

Les médicaments à la sortie de l'hôpital

Rapport d'étude

Mai 2012

Belche JL, Berrewaerts MA, Ketterer F, Duchesnes C. & Giet D.

Les membres de l'équipe du Département universitaire de Médecine Générale (DUMG) ayant participé à cette étude sont :

Belche Jean-Luc, médecin généraliste

Berrewaerts Marie-Astrid, médecin généraliste

Ketterer Frédéric, sociologue

Duchesnes Christiane, médecin généraliste

Giet Didier, médecin généraliste

Nous adressons également nos remerciements à Pascal Detroz, du SMART (ULg), pour sa gentillesse et son aide précieuse concernant la mise à disposition et l'utilisation du logiciel Qualtrics, lors de la deuxième phase de la recherche.

Sommaire

PREAMBULE.....	6
PHASE 1 : SOLUTIONS PRIORITAIRES PAR GROUPE PROFESSIONNEL	7
Introduction.....	7
Méthode.....	7
Les participants	7
Le groupe nominal.....	7
L'analyse	7
Classification des propositions	7
Identification de l'acteur de changement par les professionnels qui les évoquent.....	8
Evaluation des indices de priorité et popularité.....	8
Résultats.....	8
Participants.....	8
Classification des propositions	8
L'hôpital.....	9
Le médecin généraliste ou un autre acteur de la première ligne.....	9
Les pharmaciens	9
Les laboratoires pharmaceutiques	10
Tout professionnel de santé dont le but est de conserver le traitement.....	10
Un interlocuteur-clef pour l'ensemble de la prise en charge.....	10
Une meilleure communication entre professionnels	10
Un support informatique.....	10
Des outils communs	11
Procédures standardisées	11
Prise en compte de l'aspect financier	11

Les acteurs du changement d'après les professionnels qui les évoquent.....	11
Figure 1 : Les acteurs du changement selon les professionnels interrogés	12
Les indices de priorité et de popularité.....	13
Discussion.....	14
PHASE 2 : SOLUTIONS PRIORITAIRES CONSENSUELLES POUR TOUS LES GROUPES DE PROFESSIONNELS	18
Introduction.....	18
Méthode.....	18
Les participants	18
La méthode Delphi	18
Premier tour du Delphi.....	19
Les propositions soumises aux participants	19
Résultats	19
Participants.....	19
Classement des propositions selon le degré d'accord	20
Deuxième tour.....	20
Les propositions soumises aux participants	20
Classement des propositions.....	20
Résultats	21
Participants.....	21
Les propositions consensuelles	21
Discussion.....	24
Conclusion	25
Annexe 1 : les 101 propositions émises par les groupes	26
Annexe 2 : Classification des propositions	32
L'hôpital.....	32
Le médecin généraliste ou un autre acteur de la première ligne.....	32

Les pharmaciens	33
Les laboratoires pharmaceutiques	33
Tout professionnel de santé dont le but est de conserver le traitement.....	33
Un interlocuteur-clef pour l'ensemble de la prise en charge	34
Une meilleure communication entre professionnels	35
Un support informatique.....	36
Des outils communs	36
Procédures standardisées	37
Prise en compte de l'aspect financier	37
Annexe 3 : Indice de popularité.....	39
Annexe 4 : résultats du premier tour du Delphi	40
Annexe 5 : Classement réalisé à la fin de la première phase du Delphi sur les propositions ayant un accord sur le fond mais pas sur la forme.....	42
Annexe 6 : Reformulations ou précisions apportées dans les propositions.....	43

PREAMBULE

Une première étude (2010), menée sur le territoire de Liège-Huy-Waremme, a montré que, suite à l'hospitalisation d'un patient, son traitement de fond était souvent modifié et que les formulaires de remboursement des médicaments du chapitre IV n'accompagnaient pas toujours la prescription de ces médicaments.

Diverses explications ont été évoquées dans cette première étude : certaines sont en lien avec la gestion économique de l'institution hospitalière (formulaire thérapeutique, forfait médicaments, difficultés économiques) ; d'autres sont liées à la gestion de la transmission de l'information entre les lignes de soins (contraintes liées au respect des données du patient, outils de communication variés, mal définis et parfois mal utilisés, retard de développement de l'outil informatique) ; d'autres encore renvoient à la spécificité de fonctionnement de chaque ligne de soins (méconnaissance des règles spécifiques de l'autre ligne de soins). Cette étude a ainsi permis de mettre en évidence, au travers de diverses autres difficultés soulignées par les personnes interrogées, que le transfert du patient d'une localisation de soins à une autre nécessitait d'être pensé à nouveau en termes d'organisation, d'information et de communication.

Le patient, premier acteur touché tant médicalement que financièrement par ces difficultés, devrait être le grand bénéficiaire d'une action de clarification et d'une recherche de solutions.

Des suggestions ont d'ailleurs été évoquées à l'occasion des entretiens menés lors de cette première étude. D'autres sont mentionnées dans des études plus larges, comme celle du KCE (rapport 131 : Seamless Care, 2010). Cependant, la nécessité de s'adapter au contexte local est fréquemment démontrée pour augmenter les chances de succès des solutions proposées. Il nous paraît donc important de continuer à travailler dans le cadre de l'arrondissement Liège-Huy-Waremme.

L'objectif du présent travail est de formuler des solutions concrètes permettant d'améliorer la continuité du traitement médicamenteux lors du transfert du patient d'une ligne de soins à l'autre. Ces solutions, pour être efficaces, doivent rencontrer l'accord des différents partenaires impliqués.

Le présent travail comporte deux phases : la première a pour objectif de faire émerger des solutions prioritaires par groupe professionnel. Ces solutions sont ensuite proposées, dans la seconde phase, à un groupe composé des représentants des différentes professions impliquées dans la continuité du traitement médicamenteux pour en évaluer la pertinence et la faisabilité.

PHASE 1 : SOLUTIONS PRIORITAIRES PAR GROUPE PROFESSIONNEL

Introduction

Pour permettre à chacun d'exprimer, sans controverse directe, des solutions sous-entendant parfois des difficultés très spécifiques au groupe professionnel, il a été décidé, dans un premier temps, d'interroger des groupes homogènes de professionnels.

Méthode

Les participants

Les professionnels importants ont été identifiés lors de l'étude précédente : il s'agit des décideurs hospitaliers dont on sait qu'ils font face à des contraintes organisationnelles majeures et qu'ils sont impliqués dans l'élaboration des règlements liés à leur institution ainsi que des médecins hospitaliers, médecins généralistes et pharmaciens d'officine, acteurs de terrain, qui devront être convaincus des solutions à mettre en œuvre.

