hospitalisation dans un service de médecine sur les traitements prescrits au long cours en médecine générale : université Paris Diderot 7; 2012
35. ira T, Colquhoun M, Etchells E. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Qual Saf Health Care.* avr 2006;15(2):122-6
36. Caroline Claeys. Continuité des traitements médicamenteux après la sortie de l'hôpital. *Presse universitaire de Louvain*, 2010 ; p48-68.
37. Friedl J. Les patients face aux modifications de traitement après une hospitalisation : intérêt du pharmacien clinicien dans la conciliation médicamenteuse de sortie. Université toulouse III Paul Sabatier, faculté des sciences pharmaceutiques ; 2014.
38. HAS. Initiative des High 5s : Rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français. Septembre 2015.
39. Broyart. Fiche projet international High5s. HAS. 2014
40. Penfornis S. Prévention des événements indésirables liés aux médicaments grâce au bilan comparatif des médicaments, aux divers points de transition du patient à l'hôpital. Lille; 2011.
41. alanitro AH, Osborn CY, Schnipper JL, Roumie CL, Labonville S, Johnson DC, et al. Effect of patient- and medication-related factors on inpatient medication reconciliation errors. *J Gen Intern Med.* août 2012;27(8):924-32.
42. Doerper S. La conciliation des traitements médicamenteux. Sécuriser le parcours de soins du patient. Congrès FNSIP-BM; 2014 juin; Paris.
43. Vira T, Colquhoun M, Etchells E. Reconcilable differences: correcting medication

errors at hospital admission and discharge. Qual Saf Health Care. Avril 2006;15(2):122-6.

44. Murphy EM, Oxencis CJ, Klauck JA, Meyer DA, Zimmerman JM. Medication reconciliation at an academic medical center: implementation of a comprehensive program from admission to discharge. Am J Health-Syst Pharm AJHP Off J Am Soc Health-Syst Pharm. 1 déc 2009;66(23):2126-31.
45. Penfornis S, Bédard P, Bailey B, Bussières J-F. Pratique de conciliation des traitements médicamenteux en France: enjeux et sondage pilote d tat des lieux. Pharm Hosp Clin. sept 2012;47(3):204-9.
46. Huynh-Lefevre L, Rouault M, Hermitte A, Quiniou M, Temporelli M, Hofmann C. Conciliation médicamenteuse à l'admission des patients: une plus-value pharmaceutique. Pharm Hosp Clin. juin 2014;49(2):e163.
47. Ruiz MA, Pardo A, Rejas J, Soto J, Villasante F, Aranguren JL. Development and validation of the « Treatment Satisfaction with Medicines Questionnaire » (SATMED-Q). Value Health. 2008 oct;11(5):913-26.
48. J.Petermans, A.Samalea Suarez, T.Van Hees. Observance thérapeutique en gériatrie. Rev Med Liège 2010; 65 : 5-6
49. Stéphanie Delestras. La satisfaction vis-à-vis des traitements : un élément d'optimisation des interventions visant à améliorer l'adhésion du patient. Sciences pharmaceutiques. 2011.
50. J.Widolf. Prise en charge médicamenteuse de la personne âgée lors des transitions Hôpital-ville : Devenir du traitement médicamenteux lors du retour   domicile. Faculté de médecine de Strasbourg. 2014.
51. W. Kruse, J. Rampmaier, C. Frauenrath-Volkers, D. Volker, I. Wankm ller, W. Micol, G. Schlierf. Drug-prescribing patterns in old age : A study of the impact of hospitalization on drug prescriptions and follow-up survey in patients 75 years and older. [European Journal of Clinical Pharmacology](#). September 1991, Volume 41, [Issue 5](#) , pp 441-447
52. Mansur N, Weiss A, Hoffman A, Gruenewald T, Beloosesky Y. Continuity and adherence to long-term drug treatment by geriatric patients after hospital discharge: a prospective cohort study. Drugs Aging. 2008; 25 (10): 861-70.

