

TABLE DES MATIÈRES

<u>INTRODUCTION</u>	16
<u>MATÉRIEL ET MÉTHODES</u>	18
<u>RÉSULTATS</u>	21
1/ <u>Caractéristiques socio-démographiques des médecins traitants</u>	21
2/ <u>Satisfaction sur la qualité globale des Lettres de Liaison de Sortie</u>	21
3/ <u>Évaluation du délai de réception et des modes de transmission de la Lettre de Liaison de Sortie</u>	22
3-1/ Délai observé de réception de la Lettre de Liaison de Sortie	22
3-2/ Délai souhaité de réception de la Lettre de Liaison de Sortie	23
3-3/ Délai de consultation chez le généraliste après la sortie d'hospitalisation	23
3-4/ Modes privilégiés de transmission de la Lettre de Liaison de Sortie	24
4/ <u>Évaluation de la Lettre de Liaison de Sortie</u>	25
4-1/ Évaluation des rubriques de la Lettre de Liaison de Sortie	25
4-2/ Évaluation de la longueur de la Lettre de Liaison de Sortie	26
4-3/ Évaluation de la mise en forme de la Lettre de Liaison de Sortie	27
5/ <u>Évaluation de la communication entre service de MPR et généralistes</u>	29
6/ <u>Commentaires libres</u>	30
<u>DISCUSSION</u>	31
1/ <u>Points forts et limites de cette étude</u>	31
2/ <u>Lettre de Liaison de Sortie du service de MPR et communication ville-hôpital : Points faibles et pistes d'amélioration</u>	32

<u>CONCLUSION</u>	41
<u>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	43
<u>ANNEXES</u>	49
<u>ABRÉVIATIONS</u>	60
<u>SERMENT D'HIPPOCRATE</u>	61

INTRODUCTION

Notre système de santé doit faire face à de nombreux défis liés, au vieillissement de la population, à la forte prévalence de maladies chroniques et de patients en situation de dépendance [1, 2]. La Martinique n'échappe pas à ces problématiques en raison d'une population vieillissante et précaire.

Dans ce contexte, la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie, a consacré le médecin traitant dans le rôle de coordinateur du parcours de soins du patient [3]. Il est aussi le « référent » qui concentre l'ensemble des informations médicales concernant le patient. La continuité des soins que doit assurer le médecin traitant peut être définie comme "la cohérence et l'utilité de l'ensemble des services et traitements que reçoit le patient au cours de son parcours de soins, avant, pendant et après le passage à l'hôpital" [4]. Une communication efficace est donc nécessaire entre les différents acteurs de santé, et plus spécifiquement entre la ville et l'hôpital.

Le compte-rendu d'hospitalisation (CRH), a été historiquement le vecteur principal de communication ville-hôpital, en renseignant le médecin traitant au sujet des stratégies diagnostiques et thérapeutiques mises en œuvre lors du séjour hospitalier. Le décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 entré en vigueur le 1^{er} janvier 2017 [5] a introduit la **Lettre de Liaison de Sortie** (LLS) qui a remplacé le CRH en tant que document légal de sortie. Ce changement de dénomination n'est d'ailleurs pas anodin, puisqu'il souligne l'objectif de ce document. Le CRH étant reçu trop tardivement, l'article R1112-1-2 du Code de la Santé Publique a instauré "l'obligation pour les établissements de santé de remettre une

lettre de liaison au patient le jour de sa sortie et de l'adresser dans le même temps à son médecin traitant" [6], tout en précisant quels éléments doivent y figurer.

L'amélioration de la LLS est un sujet de préoccupation pour la Haute Autorité de Santé (HAS) qui a validé le recueil, au sein des établissements de santé, de l'indicateur "Qualité de la lettre de liaison de sortie " (QLS) mis à jour en 2019 (cf. annexe 4). Néanmoins, la trame et la présentation de ce document ne sont à ce jour pas standardisées.

Le service de Médecine Physique et Réadaptation (MPR) du Centre Hospitalier Universitaire de Martinique (CHUM), ne développe pas une médecine d'organe. Ses équipes mènent des actions complexes, pluridisciplinaires, avec des objectifs de rééducation, de réadaptation et de réinsertion, et ce lors d'hospitalisations souvent longues. Le long document de sortie du service de MPR mettait en "lumière" la contribution des multiples intervenants médicaux, paramédicaux et médico-sociaux, mais convenait-il aux médecins traitants ?

Nous avons cherché à évaluer la qualité de la Lettre de Liaison de Sortie du service de MPR en tant que support clé de la communication ville-hôpital. De façon plus générale, les médecins ont été interrogés sur la qualité de leurs échanges avec le service de MPR, afin de mettre en évidence les éventuels obstacles à la continuité des soins.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1/ Schéma et objectifs de l'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale réalisée à partir d'un questionnaire adressé à des médecins généralistes libéraux traitants, en exercice, et inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins de la Martinique.