Le groupe nominal

Le groupe nominal est une méthode de recherche de consensus en recherche qualitative, déclinée en plusieurs phases. Tout d'abord, les participants d'un groupe constitué répondent personnellement par écrit à la question élaborée par l'équipe de recherche. La consigne est de formuler un maximum de propositions, originales ou non, de la manière la plus concise et la plus précise possible. Ensuite, les propositions sont recueillies et numérotées par l'animateur qui les écrit au tableau de manière à ce que le groupe puisse se les approprier. S'ensuit une phase d'éclaircissements, qui permet à chacun d'exprimer les nuances ressenties, d'apporter les amendements nécessaires et de comprendre les détails des propositions. Certaines sont fusionnées, d'autres reformulées. Lorsque tout est clair, les participants sont invités à voter par écrit pour les cinq propositions qui leur semblent prioritaires, en leur attribuant de un à cinq points (cinq points pour la proposition essentielle). La séance se termine par le décompte des points et la présentation des solutions plébiscitées par le groupe.

Ici, la question de recherche posée aux participants était: « quelles solutions pourriez-vous mettre en place pour favoriser la continuité des traitements médicamenteux lors du transfert du patient du domicile à l'hôpital et vice versa ? ».

L'analyse

Classification des propositions

Les différentes propositions récoltées lors des groupes nominaux ont été classées en un nombre restreint de modalités, afin d'en faciliter l'analyse. Ces modalités ont été construites de manière à être mutuellement exclusives et collectivement exhaustives ; autrement dit, chacune des propositions du corpus se trouve incluse dans une modalité, mais aucune ne se trouve placée dans deux catégories à la fois.

Ainsi, l'imputabilité du changement a constitué le lit de Procuste de cette taxinomie, la variable classificatoire discriminante du corpus de propositions. L'analyse des propositions consistait en l'identification du moteur du changement, de l'élément sur lequel se centrait la proposition et en la classification de la proposition dans la catégorie *ad hoc*.

Identification de l'acteur de changement par les professionnels qui les évoquent

Chaque proposition met en scène un acteur du changement énoncé en son sein. Cela a permis d'identifier les acteurs sollicités et l'origine (groupe émetteur) de cette sollicitation.

Evaluation des indices de priorité et popularité

Dans chaque groupe de professionnels et dans chaque catégorie de propositions, les indices de priorité et de popularité ont été calculés. L'indice de priorité est obtenu en divisant le nombre de points obtenus par une proposition par le nombre total de points à disposition du groupe (15*nombre de participants) ; l'indice de popularité se calcule en divisant le nombre de votes obtenus par la proposition par le nombre total de votes à disposition du groupe (5*nombre de participants).

Résultats

Participants

Quatre groupes nominaux ont été organisés de mars à mai 2011, par type de profession. Ils étaient composés, respectivement, de 9 décideurs hospitaliers (médecins directeurs et pharmacien en chef d'hôpital), de 5 médecins généralistes, de 11 médecins spécialistes hospitaliers et de 9 pharmaciens d'officine.

Classification des propositions

101 propositions ont été recueillies. Elles ont été reprises en annexe 1, en fonction du groupe de professionnels qui les a formulées.

La classification retenue possède deux niveaux de codage différents : un premier niveau qui en fait une variable dichotomique – avec une simple distinction opérée entre individus et moyens –, et un second niveau, où il s'agit d'une variable polytomique à onze modalités (de « a » à « k »).

Elle se décompose comme suit :

1. Groupe d'individus impliqués
 - a/ L'hôpital
 - b/ Le médecin généraliste, la 1^{ère} ligne
 - c/ Le pharmacien
 - d/ Le laboratoire pharmaceutique
 - e/ Tout professionnel de santé, le but essentiel étant de conserver le même traitement
 - f/ Un interlocuteur-clef pour l'ensemble de la prise en charge
2. Moyens à développer
 - g/ Une meilleure communication entre professionnels
 - h/ L'utilisation d'un support informatique

- i/ Des outils communs
- j/ Des procédures standardisées
- k/ La prise en compte de l'aspect financier

Il convient de préciser que la catégorie « e » signifie que le traitement administré au patient reste constant, quel que soit le type de prise en charge, et notamment lors du passage du patient de l'hôpital au domicile ou inversement. C'est en ce sens qu'il a été considéré comme un individu, et non comme un outil.

Quant aux catégories antépénultième et pénultième – les outils communs et les procédures standardisées –, ce sont là les deux faces d'un même Janus : l'uniformisation de la prise en charge par la référence à un document commun d'aide à la décision.

Les 101 propositions émises par les groupes ont été classées dans les différentes catégories par 4 chercheurs de manière isolée et ensuite discutées entre eux pour atteindre un consensus final. Les propositions n'ayant pas reçu de points sont évoquées, parce qu'elles émanent des groupes et, bien que non prioritaires ou non populaires, elles ont été discutées par le groupe et méritent donc d'être mentionnées.

En annexe 2, les propositions ont été regroupées par classe. Les idées suivantes ont été évoquées.

L'hôpital

Anticiper, expliquer et orienter la prescription sont les trois points résumant la manière de responsabiliser l'hôpital, de l'impliquer dans la gestion et la continuité du traitement.

Le prescripteur hospitalier doit être épaulé par des outils spécifiques d'aide à la prescription afin d'en maîtriser les différents aspects (coût, formulation, conditionnement, lien avec mutuelle).

La responsabilisation des gestionnaires hospitaliers revient à fournir ces outils au prescripteur et à formaliser les procédures de fonctionnement dans leurs structures.

Le médecin généraliste ou un autre acteur de la première ligne

Ici, le MG est convoqué pour prendre le relais du médecin hospitalier, lors de la sortie du patient. C'est donc l'hôpital qui est ici l'élément moteur et le MG s'assure de la compliance du patient face aux injonctions hospitalières. Des activités spécifiques du médecin généraliste doivent être renforcées, systématisées: ce sont la préparation de l'admission et le contact au retour d'hospitalisation.

Les pharmaciens

Les pharmaciens sont appelés à jouer un rôle plus important, quelles que soient leurs modalités d'exercice (officine ou hospitalière) : les deux axes privilégiés sont ceux de l'information du patient et le rôle de vigie, basés sur une relation inscrite dans la durée et donc la fidélisation du patient.

Les laboratoires pharmaceutiques

L'uniformisation de la présentation d'une même molécule par différentes firmes permettrait, quelle que soit la prescription, de diminuer la confusion du patient dans la gestion de son traitement (prise à domicile, réminiscence).

Il est à noter que les laboratoires pharmaceutiques sont perçus ici comme passifs, comme pouvant subir une contrainte fixée par l'extérieur, par un arsenal législatif *ad hoc*, par exemple.

Tout professionnel de santé dont le but est de conserver le traitement

Les solutions proposées sont basées sur l'amélioration de l'information sur le traitement au début de l'hospitalisation, la justification médicale à toute modification et l'adéquation entre le formulaire thérapeutique et le champ potentiel de prescription en extrahospitalier.

Il y a un souci de prendre en compte la situation initiale du patient, son premier traitement, pour tenter de réduire les modifications de traitement au gré des interlocuteurs et des avatars de la prise en charge (sans complication de la maladie). Ce souci se traduit par l'emploi de termes évoquant cette continuité : « rendre accessible », « favoriser la continuité », « reprendre », « accessibilité ».

