



Problèmes à l'interface entre l'hôpital et le retour à domicile

Stefan Neuner-Jehle

Chefredaktor; Leier Chronic Care, Institut für Hausarztmedizin Zürich, Universität und Universitätsspital Zürich

Une transition particulièrement délicate dans le parcours des patients est celle entre les soins hospitaliers et le retour à domicile: il existe par exemple un risque d'erreurs de transmission au niveau de la médication ou de transfert d'informations incomplet/retardé entre l'hôpital et les professionnels de santé assurant la suite de la prise en charge [1]. Cela peut logiquement nuire aux patients ou conduire à des ré-hospitalisations inutiles ou prématurées [2]. Par conséquent, les hôpitaux et les systèmes de santé (avant tout en Scandinavie) misent sur un examen critique de la liste des médicaments au début, durant et à la fin de l'hospitalisation, qui, dans l'idéal, est complété par une prise de contact avec les patients et les médecins de famille impliqués [3]. Les preuves quant à l'impact de telles interventions sur des paramètres, tels que les ré-hospitalisations, les visites au service des urgences, les visites médicales, la mortalité et les coûts, et quant à la forme exacte que doivent prendre les interventions ne sont cependant pas encore très claires [3, 4].

Une équipe de recherche de l'Institut de médecine de famille de Zurich s'est dès lors penchée sur ces questions dans le cadre d'une étude du Fonds national suisse (PNR 74) [5]: 21 hôpitaux ou services hospitaliers ont été randomisés soit dans un groupe actif soit dans un groupe contrôle. Dans le groupe actif, 68 médecins-cadres (et indirectement 164 médecins-assistants) ont été formés à la réalisation d'un examen critique et participatif de la liste des médicaments avec les patients, sous forme de liste de contrôle, à la sortie de l'hôpital. En outre, les médecins de famille assurant la suite de la prise en charge ont été invités, dans le rapport de sortie, à participer à une discussion au sujet des changements médicamenteux. La comparaison des 304 patients âgés multimorbides polymédiqués du groupe actif et des 305 patients du groupe contrôle n'a pas révélé de différences considérables au niveau des paramètres mentionnés ci-dessus (publication en préparation) au cours d'une période d'observation de six mois. Sous l'angle de la *faisabilité* et de l'*acceptation*, les médecins-cadres hospitaliers ont souligné qu'ils attachaient une grande importance à la qualité s'agissant de la médication et de la gestion des sorties et à une bonne communication avec les médecins de famille, et

ils s'employaient également à enseigner de telles valeurs aux médecins-assistants [6]. D'un autre côté, la charge de travail et le manque de temps ont été mentionnés comme des facteurs compliquant le recours à de telles activités lors de la sortie des patients, et des réserves ont été émises quant à l'utilisation future de la liste de contrôle de sortie. Tous les professionnels impliqués se sont félicités que tout changement de la médication soit clairement communiqué dans le rapport de sortie. Cela améliore la continuité de la prise en charge et contribue à éviter que, faute d'informations sur les raisons d'un changement médicamenteux, le médecin assurant la suite de la prise en charge réinstalle tout simplement les médicaments d'avant l'hospitalisation, ce qui est regrettable [7]. La conclusion de notre travail de recherche: une liste de contrôle de sortie d'hôpital simple (dans un souci de faisabilité) ne permet pas d'appréhender suffisamment la complexité des patients âgés multimorbides et de leurs problèmes lors de la sortie de l'hôpital. Une bonne implication des professionnels assurant la suite de la prise en charge est probablement décisive, mais pas facile à atteindre.

Références

- 1 Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *Jama*. 2007;297(8):831-41.
- 2 Parekh N, Ali K, Page A, Roper T, Rajkumar C. Incidence of Medication-Related Harm in Older Adults After Hospital Discharge: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc*. 2018;66(9):1812-22.
- 3 Kempen TGH, Bertilsson M, Hadziosmanovic N, Lindner KJ, Melhus H, Nielsen EI, et al. Effects of Hospital-Based Comprehensive Medication Reviews Including Postdischarge Follow-up on Older Patients' Use of Health Care: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2021;4(4):e216303
- 4 Christensen M, Lundh A. Medication review in hospitalised patients to reduce morbidity and mortality. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2(2):Cd008986.
- 5 Grischott T, Zechmann S, Rachamin Y, et al. Improving inappropriate medication and information transfer at hospital discharge: study protocol for a cluster RCT. *Implement Sci* 2018;13:155. doi:10.1186/s13012-018-0839-1;pmid:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30591069
- 6 Rachamin Y, Grischott T, Neuner-Jehle S. Implementation of a complex intervention to improve hospital discharge: process evaluation of a cluster randomised controlled trial. *BMJ Open* 2021;11:e049872. doi: 10.1136/bmjopen-2021-049872
- 7 Anthierens S, Tansens A, Petrovic M, Christiaens T. Qualitative insights into general practitioners views on polypharmacy. *BMC Fam Pract*. 2010;11:65.

Prof. Dr méd.
Stefan Neuner-Jehle
Institut für Hausarztmedizin
Universität und Universitätsspital Zürich
stefan.neuner-jehle[at]usz.ch