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la qualité de la LLS du service de MPR du CHUM, tant sur le fond, la forme que sur le délai de réception.

L'objectif secondaire était d'évaluer le degré de satisfaction des médecins traitants concernant la communication et la coopération avec les praticiens du service de MPR.

2/ Méthode de sélection des médecins interrogés

À partir de la liste des patients sortis du service de MPR entre le 1er mai 2017 et le 31 mai 2018, nous avons répertorié les généralistes traitants destinataires des LLS.

3/ Description du questionnaire

Le questionnaire comprenait 24 questions fermées, 4 questions semi-ouvertes et 3 questions ouvertes (cf. annexe 2).

La première partie du questionnaire évaluait le délai de réception et les modes de transmission souhaités de la LLS ainsi que le délai de consultation post-sortie du service.

La deuxième partie du questionnaire évaluait la qualité, la longueur, la mise en forme de la LLS ainsi que les informations jugées les plus utiles aux généralistes.

La troisième partie du questionnaire évaluait de façon plus générale la qualité de la communication entre le service de MPR et les généralistes traitants.

La dernière partie du questionnaire recueillait les informations socio-démographiques des médecins (âge, sexe, ancienneté d'exercice).

Au moment de l'étude, le courrier de sortie était encore dénommé "compte-rendu d'hospitalisation" par le service de MPR, d'où l'utilisation de l'abréviation CRH dans le questionnaire en lieu et place de LLS.

4/ Modalités de diffusion du questionnaire et de recueil de données

Le questionnaire a d'abord été testé par cinq médecins généralistes. Après confirmation de l'absence d'obstacle à son remplissage, il a été envoyé par voie postale. Il était accompagné d'une lettre explicative (cf. annexe 1), d'une copie d'une LLS type anonymisée et d'une enveloppe timbrée.

Dans un second temps, des relances ont été réalisées afin d'obtenir plus de réponses :

- Envoi du questionnaire en ligne par l'Union Régionale des Médecins Libéraux de la Martinique (URML).
- Envoi du questionnaire en ligne aux médecins inscrits au Syndicat des Médecins de la Martinique (SMMq) par le biais de son Président.
- Relances téléphoniques.
- Envoi du questionnaire en ligne par Whatsapp (24).
- Et enfin, remise en main propre (47) avec remplissage ou pas en ma présence.

Afin d'anonymiser les questionnaires en "version papier", les initiales du médecin, ainsi que les deux premières lettres de la commune d'exercice étaient annotées. À la fin du questionnaire en ligne, il était demandé au médecin de noter, s'il le souhaitait ses initiales. L'ensemble des réponses ont été colligées dans le logiciel Survey Monkey avant export des données au format Excel.

5/ Les lettres de liaison de sortie émises par le service de MPR

Les LLS avaient été émises par l'une des trois unités fonctionnelles (UF) du service de MPR à savoir l'unité HC (Hospitalisation Conventionnelle), l'unité HDS (Hospitalisation de Semaine), et enfin l'unité HDJ (Hospitalisation à temps partiel).

Les LLS étaient remises à chaque patient sortant à l'attention du médecin traitant et elles étaient le plus souvent envoyées par voie postale.

La structure globale des LLS produites par les trois UF était assez similaire (cf. annexe 3). Les résultats des bilans biologiques n'étaient notifiés que dans les LLS émises par les unités HC et HDS et occupaient 2 pages (car obtenus par capture d'écran du serveur de résultats biologiques). L'interprétation complète des examens complémentaires était retranscrite. La conclusion était mise en valeur en italique et la section "Suite à donner" était présentée en encadré. Le bilan de sortie des paramédicaux était notifié à la fin des LLS.

Pendant la période d'étude, la longueur moyenne des LLS hors bilans de sortie des paramédicaux était de 5,5 pages [1,5 à 11,5 pages]. En les incluant, les LLS atteignaient en moyenne 8 pages [2,5 à 13 pages].

6/ Analyse Statistique

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel R version 3.6.1 (R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2019).

Les associations entre les facteurs sociodémographiques des médecins et les réponses aux questions sur la qualité des LLS ont été analysées avec un test du Chi², ou, si les effectifs attendus étaient trop faibles, par un test exact de Fischer. Les associations étaient considérées comme significatives, si la probabilité p du test de comparaison était inférieure à 0,05, et comme présentant une tendance, si le p était inférieur à 0,10.

RÉSULTATS

Au total, 112 médecins généralistes traitants avaient reçu une ou plusieurs LLS pendant la période d'étude. Trois non-réponses s'expliquaient par une cessation d'activité. Sur les 109 médecins généralistes en activité, 77 ont rempli le questionnaire soit un taux de réponse de 70,64 %. 40 réponses ont été renvoyées par voie postale, 29 réponses ont été obtenues grâce au questionnaire en ligne tandis que 8 questionnaires ont été remplis en ma présence sans entretien directif.