Un interlocuteur-clef pour l'ensemble de la prise en charge

Il s'agit d'identifier un interlocuteur-clef, quelle que soit la ligne de soins, qui centralise les informations importantes concernant le traitement, à destination du patient ou des soignants.

Ces propositions semblent traduire l'existence d'un certain flou dans la prise en charge, au moment charnière de l'évolution de la prise en charge, et plus particulièrement ici, lors de la sortie de l'hôpital.

Une meilleure communication entre professionnels

La communication entre les différents intervenants des deux lignes de soins gravitant autour du patient doit être améliorée tous azimuts : entre prescripteurs, entre prescripteur et pharmacie et entre pharmacies.

Pour ce groupe de propositions, la seule collaboration (communication plus restrictive mais plus souvent utilisée ici) des professionnels déjà impliqués semble suffire à améliorer la situation, sans que cela ne vise un type d'acteurs en particulier. Des caractéristiques plus spécifiques de l'information doivent être améliorées : l'information doit être complète, disponible en temps utile et déchiffrable.

La notion de concertation entre prescripteurs fait son apparition et dépasse la conception plus passive de la transmission d'information entre acteurs.

Un support informatique

L'informatisation devrait permettre d'améliorer l'accessibilité (rapidité, lisibilité) de l'information par la standardisation et l'automatisation de son traitement, en soutien aux acteurs de soins (travail de comparaison).

Des outils communs

La mise en commun d'informations essentielles au suivi d'un même patient par différents intervenants est un moyen d'améliorer la continuité du traitement à l'interface des lignes de soins. Un support unique (véhiculé par le patient ou non), accessible par les différents intervenants et reprenant les données essentielles du dossier médical (dont le traitement) doit être utilisé. En ce sens, « commun » et « unique » sont des vocables itératifs, traduisant l'univocité recherchée dans la démarche.

Procédures standardisées

Un langage commun de prescription doit être mis en place : la DCI comme vocabulaire unique, le formulaire thérapeutique partagé comme alphabet et des procédures communes comme règles d'orthographe. Un niveau régional est souvent évoqué comme cadre de partage des habitudes de prescriptions.

Le niveau de « partage des informations » (médicales, pharmaceutiques) explicité dans les propositions est à interpréter à la lumière du champ d'action de la profession qui l'énonce.

Prise en compte de l'aspect financier

L'évaluation de l'impact financier d'une prescription doit être réalisée et intégrée au processus global de la délivrance d'un traitement.

Cela sous-entend ainsi que la non-prise en compte des aspects financiers pour le patient – principalement la question du remboursement des médicaments, semble-t-il – contient le risque d'une modification ultérieure du traitement.

Les acteurs du changement d'après les professionnels qui les évoquent

La figure qui suit permet de visualiser les groupes professionnels cités comme acteurs possibles du changement.

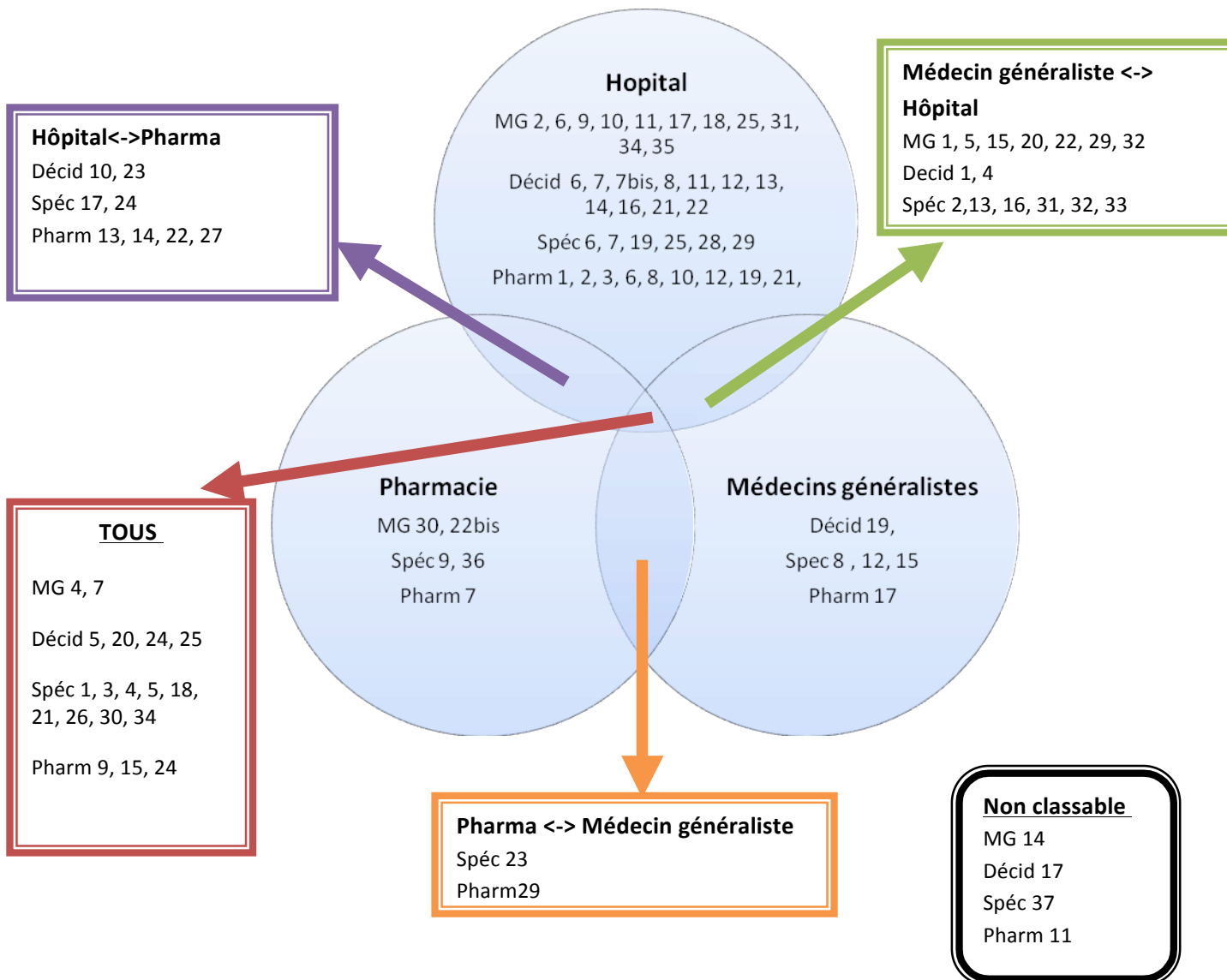
Tous les intervenants interrogés mettent l'hôpital au centre de plusieurs de leurs solutions, que ce soit seul ou en collaboration, principalement avec le généraliste.