LISTE DES FIGURES

Figure I : Carte visuelle simplifiée	5
Figure II : Shikiar et al; Hierarchy of levels health satisfaction	20

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : profils des patients	Erreur ! Signet non défini.
Tableau II : suite des profils des patients.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau III : Détails des modifications.....	10

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	A
INTRODUCTION.....	1
MATERIELS ET MÉTHODES.....	2
RÉSULTATS.....	3
CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE	3
LE VÉCU DES MODIFICATIONS	7
DES PATIENTS CONFIANTS	7
DES PATIENTS COMPLIANTS	7
UNE COMPLIANCE LIÉE À L'HOSPITALISATION	9
DÉCOUVERTE DE L'ORDONNANCE DE SORTIE ET RESENTIS	9
LA DÉCOUVERTE	9
DE NOMBREUSES MODIFICATIONS	10
AVIS SELON LES DISCORDANCES ET IMPACT SUR LE SUIVI	11
SATISFACTION DU PATIENT FACE À SA NOUVELLE ORDONNANCE	19
EVALUATION DE LA SATISFACTION.....	19
FACTEURS INFLUENÇANT LA SATISFACTION	22
PISTES D'AMÉLIORATIONS	23
LES AMÉLIORATIONS CONCERNANT LE DÉROULEMENT DES MODIFICATIONS	23
LES AMÉLIORATIONS CONCERNANT LES MODIFICATIONS EFFECTUÉES	24
LES AMÉLIORATIONS CONCERNANT L'ORDONNANCE DE SORTIE	24
DISCUSSION	25
DISCUSSION AUTOUR DE LA METHODOLOGIE.....	26
LES MODIFICATIONS NE SONT PAS TOUJOURS SOURCE DE DIFFICULTÉS	23
FACTEURS INFLUENÇANT LE RESENTI DU PATIENT FACE AUX MODIFICATIONS	27
LES SOLUTIONS IDENTIFIÉES POUR EFFECTUER LES MODIFICATIONS AU MIEUX ...	29
COMPARAISON AUX DONNÉES DE LA LITTÉRATURE EXISTANTE	30
IMPACT SUR LA SATISFACTION, L'ADHÉSION ET LA CONTINUITÉ DES SOINS	32
FORMULATION DE NOUVELLES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	33
CONCLUSION.....	34
BIBLIOGRAPHIE	35
LISTE DES FIGURES.....	39
LISTE DES TABLEAUX	39
TABLE DES MATIÈRES.....	40
ANNEXES.....	I

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre d'information aux patients

Département de Médecine Générale
UFR Santé d'Angers
Rue Haute de Reculée
49045 Angers CEDEX 01

Madame, monsieur,

Je suis interne en médecine générale. Dans le cadre de mon travail de thèse, je mène une étude qui s'intéresse au ressenti des personnes âgées sur la modification de leur ordonnance au cours d'une hospitalisation.

L'objectif de ce travail est de nous permettre de mieux comprendre cette thématique.

Pour cela, il nous semble intéressant de recueillir votre expérience sur la modification de votre ordonnance qui a eu lieu lors de votre dernière hospitalisation.

Je souhaiterais échanger avec vous sur cette question pendant environ une demi-heure à une heure, dans le lieu de votre choix.

La participation à ce travail ne change en rien votre prise en charge médicale.

Vous aurez la possibilité d'interrompre totalement l'entretien à tout moment ; aucune justification ne vous sera demandée. Vous avez également une liberté totale de réponse, avec la possibilité de répondre que vous ne savez pas, ou d'ajouter de nouveaux éléments si vous le souhaitez.

Cet entretien sera enregistré, puis retranscrit (écrit sur ordinateur). Rien de ce qui aura été dit ne sera modifié. Toutes les informations permettant de vous identifier (votre nom, le nom de personnes citées...) seront ensuite rendues anonymes.

Nous vous en adresserons une retranscription par courrier si vous le souhaitez.

Nous vous inviterons à signer un consentement permettant l'enregistrement de l'entretien et l'utilisation de sa retranscription anonymisée.

Si vous acceptez de participer à ce projet, je vous laisse me contacter :

- Par email : vgadelle@gmail.com
- Ou par courrier directement au département de médecine générale de la Faculté de médecine d'Angers.
(Adresse dans l'entête)

En vous remerciant par avance pour votre aide,

Virginie GADELLE.