1/ Caractéristiques socio-démographiques des médecins répondants

- L'effectif de médecins comprenait 49 hommes (63,6%) et 28 femmes (36,4%).
- 76 médecins étaient installés et 1 médecin était remplaçant.
- 48 médecins (62,3%) étaient âgés de 50 ans ou plus, 24 médecins (31,2 %) avaient entre 35 et 49 ans et 5 médecins (6,5 %) avaient moins de 35 ans.
- 50 praticiens (64,9 %) avaient plus de 20 ans d'exercice, 16 praticiens (20,8 %) avaient entre 10 et 20 ans de pratique et 11 praticiens (14,3 %) avaient moins de 10 ans d'exercice.

2/ Satisfaction sur la qualité globale des Lettres de Liaison de Sortie

52 médecins (67,5%) étaient satisfaits et 18 médecins (23,4 %) étaient très satisfaits de la qualité globale des LLS soit un taux de satisfaction cumulé de 90,9% (Tableau I).

65 médecins (88%) ont jugé que la LLS leur apportait les informations utiles à la continuité des soins, et que de ce point de vue elle était adaptée (pour 67,6 %) voire très adaptée (pour 20,3 %) à leur poursuite de prise en charge.

Tableau I : Prévalences des degrés de satisfaction globale vis-à-vis de la LLS selon les caractéristiques socio-démographiques des médecins (n=77)

	Non satisfait n (%)	Moy satisfait n (%)	Satisfait n (%)	Très satisfait n (%)	Sans opinion n (%)	p
Effectif total (77)	2 (2,6)	4 (5,2)	52 (67,5)	18 (23,4)	1 (1,3)	
Sexe						
Homme (49)	0 (0)	1 (2)	38 (77,6)	9 (18,4)	1 (2)	0,021^{ff}
Femme (28)	2 (7,1)	3 (10,7)	14 (50)	9 (32,1)	0 (0)	
Classe d'âge						
< 50 ans (29)	1 (3,4)	1 (3,4)	21 (72,4)	6 (20,7)	0 (0)	NS ^{ff}
≥ 50 ans (48)	1 (2,1)	3 (6,2)	31 (64,6)	12 (25)	1 (2,1)	
Durée d'exercice						
< 10 ans (11)	1 (9,1)	1 (9,1)	7 (63,6)	2 (18,2)	0 (0)	NS ^{ff}
10 à 20 ans (16)	0 (0)	0 (0)	12 (75)	4 (25)	0 (0)	
≥ 20 ans (50)	1 (2)	3 (6)	33 (66)	12 (24)	1 (2)	

n : nombre de médecins ayant répondu ; p : valeur p du test de comparaison entre les prévalences

NS : non significatif ($p > 0,10$) ; ff : test exact de Fisher

Les praticiens de sexe féminin étaient près d'un tiers à être très satisfaits contre seulement 18 % des praticiens de sexe masculin. À l'inverse, près de 18 % des femmes étaient moyennement ou pas satisfaites, contre seulement 2% des hommes.

3/ Évaluation du délai de réception et des modes de transmission de la LLS

3-1/ Délai observé de réception de la Lettre de Liaison de Sortie

Près de 50% des LLS avaient été reçues 8 à 15 jours après la sortie du service (Figure I).

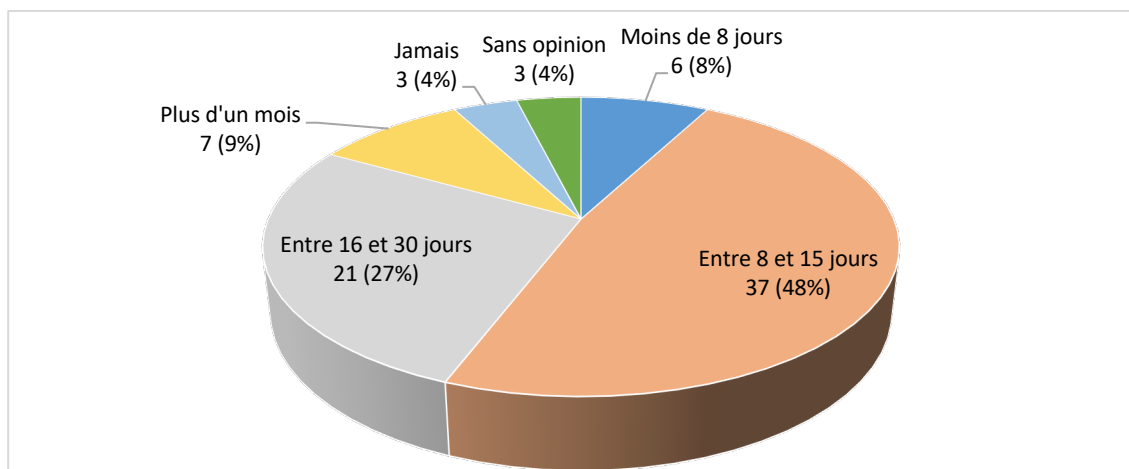


Figure I : Délai de réception de la lettre de liaison de sortie (n=77)

3-2 / Délai souhaité de réception de la Lettre de Liaison de Sortie

61% des généralistes souhaitaient recevoir la LLS dans un délai maximal de 8 jours (Figure II).