Par contre, le généraliste se met peu en avant tout seul. Il se voit plutôt dans la collaboration avec le spécialiste. Le généraliste est, par ailleurs, peu cité comme intervenant principal des solutions par les autres. C'est également le cas pour le pharmacien, assez peu évoqué dans le registre des changements envisageables. Cela peut être dû au fait que le terme « pharmacien » ne contient ici que les pharmacies d'officine, la pharmacie hospitalière ayant été englobée sous le terme générique « hôpital ». Il apparaît être plus un acteur en collaboration avec l'hôpital.

Quatre *verbatim*, un par groupe professionnel, n'ont pas été classés. Ils concernent tous les quatre la gestion des stocks médicamenteux et l'influence des firmes pharmaceutiques.

Une série de propositions implique l'ensemble des intervenants (catégorie « TOUS »). Les quatre classes professionnelles y ont attaché au moins un verbatim.

Figure 1 : Les acteurs du changement selon les professionnels interrogés



Au travers de cette figure, il ressort que la pharmacie n'est évoquée comme moteur du changement par aucun décideur, ces derniers centrant en revanche leur champ d'analyse sur l'hôpital, dont ils attendent qu'il procède à des changements pour favoriser la continuité du traitement.

Les spécialistes, quant à eux, se retrouvent dans toutes les parties de la figure, soulignant une multiplicité des champs d'intervention possibles, une conception plus large de la situation et des manières de l'améliorer.

Les généralistes, eux, centrent surtout leurs remarques sur la structure hospitalière, que cette dernière soit comprise seule ou en interaction avec eux – à l'inverse, ils ne perçoivent jamais comme pouvant, seuls, procéder à des changements.

Enfin, les pharmaciens évoquent également, de façon prononcée, l'hôpital comme terrain du changement, seul ou en corrélation avec eux.




Les indices de priorité et de popularité

La répartition des points de chaque groupe est présentée en pourcentage du total de points à disposition du groupe.

On voit, par exemple, que les décideurs hospitaliers suggèrent essentiellement de responsabiliser l'hôpital pour améliorer la continuité des traitements médicamenteux lors du transfert du patient d'un lieu de soins à l'autre. Les spécialistes hospitaliers insistent, au même titre que les médecins généralistes, sur l'usage d'outils communs et l'amélioration de la communication entre les deux lignes de soins. Les pharmaciens favorisent aussi une meilleure communication entre professionnels ; ils insistent cependant aussi sur la responsabilisation de l'hôpital et recherchent des solutions dont le but premier est de conserver le même traitement.

Si les valeurs diffèrent entre les groupes, ce sont bien les quatre thèmes mentionnés qui prévalent, tous groupes confondus, et concernent plus particulièrement une mise en commun et une plus grande interaction entre les différents protagonistes de la prise en charge.

Thèmes \ Participants	Décideurs hospitaliers (N=9)	Spécialistes hospitaliers (N=11)	Pharmaciens d'officine (N=9)	Médecins généralistes (N=5)	Tous groupes confondus
Individus					
Hôpital	28	8	22	16	18
Médecin généraliste, première ligne	13	8	2	0	6
Pharmaciens	0	10	0	1	3
Laboratoires pharmaceutiques	0	0	0	3	1
Tout professionnel de santé, le but essentiel étant de conserver le même traitement	15	2	22	12	13
Interlocuteur-clef pour l'ensemble de la prise en charge	0	12	9	0	5
Outils à développer					
Meilleure communication entre professionnels	4	21	24	24	18
Support informatique	13	5	0	8	7
Outils communs	13	30	13	20	19
Procédures standardisées	15	3	3	16	9
Prise en compte de l'aspect financier	0	2	7	0	2
Total	100	100	100	100	100

Légende		<10%
		≥10 et <20%
		≥20%

On peut aussi se rendre compte, thème par thème, des préoccupations différentes de ces professionnels et de la représentation des ressources possibles : les spécialistes hospitaliers voient les pharmaciens et l'identification d'un interlocuteur-clef comme moteurs d'amélioration alors que

les décideurs imaginent le médecin généraliste dans ce rôle. Les décideurs ne mentionnent pas l'amélioration de la communication entre professionnels alors qu'ils favorisent plus volontiers l'outil informatique que les autres professionnels. Signalons aussi que la possibilité d'action via les firmes pharmaceutiques semble infime aux participants. De même l'aspect financier reste assez marginal.

L'indice de popularité, la répartition des votes dans le groupe, est quasiment identique à l'indice de priorité. Le tableau des valeurs est présenté en annexe 3.

Discussion

A l'issue de l'ensemble de ces résultats, que nous faut-il retenir ? Certes, les réponses données affleurent une fois la question posée, mais leur nombre n'a d'égal que leur diversité, complexifiant les enseignements à en tirer. Néanmoins, une analyse attentive de toutes ces données met en relief certaines récurrences, quelques régularités. Premièrement, cela concerne le caractère consensuel de la nécessité de changements à opérer, avec en substrat le diagnostic partagé d'une situation problématique quant à la continuité du traitement des malades au gré des vicissitudes de leur prise en charge. A ce titre, les propositions de changement formulées nous renseignent sur les difficultés entrevues par les acteurs interrogés quant à la situation qui nous intéresse. Dans cette mesure, les décideurs hospitaliers proposent de procéder à des changements dans le cadre hospitalier, les spécialistes évoquent les outils communs et la communication à parfaire, les généralistes les suivent dans cette voie, et les pharmaciens évoquent principalement l'hôpital et la nécessité de conserver le même traitement.

Ce but commun, partagé, d'améliorer la prise en charge est important à mettre en exergue, car la motivation au changement des acteurs sociaux est un préalable nécessaire aux évolutions effectives. Toutefois, la part de responsabilité assumée par les acteurs diffère fortement : si les décideurs hospitaliers mettent l'accent sur l'hôpital, les médecins généralistes, au même titre d'ailleurs que les pharmaciens, considèrent, eux, que les changements à opérer doivent provenir, en premier lieu, d'autres acteurs qu'eux-mêmes ; plus particulièrement, c'est la deuxième ligne qui est pointée du doigt comme cible de changements à opérer. Cette deuxième ligne, si elle est considérée seule ou parfois en interaction avec leur propre profession, est perçue par ces généralistes et ces pharmaciens, comme vecteur de la difficulté. Cela constitue donc une difficulté en matière de changement, du fait d'une carence d'analyse critique de leur propre rôle à jouer pour permettre une évolution. Rejeter la responsabilité sur un autre acteur peut alors être perçu comme une forme de corporatisme, où la faute est imputée à l'autre.

Dans le même temps, les médecins spécialistes évoquent davantage de pistes de solution, à commencer par celle d'un interlocuteur-clef pour chaque patient. Couplée à la volonté d'une meilleure communication, cette proposition souligne que, pour ces professionnels, c'est surtout la question de la continuité de la prise en charge qui les interpelle. Cela peut renvoyer à la structure organisationnelle particulière de l'hôpital, qui contraint les médecins en les focalisant sur un instant particulier de la prise en charge, intermittent, sans prise directe sur la suite. En ce sens, améliorer la communication leur permettrait de garder un certain regard sur le suivi du patient.