Annexe 2 : Formulaire de consentement

Département de Médecine Générale
UFR Santé d'Angers
Rue Haute de Reculée
49045 Angers CEDEX 01

Titre du travail : Ordonnance de sortie d'hospitalisation : Ressenti du patient âgé concernant les modifications

Nom du thésard : Gadelle Virginie

DECLARATION DE CONSENTEMENT POUR ENREGISTREMENT AUDIO A DES FINS D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Je soussigné(e) _____
Né(e) le _____

Confirme avoir été informé(e) des éléments suivants :

- l'entretien fera l'objet d'un enregistrement audio,
- les objectifs de l'enregistrement et de son utilisation m'ont été expliqués
- j'aurai la possibilité de lire la retranscription (écriture intégrale de l'entretien sur ordinateur)
- à ma demande, l'enregistrement et sa retranscription pourront être effacés*

Je consens à ce que cet enregistrement soit utilisé pour la formation et la recherche au sein de l'UFR Santé de l'Université d'Angers.

A _____, le _____

Signature:

*Déclaration de révocation:

M., Mme, Melle _____

Déclare révoquer le consentement susmentionné

A _____, le _____

Signature

Annexe 3 : Accord du comité d'éthique du CHU d'Angers



COMITE D'ETHIQUE

Pr Christophe Baufreton

Dr Aurore Armand
Département de Médecine d'Urgence
aumarmand@chu-angers.fr

Angers, le 22 juillet 2016

A Mme Gadelle Virginie

Chère Collègue,

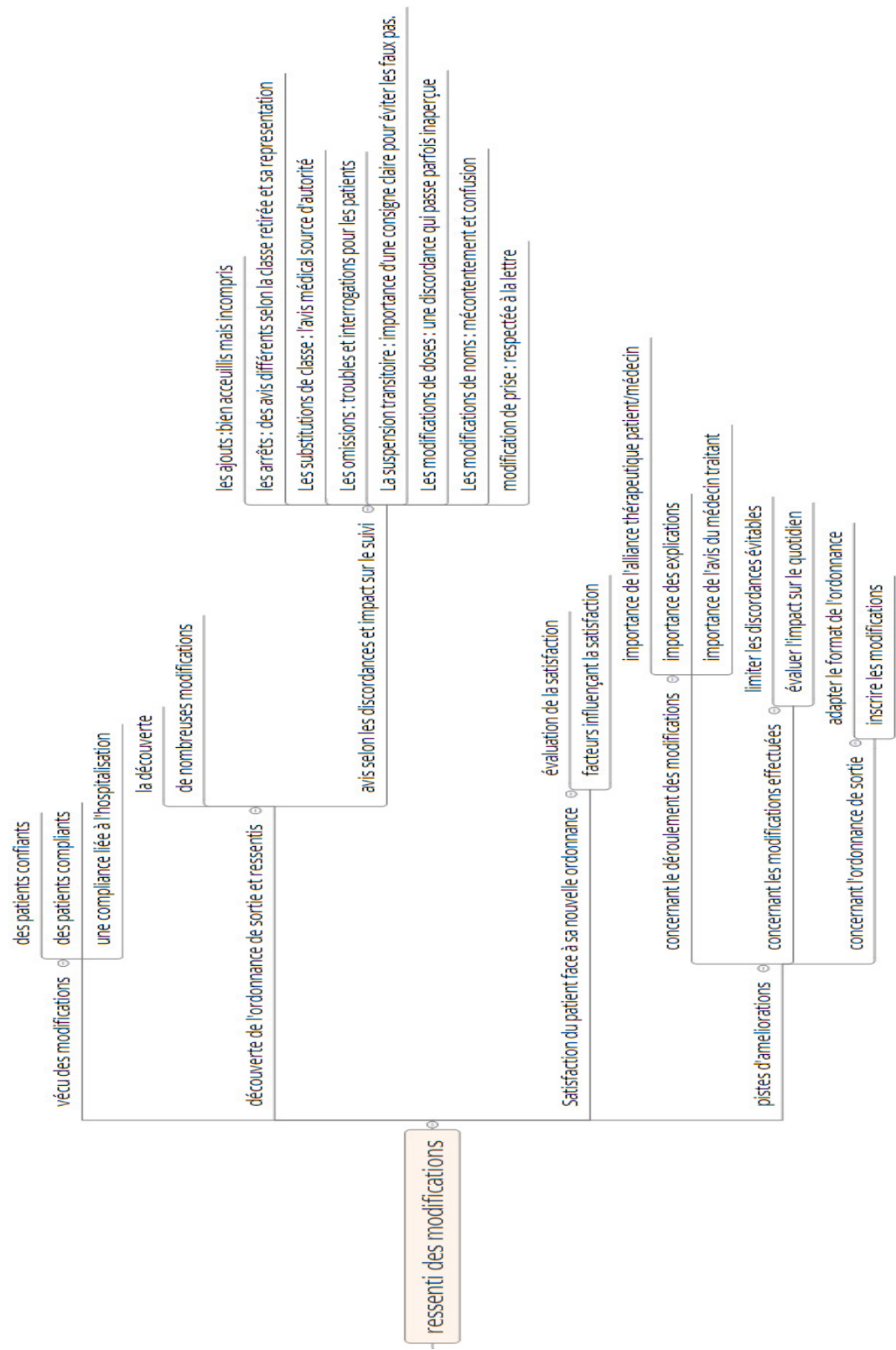
Le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné dans sa séance du 14 septembre 2016 votre étude « *Prescription médicamenteuse chez la personne âgée : analyse du ressenti du patient quant à une modification de son ordonnance à l'issue d'une hospitalisation.* » enregistrée sous le numéro **2016/81**.