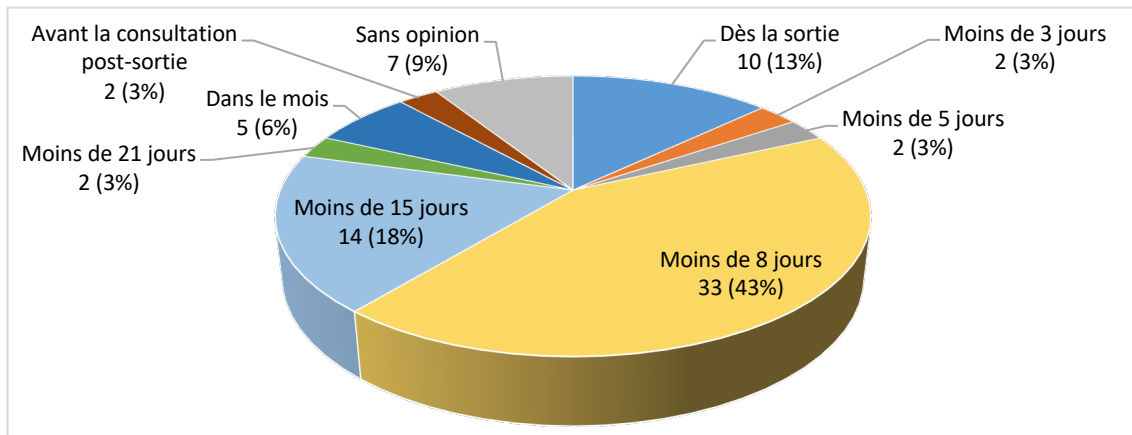


Figure II : Délai souhaité de réception de la lettre de liaison de sortie (n=77)

3-3/ Délai de consultation chez le généraliste après la sortie d'hospitalisation

8 médecins (10,4%) avaient vu le patient en consultation dans les 8 jours suivant la sortie d'hospitalisation, 60 médecins (78%) entre 8 et 30 jours après la sortie et 9 médecins (11,7%) plus d'un mois après la sortie.

Tous les patients ne remettaient pas au médecin traitant la LLS en leur possession lors de cette consultation (Figure III).

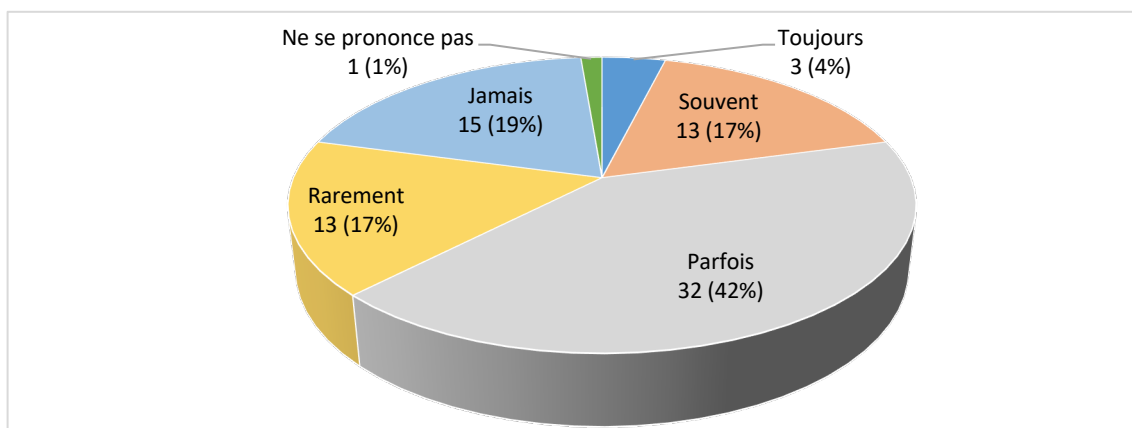


Figure III : Apport de la LLS au généraliste lors de la consultation post-sortie (n=77)

Seulement 2 des 8 médecins ayant vu le patient dans la semaine suivant la sortie disposaient de la LLS, alors que tous auraient souhaité l'avoir.

Mais dans l'ensemble, la grande majorité des médecins (61 soit 79%) avait reçu la LLS avant ou pendant la période de consultation post-sortie avec un intervalle de confiance à 95% compris entre 68,5% et 87,6 %.