Par ailleurs, la majeure partie des propositions formulées concerne soit des outils en commun à utiliser, soit des procédures à développer, soit une communication à améliorer ;

autrement dit, aucun outil nouveau ne semble nécessaire, au sens des personnes interrogées, pour faire évoluer la situation. Cela revient donc à énoncer que le coût d'une intervention se révèle assez faible, puisque les éléments existants semblent seuls suffire, sous couvert d'une utilisation plus adaptée.

Pour autant, les solutions envisagées ne sont parfois que la partie émergée de l'iceberg, occultant la partie immergée, qui peut s'avérer nettement plus problématique. A ce titre, améliorer la communication entre les lignes de soins ou responsabiliser l'hôpital sont certes des objectifs louables, mais qui font fi du cadre dans lequel se meuvent les acteurs. Autrement dit, réduire la question de la continuité du traitement aux seules relations interindividuelles, c'est occulter l'incidence de la structure professionnelle sur les relations établies entre ces acteurs. C'est faire fi de l'organisation du travail dans laquelle doivent se couler les acteurs pour réaliser leur travail ; or, cette structuration a une incidence à part entière sur le comportement des acteurs, définissant le champ des possibles et le registre des actions. En effet, l'organisation de l'hôpital attribue des tâches à chacun, avec une interdépendance entre acteurs de la même institution, mais aussi avec des zones de creux, des endroits non légiférés et non prévus, où la part d'initiative des acteurs est alors le métronome. Pour illustrer cette idée, si les initiateurs du changement considèrent qu'il faut responsabiliser l'hôpital, les décideurs hospitaliers en charge de la mise en place devront aussi clarifier les procédures à l'intérieur de cette structure et s'intéresser au pont à établir ensuite (ou précédemment) avec la première ligne de soins. De même, améliorer la communication entre les lignes, comme le suggèrent les médecins (généralistes ou spécialistes), occulte les différences de temporalité, d'exigences ou de structuration du travail entre ces deux types de médecins qui devraient être abordées de manière plus concrètes. Les définitions des rôles de chacun des intervenants de ce système gravitant autour du patient hospitalisé ne prennent pas en compte la collaboration nécessaire avec d'autres professionnels pour assurer un travail de qualité, dont l'objectif est le patient. Chaque profession définit sa propre finalité, indépendamment des autres et indépendamment du parcours global du patient à travers toutes ces interfaces.

La connaissance et la reconnaissance du cadre dans lequel évolue chaque intervenant devraient être le point de départ de la collaboration. Cause ou conséquence de ce cloisonnement, en Belgique, il existe peu ou pas de structure de procédure, ou législation, mettant autour de la table des représentants des 2 lignes de soins afin de coordonner leurs activités.

La mise en commun des données informatisées de santé d'un patient, accessibles par les deux lignes de soins, jette les bases d'une collaboration nécessaire et encadrée dans les années à venir (*e-Health*, réseau santé Wallon). D'autres aménagements existent à une échelle régionale (accessibilité des données informatisées hospitalières, plateforme SyLoS) mais des modifications de plus grande ampleur seraient nécessaires afin d'augmenter les opportunités de contact entre les intervenants, indépendamment du contexte.

En somme donc, les propositions récoltées ici ne peuvent se suffire à elles-mêmes, elles nécessitent d'être replacées dans leur contexte professionnel pour parvenir à maîtriser les incertitudes et les effets pervers qu'elles risquent d'engendrer. Ainsi, une prise en compte simultanée de ces deux aspects – à la fois les responsabilités individuelles et l'institution dans laquelle le travail est structuré – permettra d'avoir une approche plus exhaustive de la situation, et

donc de déceler les possibilités concrètes de changements. Cela permettra aussi de voir les zones d'incertitude, c'est-à-dire les aspects de la prise en charge ne semblant revenir à aucun acteur en particulier, pour lesquels le risque de changement de traitement est donc plus fort, et de parvenir à trouver des parades (notamment en codifiant aussi ces zones, en les attribuant à un acteur en particulier, ou en adaptant l'organisation du travail et la collaboration entre les lignes de soins). Cela suppose donc une meilleure réflexion sur la prise en charge globale, pour mieux saisir quels en sont les rouages. Les solutions évoquées méritent dans un second temps une évaluation de leur faisabilité. Il s'agit de confronter à la réalité du terrain cette projection de l'esprit.

Enfin, en dernier lieu, une figure est absente de toutes les propositions formulées. On a beau le chercher, partout il est évoqué, mais nulle part il n'est convoqué : le patient brille ici par l'absence d'implication et le peu d'intérêt que tous ces professionnels semblent lui accorder. Certes, la question de la continuité du traitement interroge les professionnels et la structure de la prise en charge ; le patient est le plus souvent perçu comme un acteur passif, dont la seule activité attendue est la compliance, autrement dit la capacité à faire ce qu'on lui dit. Mais cette conception du patient néglige le fait qu'il peut aussi être une ressource pour améliorer la situation. Car, en dépit de la diversité sociale de la patientèle, qui engendre de profondes divergences de compréhension et d'implication, il est le seul acteur que l'on retrouve à toutes les étapes de la prise en charge, c'est lui qui fait le lien entre les lignes de soins et la pharmacie. Aussi, serait-il peut-être opportun de méditer sur la place que lui laissent les différents professionnels ici, en marge de tout ce procès lié à la continuité du traitement médicamenteux. Ce délaissement du patient se voit d'ailleurs à travers le faible intérêt porté aux aspects financiers de la prise en charge, quasiment absents des propositions, alors que c'est justement là l'une des réalités sociales premières de la maladie pour ces patients. Dès lors, sortir de l'entre-soi médical serait peut-être aussi une solution envisageable, pour mieux prendre en compte la pluralité des logiques inscrites dans une prise en charge médicale, qui ne peut se laisser réduire à une simple question de dialogues entre médecins, où les patients n'ont, eux, pas voix au chapitre. Cela irait également dans le sens des évolutions socio-politiques européennes, avec des systèmes de santé laissant progressivement une part plus importante aux patients, cherchant à en faire des partenaires actifs dans leur prise en charge – comme cela est manifeste au travers des nouvelles lois reconnaissant davantage de droits à ces patients, à l'instar de la loi belge du 22 août 2002. Accroître leur implication dans leur traitement, c'est aussi donner les moyens aux patients de mieux prendre en charge leur santé tout en subissant moins les effets pervers et autres errements engendrés par le passage d'un soignant à un autre, d'une ligne de soins à l'autre. Mais cela nécessite alors, *ipso facto*, de repenser la relation thérapeutique, d'analyser la situation actuelle au crible des besoins des patients, et de voir quelle place chacun est prêt à lui accorder dans sa pratique professionnelle. Cela constitue alors un aspect beaucoup plus problématique, passant sous les fourches Caudines de ces professionnels de santé, davantage réticents à donner une place de premier plan aux patients, et donc à réduire l'asymétrie de la relation qui les lie à leur patientèle. En somme, outre le langage biologique et corporel, les médecins devraient davantage prêter l'oreille au langage empirique, à l'expérience du système de soins vécue par ces patients.