Après examen des documents transmis, audition des rapports et discussion suite aux remarques émises en séance par les membres du Comité, votre projet ne soulève pas d'interrogation éthique.

Je vous prie de croire, Madame, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Professeur Christophe Baufreton

Annexe 4 : Carte conceptuelle



Guide d'entretien: questionnaire semi-dirigé

(*Questions principales / questions de relance, si besoin)

1/ Profil du patient :

* Avant de parler de vos médicaments, pouvez-vous vous présenter et m'en dire un peu plus sur vous?

- *Nom, Prénom, âge*
- *Activité professionnelle actuelle ou passée*
- *Mode de vie: seul / en famille / en couple*

* Vous avez été hospitalisé dans le mois précédent cet entretien, pouvez-vous me préciser pour quel motif et la durée de l'hospitalisation?

2/ Gestion des médicaments

*Nous allons maintenant parler de vos médicaments d'une façon générale. Expliquez-moi ce qu'ils représentent pour vous et comment vous les gérez au quotidien?

- *seul/ avec une aide/ avec un pilulier?*
- *Où sont-ils rangés?*
- *Quelle est la place de vos médicaments dans votre vie de tous les jours? Que représentent-ils pour vous?*
- *Pourquoi est-il important pour vous de gérer vos médicaments?*

*Que pensez-vous du fait qu'à l'hôpital, vous ne puissiez pas gérer vos médicaments?

3/ Vécu de la modification thérapeutique

*A l'issue de votre hospitalisation, votre ordonnance de médicaments a été changée, racontez-moi comment s'est passée cette modification?

- *Qui est à l'origine de cette modification?*
- *Savez-vous pourquoi ces modifications ont été réalisées?*
- *Est-ce que votre avis a été pris en compte?*
- *Vous a-t-on expliqué ces modifications?*

4/ Satisfaction:

*Voyons maintenant l'ordonnance qui vous a été remise à la sortie: Qu'en pensez-vous globalement?

- *Cette ordonnance vous semble-t-elle plus ou moins complexe que votre ordonnance de ville?*
- *Que pensez-vous du nombre de médicaments?*
- *Comprenez-vous cette ordonnance?*
- *Avez-vous des craintes quant à cette modification?*

*Avez-vous l'impression d'être mieux ou moins bien pris en charge à l'issue de cette hospitalisation?

5/ Adhésion:

*Que changeriez-vous si vous en aviez le choix sur cette ordonnance?

- *Allez-vous prendre tous les médicaments prescrits?*
- *Les médicaments rajoutés vous semblent-ils indispensables?*

- *Souhaitez-vous reprendre certains médicaments retirés?*
- *Souhaiteriez-vous changer la forme galénique de certains médicaments?*

6/ Aspect relationnel médecin-patient

*A votre avis, que va penser votre médecin traitant de cette nouvelle ordonnance?

- *Pensez-vous qu'il va remodifier votre ordonnance?*
- *Comment qualifieriez-vous votre relation avec votre médecin traitant? avec le praticien hospitalier?*

7/ Pistes d'améliorations

*Avant de finir cet entretien, comment pourrait-on à votre avis améliorer notre façon de faire pour que les modifications d'ordonnance soient réalisées au mieux?

A la fin de chaque entretien:

«Merci d'avoir répondu à ces questions. Les résultats de l'étude vous seront communiqués si vous le souhaitez, une fois qu'elle sera terminée»

Guide d'entretien 2: questionnaire semi-dirigé

(*Questions principales / questions de relance, si besoin)

1/ Profil du patient :

* Avant de parler de vos médicaments, pouvez-vous vous présenter et m'en dire un peu plus sur vous?