Le délai maximal souhaité par les médecins pour la réception de la LLS ne dépendait pas du délai de consultation des patients ($p > 0,05$).

3-4 / Modes privilégiés de transmission de la Lettre de Liaison de Sortie

Tableau II : Prévalences des préférences du mode de transmission de la LLS (n=77)

	Transmission par le patient		Envoi Postal		Fax		Messagerie sécurisée	
	% (n)	p	% (n)	p	% (n)	p	% (n)	p
Effectif total	49,35 (38)		50,65 (39)		2,6 (2)		53,25 (41)	
Sexe								
Homme (49)	51,0 (25)		51,0 (25)		4,1 (2)		42,9 (21)	
Femme (28)	46,4 (13)	NS [†]	50,0 (14)	NS [†]	0 (0)	NS ^{††}	71,4 (20)	0,016[†]
Classe d'âge								
< 50 ans (29)	44,8 (13)		55,2 (16)		0 (0)		69,0 (20)	
≥ 50 ans (48)	52,1 (25)	NS [†]	47,9 (23)	NS [†]	4,2 (2)	NS ^{††}	43,8 (21)	0,032[†]
Durée								
d'exercice	54,5 (6)		54,5 (6)		0 (0)		81,8 (9)	
< 10 ans (11)	37,5 (6)		43,8 (7)		0 (0)		56,2 (9)	
10 à 20 ans (16)	52,0 (26)	NS [†]	52,0 (26)	NS [†]	0,4 (2)	NS ^{††}	46,0 (23)	0,094 [†]
≥ 20 ans (50)								
Mode de référence	Mode de référence seul		Mode de référence associé à d'autre(s) mode(s)		Autre(s) mode(s) à l'exclusion du mode de référence			
Transmission par le patient	13,0 (10)		36,4 (28)		50,6 (39)			
% (n), [IC à 95%]	[6,4 - 22,6]		[25,7 - 48,1]		[39,0 - 62,2]			
Envoi postal	22,1 (17)		28,6 (22)		49,4 (38)			
% (n), [IC à 95%]	[13,4 - 33,0]		[18,8 - 40,0]		[37,8 - 61,0]			
Messagerie sécurisée	16,9 (13)		36,4 (28)		46,8 (36)			
% (n), [IC à 95%]	[9,3 - 27,1]		[25,7 - 48,1]		[35,3 - 58,5]			

n : nombre de médecins ayant répondu ; p : valeur p du test de comparaison entre les prévalences

NS : non significatif ($p > 0,10$) ; [†] : test du Chi2 ; ^{††} : test exact de Fisher ; IC : intervalle de confiance

Les femmes et les médecins âgés de moins de 50 ans étaient proportionnellement plus nombreux à préférer la messagerie sécurisée. Il en était de même pour les médecins ayant moins de 10 ans de pratique mais à la limite de la signification statistique (Tableau II).

Une majorité de médecins préférait une combinaison de plusieurs modes de transmission de la LLS à un seul mode, quel qu'il soit. Aucune combinaison n'était privilégiée, mais l'association messagerie sécurisée et remise en main propre par le patient avait la plus grande prévalence (18,2%).

4/ Évaluation de la Lettre de Liaison de Sortie

4-1/ Évaluation des rubriques de la Lettre de Liaison de Sortie

L'ordre souhaité d'apparition des rubriques de la LLS correspondait à une présentation "classique" : Motif d'admission, Anamnèse, Antécédents et traitement habituel, Examens complémentaires, Diagnostic et évolution, Décisions thérapeutiques, Conclusion, Suite de prise en charge, Identité du médecin référent et Bilan de sortie des paramédicaux.

Le classement des rubriques ci-dessous obtenu en regroupant les réponses « Très important » et « Important » a mis en évidence celles qui étaient les plus pertinentes pour les généralistes (Figure IV). Cependant aucune rubrique de la LLS n'a été jugée globalement inutile ou facultative.