La place du patient ne peut être éludée ; c'est un acteur avec lequel il faut également compter ici, et dont la place attribuée mérite également d'être discutée.

Les pouvoirs publics sont, au même titre que le patient, peu évoqués dans les solutions à mettre en œuvre. Le rapport 131 du KCE (Seamless care) mentionne les campagnes nationales pour informer le public. C'est une voie qui n'a pas du tout été abordée dans les groupes nominaux. Ceci renvoie au fait que les patients ont un rôle à jouer dans la bonne tenue de leur médication.

PHASE 2 : SOLUTIONS PRIORITAIRES CONSENSUELLES POUR TOUS LES GROUPES DE PROFESSIONNELS

Introduction

Après avoir interrogé les acteurs en groupes séparés, il était important de soumettre leurs propositions à un groupe composé de représentants de toutes les professions précédemment identifiées.

Méthode

Les participants

Nous avons gardé la même représentation des professions que dans les groupes nominaux.

Nous avons contacté des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine impliqués dans des groupements professionnels, avec l'hypothèse qu'ils étaient en mesure d'évaluer la faisabilité et l'intérêt des professionnels de leur discipline pour les solutions proposées.

Nous avons ciblé les mêmes hôpitaux que pour la première phase, à savoir le CHU de Liège, le CHR Citadelle, le CH Huy, le CH Chrétien et le CH Bois de l'Abbaye et Hesbaye. Dans chacun de ces hôpitaux, le médecin directeur et le pharmacien en chef ont été contactés ainsi que deux médecins internistes (en dehors des gériatres).

Les 40 participants sélectionnés ont été contactés par téléphone pour leur présenter l'étude et les solliciter pour y participer. Lorsque les responsables de cercle de médecins généralistes, sélectionnés au hasard dans la liste des cercles actifs des arrondissements de Liège, Huy, Waremme, n'étaient pas joignables, un nouveau tirage au sort aléatoire se faisait en remplacement. Cela a concerné deux responsables de cercle. En outre, un MS n'a pu être contacté et a été remplacé par un autre MS du même hôpital pour conserver la même répartition par structure hospitalière.

Ils ont ensuite reçu un mail présentant le lien Internet avec l'enquête. Pour le deuxième tour, ils ont également reçu le lien avec le nouveau formulaire d'enquête. Une relance a été nécessaire pour augmenter le taux de participation.

La méthode Delphi

La méthode Delphi est une méthode structurée de recherche de consensus. Les participants, recrutés en tant qu'expert ou représentant d'un groupe, reçoivent un questionnaire (souvent sous forme électronique) et y répondent individuellement. Leur degré d'accord sur le fond ou la forme des propositions est enregistré. Les résultats sont communiqués au groupe de participants lors d'un nouveau tour. Chaque participant peut ainsi apprécier les réactions du groupe et ajuster son jugement. Les tours sont arrêtés soit quand on a atteint un certain degré de consensus, soit lorsque le groupe se désinvestit du travail.

Cette méthode présente l'intérêt d'éviter des déplacements et des réunions communes, puisque la participation à l'enquête se fait par Internet. Pour des décideurs et représentants des professions, il est important de ménager leur temps.

Le questionnement s'est déroulé en deux tours, à l'aide du logiciel Qualtrics.

Dans un premier tour, une évaluation du degré d'accord sur les propositions issues des groupes nominaux a été réalisée avec possibilité, pour le participant, de reformuler ou de préciser les propositions – procédure permettant de distinguer les possibles désaccords portant davantage sur la forme que sur le fond d'une proposition.

Dans le deuxième tour, les propositions retravaillées en fonction des résultats du premier tour, ont été reproposées au vote.

Le travail effectué sur les propositions ainsi que les résultats de chaque tour seront présentés de manière consécutive.

Premier tour du Delphi

Les propositions soumises aux participants

Des 101 propositions émanant des groupes nominaux, nous n'avons gardé que les 65 qui avaient été sanctionnées par un vote. Les propositions identiques ont été élaguées ; celles dont le contenu était semblable ont été regroupées et reformulées par l'équipe. À la suite de ces remaniements, 33 propositions ont été soumises aux participants.

Les participants, auxquels l'objectif de l'étude était clairement présenté, devaient évaluer la pertinence et l'acceptabilité des propositions, ainsi que leur forme.

Les trois possibilités de réponse étaient :

- d'accord (avec le fond et la forme) ;
- d'accord sur le fond mais pas sur la forme (avec, éventuellement, une suggestion de reformulation) ;
- en désaccord avec la proposition.

Résultats

Participants

30 professionnels sur les 40 ont rempli complètement le questionnaire de ce premier tour. Il s'agissait de 7 médecins généralistes (MG), 7 pharmaciens d'officine (PO), 7 médecins hospitaliers (MH) et 9 décideurs (D). Cette répartition équitable entre professions confère ainsi une bonne valeur intrinsèque à la représentativité des professions quant aux avis formulés.

Classement des propositions selon le degré d'accord

Les participants ayant exprimé un accord ou un désaccord total pouvaient être comptabilisés aisément. En revanche, pour ceux ayant exprimé un accord sur le fond mais souhaitant une reformulation, une décision a été prise au cas par cas, afin de placer ceux-ci soit dans la catégorie « d'accord » soit dans celle des désaccords. De plus, les participants qui n'ont proposé aucune autre reformulation et ceux dont la reformulation ajoutait une précision ou une nuance ont été considérés comme étant d'accord sur le fond. Ceux dont la reformulation allait à l'encontre de ce qu'exprimait explicitement la proposition d'origine, ou dont le commentaire indiquait que la proposition n'était pas claire ou utopique, ont été finalement classés en « pas d'accord ». La présentation exhaustive de cette opération de répartition se trouve placée en annexes 4 et 5.

Le nombre d'accords pour chaque proposition a été enregistré et a permis de classer les différentes propositions par ordre décroissant de consensus.

L'analyse des réponses montre une proposition avec 100% d'accord. Il s'agit de l'item proposant d'expliquer de manière adaptée le traitement de sortie au patient.

18 propositions sur 33 (55%) ont fait l'objet d'au moins 80% d'accord. Parmi les propositions ayant fait l'objet d'un consensus global, 10 concernent l'étape de la sortie.

Quatre propositions sur 33 (12%) ont fait l'objet d'un désaccord majeur, c'est-à-dire que 50% ou moins des votants n'étaient pas d'accord avec la proposition. La thématique concerne essentiellement le formulaire thérapeutique et la DCI.