- *Nom, Prénom, âge*
- *Activité professionnelle actuelle ou passée*
- *Mode de vie: seul / en famille / en couple*

* Vous avez été hospitalisé dans le mois précédent cet entretien, pouvez-vous me préciser pour quel motif et la durée de l'hospitalisation?

2/ Gestion des médicaments

*Nous allons maintenant parler de vos médicaments d'une façon générale. Expliquez-moi ce qu'ils représentent pour vous et comment vous les gérez au quotidien?

- *seul/ avec une aide/ avec un pilulier?*
- *Où sont-ils rangés?*
- *Que représentent vos médicaments pour vous?*

*Que pensez-vous du fait qu'à l'hôpital, vous ne puissiez pas gérer vos médicaments?

3/ Vécu de la modification thérapeutique

*A l'issue de votre hospitalisation, votre ordonnance de médicaments a été changée, racontez-moi comment s'est passée cette modification?

- *Qui est à l'origine de cette modification?*
- *Savez-vous pourquoi ces modifications ont été réalisées?*
- *Est-ce que votre avis a été pris en compte?*
- *Vous a-t-on expliqué ces modifications?*

4/ Satisfaction:

* A la remise de votre ordonnance de sortie, combien de temps le médecin a-t-il passé avec vous?

*Voyons maintenant l'ordonnance qui vous a été remise à la sortie : Qu'en pensez-vous globalement?

- *Cette ordonnance vous semble-t-elle plus ou moins complexe que votre ordonnance de ville?*
- *Quelles difficultés ressentez-vous face à cette ordonnance, si vous en avez?*

* On compte x modifications, qu'en pensez-vous?

*Avez-vous l'impression d'être mieux ou moins bien pris en charge à l'issue de cette hospitalisation?

5/ Adhésion :

*Que changeriez-vous si vous en aviez le choix sur cette ordonnance?

- *Allez-vous prendre tous les médicaments prescrits?*
- *Les médicaments rajoutés vous semble-t-il indispensables?*
- *Souhaitez-vous reprendre certains médicaments retirés?*
- *Souhaiteriez-vous changer la forme galénique de certains médicaments?*

6/ Aspect relationnel médecin-patient

*A votre avis, que va penser votre médecin traitant de cette nouvelle ordonnance?

- *Pensez-vous qu'il va remodifier votre ordonnance?*
- *Comment qualifieriez-vous votre relation avec votre médecin traitant ? avec le praticien hospitalier?*

7/ Pistes d'améliorations

*Avant de finir cet entretien, comment pourrait-on à votre avis améliorer notre façon de faire pour que les modifications d'ordonnance soient réalisées au mieux?

A la fin de chaque entretien:

«Merci d'avoir répondu à ces questions. Les résultats de l'étude vous seront communiqués si vous le souhaitez, une fois qu'elle sera terminée»

Annexe 7 : Exemple 1 de conciliation médicamenteuse

NOM :
Prénom :
Date de naissance : / /
IPP :

Nom du service :

Numéro de chambre :

Médecin traitant :
Infirmier à domicile :
Pharmacien d'officine :
EHPAD :

Conciliation faite le				entre*		et**				Processus de conciliation :			
Bilan médicamenteux				Ordonnance du						Décision médicale/ Erreur médicamenteuse		Commentaires	
Nom/dosage/forme		Posologie/voie		Nom/dosage/forme	Posologie/voie			Existence d'une divergence	Divergence Intentionnelle ou Erreur médicamenteuse				
		M	M		S	N							

*Nom du concilisateur 1 - **Nom du concilisateur 2

Annexe 8 : Exemple 2 de conciliation médicamenteuse

Insérer
le logo de
l'établissement

CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX A LA SORTIE

Nous avons établi à l'entrée un bilan des traitements habituellement pris par le patient avant son hospitalisation. Vous trouverez ci-dessous ce bilan ainsi que les modifications de traitement survenues durant l'hospitalisation.