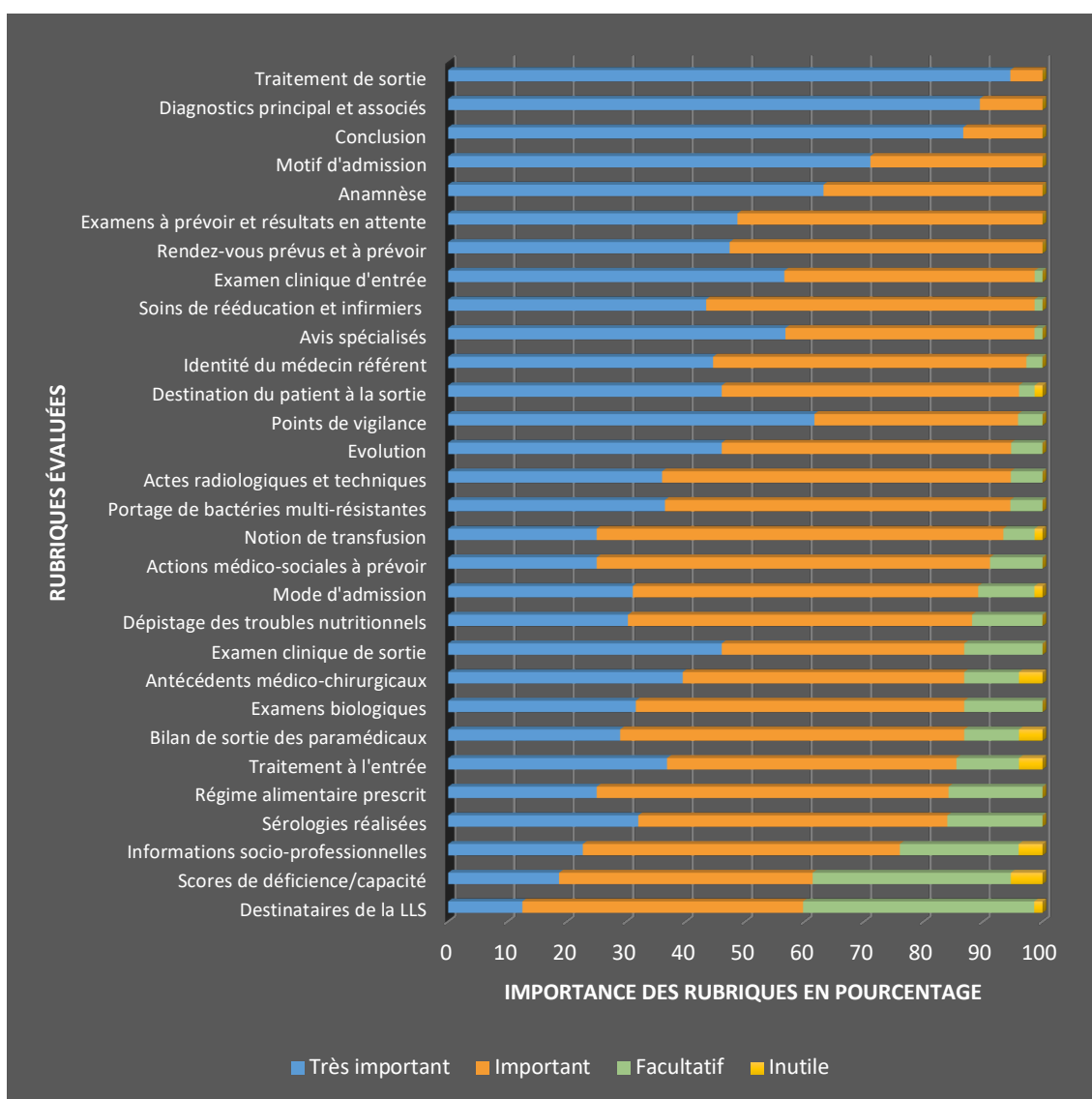


Figure IV : Classement des rubriques de la LLS par ordre d'importance

4-2 / Évaluation de la longueur de la Lettre de Liaison de Sortie

La longueur de la LLS a été jugée adaptée par 40 médecins (51,95%) et excessive par 33 médecins (42,86%), sans différence statistique significative en tenant compte de leurs caractéristiques socio-démographiques.

Concernant le choix de la longueur optimale, elle ne devait pas excéder 4 pages. Seule la durée d'exercice des médecins était à la limite de la significativité statistique, liée au choix de la longueur optimale, en considérant les critères socio-démographiques des

praticiens (Tableau III). En effet, près de 82% des médecins ayant moins de 10 ans de pratique jugeaient optimales des LLS de 3 à 4 pages.

Tableau III : Prévalences en pourcentage du choix de la longueur optimale de la LLS selon les caractéristiques socio-démographiques des médecins (n=77)

	Longueur optimale de la lettre de liaison de sortie				p
	1 à 2 pages	3 à 4 pages	5 à 6 pages	Sans opinion	
Effectif total	29 (37,66%)	35 (45,45%)	3 (3,9%)	10 (13%)	
Sexe					
Homme	40,8	44,9	2,0	12,2	NS ^{ff}
Femme	32,1	46,4	7,1	14,3	
Classe d'âge					
< 50 ans	27,6	58,6	6,9	6,9	0,14 ^{ff}
≥ 50 ans	43,8	37,5	2,1	16,7	
Durée d'exercice					
< 10 ans	9,1	81,8	9,1	0	0,084 ^{ff}
Entre 10 et 20 ans	43,8	37,5	6,2	12,5	
≥ 20 ans	42,0	40,0	2,0	16,0	

n : nombre de médecins ayant répondu ; p: valeur p du test de comparaison entre les prévalences;

NS : non significatif ($p > 0,10$); ff: test exact de Fisher

Parmi les 40 médecins satisfaits de la longueur de la LLS, 24 (soit 60%) jugeaient optimale une longueur de 3 à 4 pages. Dans le groupe des 33 médecins non satisfaits de la taille de la LLS, 22 (soit 66,7%) souhaitaient qu'elle n'excède pas 2 pages.