Deuxième tour

Les propositions soumises aux participants

Classement des propositions

A la suite de ces opérations, nous avons alors la liste des propositions avec leur degré d'accord. Les reformulations proposées par les participants ont également été intégrées dans les propositions d'origine (voir annexe 6).

Sur la base de cette proportion d'agrément, les propositions ont alors été classées en trois groupes distincts, afin d'affiner la procédure et d'amener les participants à se positionner sur un nombre restreint de propositions, dans une visée praxéologique, pratique.

Dans le groupe A se trouvent les propositions pour lesquelles les désaccords exprimés ne concernaient pas plus d'un individu par profession ; soit donc 14 propositions (la proposition « expliquer de manière adaptée le traitement au patient » n'a pas été intégrée dans la phase 2 du Delphi, car, bien qu'elle remportait 100% d'accords, elle ne propose concrètement aucun changement).

Dans le groupe B sont incluses les propositions pour lesquelles deux individus d'une même profession exprimaient leur désaccord ; soit 8 propositions.

Dans le groupe C sont placées les propositions restantes, pour lesquelles trois individus ou plus d'une même profession opposaient une fin de non recevoir ; cela équivaut à 13 propositions.

Le fait de séparer les propositions avait pour but de donner une indication aux répondants quant au degré de consensus de ces propositions – ils savaient, par exemple, que les propositions du groupe C sont les plus discutées, et que leur mise en application est peu probable – ce qui, *a priori*, ne devrait pas les inciter à les prioriser, sauf si cela leur semble réellement d'une importance capitale.

Il était alors demandé à chaque participant de prioriser les propositions du groupe A, de 1 à 7 – « 1 » étant jugée la mesure primordiale à prendre, « 2 » la deuxième plus importante, etc., jusqu'à « 7 ». Le tout avec la précision et l'idée d'un travail ultérieur de mise en place des mesures contenues dans ces propositions. La proposition la plus importante aux yeux des participants recevait 7 points et les suivantes, de moins en moins de points.

Si une proposition des groupes B et C était considérée par un participant comme vraiment importante, ils pouvaient l'indiquer en lui donnant un ordre de priorité équivalent à celui du groupe A, soit donc par exemple un « 3bis » si cette proposition est considérée comme étant la 3ème plus importante.

Dans ce dernier cas de figure, si une proposition du groupe C était ainsi plébiscitée à plusieurs reprises par un même groupe de professionnels, cela nous permettrait d'affiner l'analyse, en soulignant qu'un problème ou une attente de réponse se manifeste plus particulièrement pour ce groupe professionnel en question.

Résultats

Participants

21 professionnels du groupe des 40 participants initiaux ont répondu à la deuxième phase du Delphi. Il s'agissait de 3 médecins généralistes, 4 pharmaciens d'officine, 8 décideurs hospitaliers et 6 médecins hospitaliers.

Les propositions consensuelles

Les indices de priorité (en termes de points) et de popularité (en termes de votes) ont été calculés pour rendre compte de l'avis de l'ensemble du panel. Néanmoins, pour pouvoir comparer les réponses des différents groupes professionnels, nous avons également calculé les moyennes obtenues par groupe professionnel (ici, la proposition avec la priorité numéro 1 a eu 7 points, 6 points pour la deuxième proposition considérée comme la plus importante, etc.). Ainsi, plus la moyenne par groupe se rapproche de 7, et plus la proposition recueillie est considérée comme importante.

Cinq propositions ont reçu des votes de tous les groupes professionnels.

La proposition qui a le plus grand indice de priorité est parmi les trois solutions ayant le plus grand indice de popularité.

Les neuf autres propositions n'ont pas reçu de vote d'un groupe professionnel: 4 pour les MG, 3 pour les MH et 2 pour les PO.

	Indice de Priorité (en %)	Indice de Popularité (en %)	MG	PO	D	MH
Remettre une liste lisible de médicaments accompagnant le patient à la sortie	12	10	4,67	4,50	1,88	3,67
Le médecin traitant réalise une note à propos du patient se rendant à l'hôpital à l'attention du médecin hospitalier	11	10	4,00	1,75	2,75	3,83
Favoriser un dossier médical unique centralisant les informations dont le traitement délivré, accessible aux différents niveaux de soins, pour tous les faits de santé	10	7	0,00	5,75	3,13	1,83
Mettre en place des procédures formelles à l'hôpital concernant le traitement de sortie	9	10	3,33	1,00	2,88	2,67
Mieux préparer les sorties, particulièrement lors du week-end	9	9	5,00	3,50	2,88	0,00
Favoriser un dossier médical unique centralisant les informations dont le traitement délivré, accessible aux différents niveaux de soins, pour les épisodes de soins significatifs	8	8	1,00	1,25	2,13	3,83
Favoriser la centralisation des données du traitement du patient.	7	6	1,33	4,00	1,38	2,17
Rendre accessible le traitement habituel du domicile du patient lors de son entrée à l'hôpital	7	6	1,33	0,00	2,88	2,17
Fournir au médecin hospitalier un outil d'optimisation de prescription par un logiciel informatique	7	7	0,00	0,25	2,38	3,17
Augmenter les échanges d'informations entre le MG et/ou la MRS du patient lors de son entrée à l'hôpital	5	6	4,00	0,00	0,88	2,17
Identifier un interlocuteur clef autre que le patient pour le traitement de sortie du patient à domicile.	5	5	0,00	2,50	0,38	2,33
Reprendre les caractéristiques initiales des médicaments s'ils n'ont pas été modifiés.	4	5	1,67	0,50	2,25	0,00
Favoriser la collaboration entre pharmacies hospitalières et pharmacies familiales pour aider ces dernières à se procurer les médicaments difficiles à acquérir (peu de stock, disponibilité à l'étranger)	3	6	0,00	1,75	1,38	0,17
le médecin prescripteur hospitalier réalise les démarches administratives Bf à la sortie avec aide et rappel	3	4	1,67	1,25	0,75	0,00

En rose : les propositions prioritaires et populaires

En jaune : les propositions ayant recueilli des suffrages dans tous les groupes professionnels

Ces résultats montrent que la proposition admise prioritairement, « remettre une liste lisible de médicaments accompagnant le patient à sa sortie », a été sollicitée par les quatre groupes professionnels. Elle remporte d'ailleurs un certain succès auprès de trois catégories – seuls les décideurs ne lui attribuent qu'une importance moindre.

Si la note du médecin traitant auprès du médecin hospitalier et les procédures formelles à l'hôpital sur le traitement de sortie sont, elles aussi, sollicitées par les quatre groupes, l'adhésion y est néanmoins moins forte, comme le dénotent les moyennes attribuées par chacun des groupes professionnels. Le même phénomène se retrouve d'ailleurs aussi pour ce qui est du dossier médical unique pour les épisodes de soins significatifs et de la centralisation des données du traitement.