Le patient : Nom - Prénom : Date de naissance : Poids : Fonction rénale : Qui gère le traitement médicamenteux à domicile : Allergies / Réaction / Sources :			Professionnels de santé de ville : Médecin traitant + tél : Dr : Pharmacie référente + tél : Autres contacts utiles :			Date d'admission : Service / UF : Provenance : Date de sortie :			
Médicaments habituels avant l'hospitalisation				Médicaments prescrits à la sortie					
DCI (Principes) forme galénique et dosage	Schéma posologique	Statut (Poursuivi, Modifié ↑↓, Suspendu, Arrêté, Initié)	Commentaires pharmaceutiques	DCI (Principes) forme galénique et dosage	Schéma posologique				Indications
					Matin	Midi	Soir	Coucher	
Observations :									
Document remis au patient à sa sortie									
Conciliation faite avec : (Nom, prénom, fonction)			Analyse pharmaceutique faite par : (Nom, prénom, fonction)			Date/Heure : BMS fait par : (Nom, prénom, fonction)			Date/Heure :

Document créé par le Groupe Hospitalier Saint Vincent - Strasbourg, 01/16

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION SUR LE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Questionnaire SATMED-Q*

Nous souhaiterions connaître votre degré de satisfaction quant au traitement médicamenteux que vous prenez actuellement. Dans l'hypothèse où vous seriez traité(e) pour plusieurs maladies, veuillez indiquer ci-après l'une de ces maladies et répondez à ce questionnaire en faisant référence uniquement au traitement médicamenteux que vous prenez pour traiter cette maladie-là.

Le traitement médicamenteux que vous prenez actuellement concerne la maladie suivante :

.....

Ce questionnaire comprend 2 pages. Pour chaque question, cochez le numéro qui reflète le mieux votre opinion, sachant qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Si vous hésitez concernant l'une des réponses, sélectionnez celle qui vous semble la mieux adaptée à votre cas.

- Avez-vous ressenti un quelconque **effet indésirable** lié au traitement médicamenteux ?

☐ Non, aucun

☐ Oui, au moins un

Lequel/lesquels :

- Les questions suivantes portent sur les **effets indésirables** liés au traitement médicamenteux :

	Non, pas du tout	Un peu	Modéré-ment	Assez	Oui, beaucoup
1. Les effets indésirables du traitement ont un impact sur mes capacités physiques	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
2. Les effets indésirables du traitement ont un impact sur mes activités de loisir et de temps libre	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
3. Les effets indésirables du traitement ont un impact sur mes tâches quotidiennes	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

- Les questions suivantes portent sur l'**efficacité du traitement médicamenteux**, c'est-à-dire sa capacité à traiter votre maladie et à soulager vos symptômes :

	Non, pas du tout	Un peu	Modéré-ment	Assez	Oui, beaucoup
4. Le traitement que je prends actuellement soulage mes symptômes	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
5. Le traitement commence à faire effet après une durée que j'estime satisfaisante	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
6. Je me sens mieux maintenant qu'avant de commencer le traitement	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

- Les questions suivantes portent sur les **aspects pratiques du traitement médicamenteux** et sur sa facilité d'administration :

	Non, pas du tout	Un peu	Modéré-ment	Assez	Oui, beaucoup
7. Mon traitement est pratique à prendre	⑤	④	③	②	①
8. Mon traitement est dans l'ensemble facile à prendre/ utiliser sous sa forme actuelle (goût, taille, etc.)	⑤	④	③	②	①
9. Les horaires de prise sont pratiques	⑤	④	③	②	①

- Les questions suivantes portent sur les **effets du traitement médicamenteux** sur votre quotidien :

	Non, pas du tout	Un peu	Modéré-ment	Assez	Oui, beaucoup
10. Le traitement que je prends actuellement facilite mes activités de loisir et de temps libre	⑤	④	③	②	①
11. Mon traitement facilite ma toilette	⑤	④	③	②	①
12. Mon traitement facilite mes tâches quotidiennes	⑤	④	③	②	①

- Les questions suivantes concernent le **suivi médical** de votre maladie :

	Non, pas du tout	Un peu	Modéré-ment	Assez	Oui, beaucoup
13. Mon médecin (ou autre professionnel de santé) m'a fourni des informations détaillées sur ma maladie	⑤	④	③	②	①
14. Mon médecin (ou autre professionnel de santé) m'a expliqué comment traiter correctement ma maladie	⑤	④	③	②	①

- Pour finir, voici quelques questions concernant votre **opinion générale** sur ce traitement médicamenteux et sur votre état de santé :

	Non, pas du tout	Un peu	Modéré-ment	Assez	Oui, beaucoup
15. J'ai l'intention de poursuivre ce traitement	⑤	④	③	②	①
16. Je me sens bien avec ce traitement	⑤	④	③	②	①
17. Je suis globalement satisfait(e) de ce traitement	⑤	④	③	②	①

Selon vous, ce questionnaire est-il clair et facile à remplir ?