En croisant les données, parmi les 52 médecins ayant pu être anonymisés, 45 soit 86% avaient reçu une LLS plus longue que ce qu'ils jugeaient optimal. En excluant le bilan de sortie des paramédicaux, ce taux passait à 65%.

4-3/ Évaluation de la mise en forme de la Lettre de Liaison de Sortie

Les préférences de mise en forme de la LLS ont été recueillies (Figure V).

En ce qui concerne la présentation du traitement habituel et de sortie, 27 médecins (35%) préféraient une **rédaction « classique »** tandis que 36 médecins (46%) optaient pour la **conciliation médicamenteuse de sortie** (cf. annexe 5). 14 médecins (18%) étaient favorables aux deux présentations. Aucune caractéristique socio-démographique des médecins n'était liée à leur préférence sur la présentation du traitement de sortie.

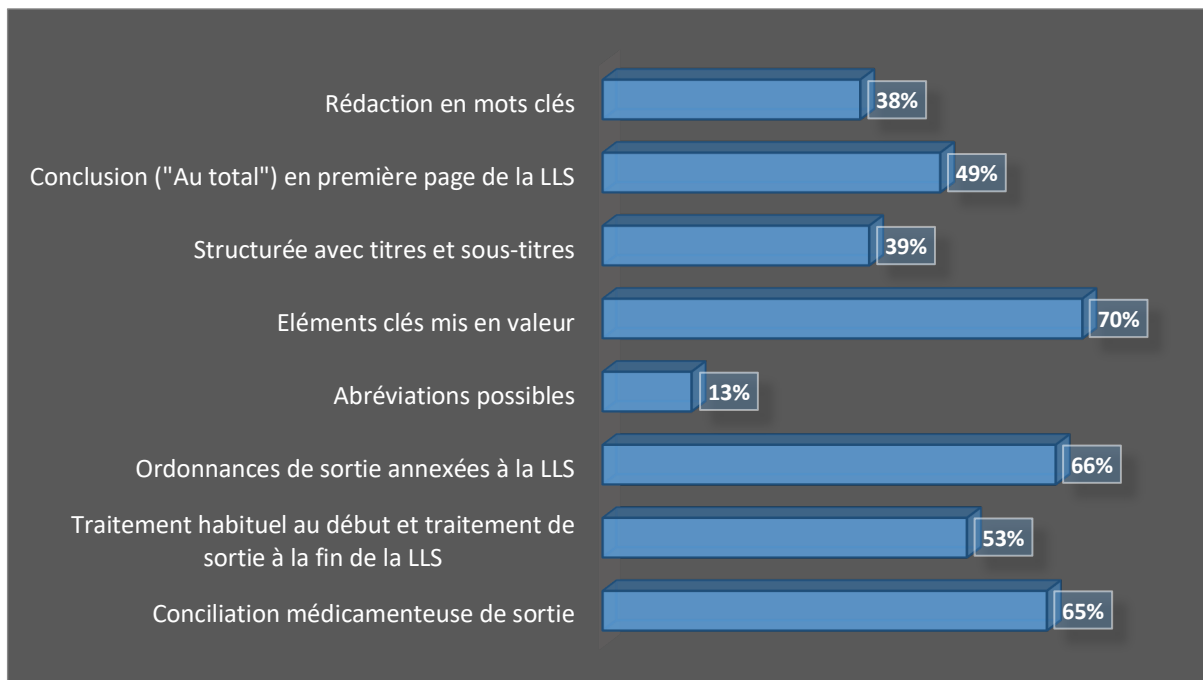


Figure V : Prévalences en pourcentage des préférences de mise en forme de la LLS

Concernant la présentation des résultats des examens paracliniques, les médecins étaient dans l'ensemble plus nombreux à préférer une conclusion succincte (Figure VI).

La durée d'exercice était significativement liée au choix de la présentation de l'électrocardiogramme ($p=0,006$) et des actes techniques et radiologiques ($p=0,049$). Pour

ces examens les médecins ayant 10 à 20 ans de pratique étaient plus nombreux à préférer le duplicata des comptes rendus.