Quant aux autres propositions, elles admettent toujours au minimum un groupe professionnel qui ne leur a attribué aucun vote, signifiant que la proposition en question ne semble alors pas répondre à un impératif selon le groupe considéré.

Dans le groupe B, les consignes n'étant probablement pas totalement claires, les résultats ne permettent pas de reclasser une des propositions de ce groupe, en raison de la forte disparité des réponses et du non-respect des consignes de départ (certains participants ont procédé à une priorisation de ces propositions du groupe B à l'instar de ce qui était demandé dans le groupe A. Nous pouvons cependant isoler une proposition ayant recueilli des votes de chacun des groupes de professionnels.

Structurer l'information concernant les médicaments donnés à la sortie	0,67	0,00	0,50	0,00
Augmenter la communication entre le pharmacien clinique (ou hospitalier) et le pharmacien de ville concernant le traitement, lors de la sortie de l'hôpital du patient	0,00	0,75	0,63	0,33
Encourager la fidélisation du patient à une pharmacie extrahospitalière	0,00	0,25	0,25	0,00
Augmenter la rapidité du suivi du patient à son domicile par la 1ère ligne	1,00	0,00	0,25	0,50
Anticiper la délivrance extra-hospitalière à la sortie du patient	0,00	0,25	0,38	0,33
Encourager la concertation entre médecins lors du changement de traitement	0,67	0,00	0,38	0,50
Augmenter les échanges d'informations entre le médecin hospitalier et le MG et/ou la MRS lors de la sortie du patient	0,67	0,25	0,38	1,00
Développer la pharmacie clinique	0,00	0,00	0,38	0,17

Si cette proposition a été choisie par un participant de chaque groupe, le score moyen reste néanmoins faible, ne permettant donc pas de considérer cette proposition comme d'une grande importance pour le corpus de personnes interrogées.

Discussion

Bien que la deuxième phase de l'étude ait fait appel à une autre méthode de consensus et que les participants aient été en majorité différents, les propositions consensuelles qui émergent font partie des grands blocs prioritaires mis en évidence dans la première phase de l'étude.

En effet, « Mettre en place des procédures formelles à l'hôpital concernant le traitement de sortie » fait bien appel à la responsabilité de l'hôpital dans le processus d'amélioration. Les propositions « Remettre une liste lisible de médicaments accompagnant le patient à la sortie », « Le médecin traitant réalise une note à propos du patient se rendant à l'hôpital à l'attention du médecin hospitalier » et « Augmenter les échanges d'informations entre le médecin hospitalier et le MG et/ou la MRS lors de la sortie du patient » appartiennent au souci d'améliorer la communication entre professionnels. Finalement, « Favoriser un dossier médical unique centralisant les informations dont le traitement délivré, accessible aux différents niveaux de soins, pour les épisodes de soins significatifs » et « Favoriser la centralisation des données du traitement du patient » procèdent de la catégorie mentionnant l'utilisation d'outils communs.

En somme, c'est donc la communication entre professionnels qui apparaît comme le moyen à la fois le plus simple et le plus sûr de permettre une continuité des traitements. Cet élément souligne sur son versant négatif, que les lignes de soins tendent à travailler de manière indépendante, sans tenir compte de la suite de la prise en charge, contribuant ainsi à créer la situation qu'ils tendent, dans le même temps, à dénoncer. Dès lors, en raison des logiques professionnelles et des structurations d'activités non similaires, ce manque de communication se cristallise au travers des traitements prescrits, qui évoluent en fonction des interlocuteurs et des étapes de la prise en charge. Cette absence de communication structurée est d'autant plus regrettable que ce sont les patients qui en subissent le coup, le préjudice, alors même que ce sont eux qui constituent le noyau de la prise en charge.

L'absence de continuité dans les traitements et la prise en charge, relayée par l'étude, pour se comprendre, ne peut non plus faire l'économie de la structuration même du champ médical, marqué par un certain hermétisme entre les lignes de soins et les spécialités médicales. Cet hermétisme engendre alors une tendance à camper sur ses positions, et une réticence à ce que des personnes extérieures à sa profession et/ou sa spécialité médicale ne viennent interférer sur la prise en charge. C'est ce qui explique que, dans l'étape des groupes nominaux, le moteur du changement était placé sur des acteurs autres que soi-même : la première ligne de soins (médecins généralistes et pharmaciens d'officine) plaçait ainsi préférentiellement la responsabilité sur la deuxième ligne de soins, davantage que ne le faisaient les médecins hospitaliers. Quant aux décideurs, conscients du problème, ils avaient une réflexion empreinte de leur marge d'action, et visaient, eux aussi, l'hôpital.

Cette volonté de ne pas voir une personne extérieure interférer sur son propre travail peut aussi se comprendre comme une volonté de ne pas voir son organisation du travail perturbée par un élément nouveau, complexifiant alors l'activité professionnelle plus que ne la facilitant. *A fortiori*, les différences de structuration de l'organisation de l'activité et du déroulement du temps professionnel rendent d'autant plus complexes une activité commune, des procédures au diapason entre lignes de soins.

Néanmoins, insister sur la communication entre acteurs, solliciter des procédures et outils communs dénote que chacun est prêt à s'entendre, à condition que le mouvement soit réciproque, avec respect et considération pour sa propre activité. Dès lors, quelle que soit la procédure mise en place – la liste lisible de médicaments à la sortie de l'hôpital, la note écrite pour le passage d'une ligne de soins à l'autre, les procédures formelles ou la centralisation des données – , son succès ne saurait être avéré si sa mise en place ne prévoit pas, simultanément, une implication des différents acteurs et le déploiement d'une rhétorique arguant de l'intérêt de cette évolution pour la continuité du traitement et donc, *in fine*, pour la qualité de la prise en charge du patient. Ce sont là des préalables indispensables au succès de l'entreprise, pour éviter une levée de boucliers d'une catégorie d'acteurs. Les efforts partagés sont aussi nécessaires à une évolution, et requièrent possiblement une formalisation explicite des rôles et attributions de chacun. Enfin, l'implication du patient dans sa prise en charge, une évolution de la représentation qu'en ont les médecins contribuera aussi à améliorer la prise en charge et à favoriser des soins de qualité.

Conclusion

Les propositions consensuelles obtenues par ce travail sont les suivantes :

1. Remettre une liste lisible de médicaments accompagnant le patient à la sortie de l'hôpital
2. Le médecin traitant réalise une note à propos du patient se rendant à l'hôpital à l'attention du médecin hospitalier
3. Mettre en place des procédures formelles à l'hôpital concernant le traitement de sortie
4. Favoriser un dossier médical unique centralisant les informations dont le traitement délivré, accessible aux différents niveaux de soins, pour les épisodes de soins significatifs.
5. Favoriser la centralisation des données du traitement du patient.

Certaines d'entre elles, très concrètes, pourraient être assez aisément mises en application dans une phase test. Les deux dernières propositions nécessitent un travail de plus grande envergure, une réflexion d'ensemble, pour assurer la protection des données.