☐ Non, pas du tout

☐ Un peu

☐ Modérément

☐ Assez

☐ Oui, tout à fait

Nous vous remercions de votre collaboration

RÉSUMÉ

Introduction: La transition entre l'hôpital et le domicile est une période clé en termes de continuité des soins. Avec 2 ordonnances sur 3 modifiées au décours de l'hospitalisation, le risque d'erreurs médicamenteuses est particulièrement important chez les personnes âgées, d'autant que cette population est à risque accru d'effets indésirables. Nous avons donc cherché à recueillir l'avis des patients face à ces modifications, les difficultés éventuelles en découlant et à évaluer leur niveau de satisfaction quant à leur ordonnance de sortie.

Matériels et Méthodes: Une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs a été menée d'août 2016 à janvier 2017 auprès de sujets âgés de plus de 75 ans sans démence connue. Ils ont été recrutés auprès de médecins généralistes et hospitaliers de Maine et Loire dans le mois suivant leur hospitalisation et avaient un minimum de 4 médicaments sur leur ordonnance.

Résultats: 12 patients ont été recrutés. 8 types de modifications ont été recensés avec en moyenne 6,3 modifications par patient entre ordonnance d'entrée et de sortie. Ce nombre important de modifications n'est pas sans susciter diverses réactions chez les personnes âgées qui s'interrogent sur la pertinence de ces divergences. Parmi les modifications, les ajouts et substitutions de classe sont bien acceptés mais induisent une perte de connaissance des médicaments prescrits. Les modifications de prise ne posent pas de véritables difficultés. Les modifications de doses peuvent pour leur part passer inaperçues si elles ne sont pas notifiées. Les arrêts eux sont plus au moins bien vécus en fonction de la représentation que se fait la personne âgée de ce médicament. Enfin, les omissions et suspensions sont source de confusion, et les modifications de nom source de mécontentements. Certaines de ces discordances sont pourtant évitables et impactent directement sur la satisfaction et donc l'adhésion de la personne âgée vis-à-vis de son ordonnance de sortie.

Conclusion: un travail de comparaison entre ordonnance d'entrée et de sortie semble donc indispensable afin de limiter les erreurs, ainsi que l'explication et la notification de chacune de ces modifications en fin d'hospitalisation.

Mots-clés: étude qualitative, patients âgés, modifications thérapeutiques, sortie d'hospitalisation, discordances évitables, satisfaction, adhésion

Output prescription : the elderly patient's feeling about the therapeutic changes

ABSTRACT

Introduction: The transition from hospital to home is a key period in terms of continuity of health care. With 2 out of 3 prescriptions modified after hospitalization, the risk of medication errors is particularly high in the elderly people, especially as this population have increased risk for adverse effects. We therefore sought to gather patients' opinions on prescription changes, the possible difficulties arising from them and to assess their level of satisfaction with their output prescription.

Materials and Methods: A qualitative study was carried out from August 2016 to January 2017 including individuals who were over 75 years of age and had no known dementia. They were recruited from general and hospital doctors in Maine et Loire in the month following their hospitalization and had a minimum of 4 drugs on their prescription.

Results: 12 patients were recruited. 8 types of changes were recorded with an average of 6.3 changes per patient between entry and exit prescriptions. This large number of changes is not without eliciting a variety of reactions among the elderly who question the relevance of these changes. Among the modifications, class additions and substitutions are well accepted but induce a loss of knowledge of prescription drugs. There are no real difficulties in making adjustments. Dose changes can go unnoticed if they are not notified. Stopping some medications are more or less well accepted according to the representation of the medication. Finally, omissions and short term suspensions are confusing, and changes in names of medicines cause discontent. Some of these discrepancies are avoidable and directly affect the satisfaction and therefore the adhesion of the elderly with their output prescription.

Conclusion: A comparison between the entry and output prescriptions seems therefore indispensable in order to limit errors. As well, the explanation and the notification of each of these modifications at the end of hospitalization is necessary.

Keywords : Qualitative study, elderly patients, therapeutic changes, discharge from hospital, avoidable discordances, satisfaction, adherence