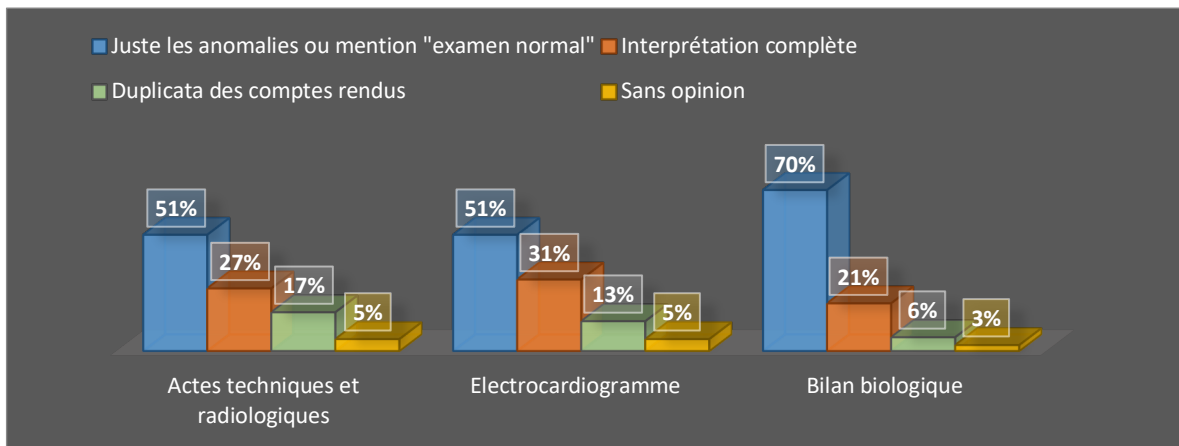


Figure VI : Prévalences en pourcentage du choix de présentation des résultats d'examens

5/ Évaluation de la communication entre le service de MPR et les généralistes

Les médecins traitants ont signalé des carences au niveau de la communication et de la coopération avec les praticiens du service de MPR (Figure VII).

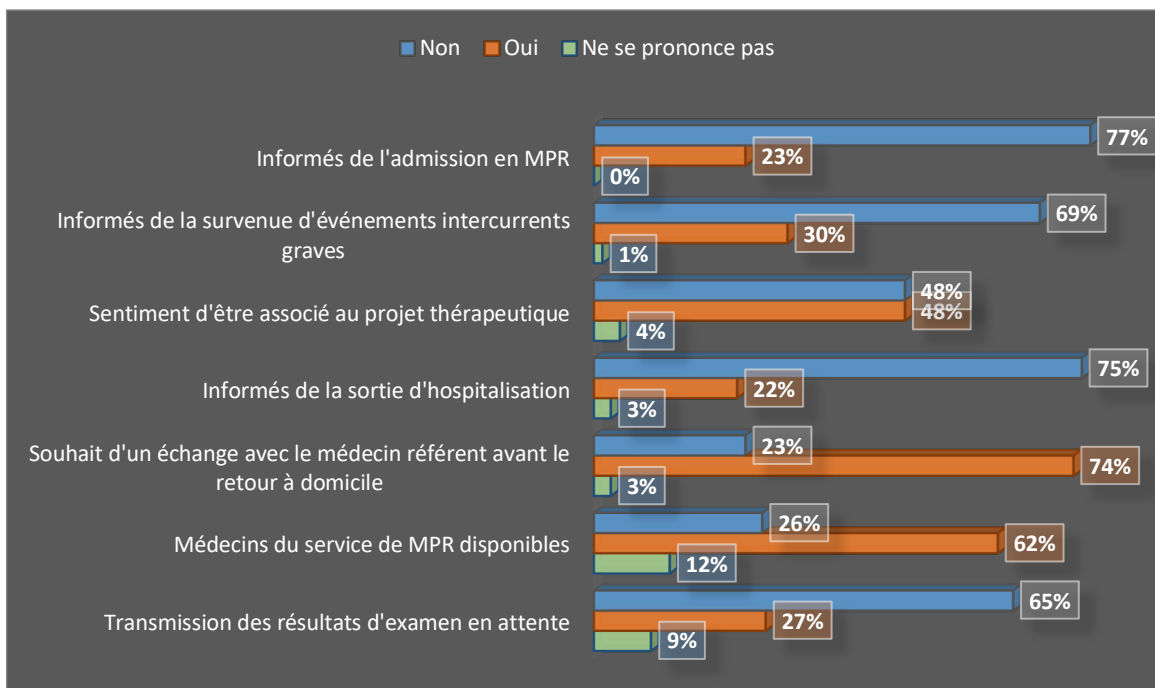


Figure VII : Évaluation de la communication entre le service de MPR et les généralistes

Un échange préalable était souhaité avec le médecin référent pour préparer la sortie. À cet effet, les modes de communication privilégiés étaient l'appel téléphonique (65,38%), le courrier électronique (42,31%), le fax (3,85%), ou un courrier postal (3,85%).

6/ Commentaires libres

28 médecins sur 77 ont fait des propositions pour l'amélioration de la LLS et de la communication ville-hôpital :

- 4 médecins ont noté que les antécédents, les informations socio-professionnelles, voire le traitement à l'entrée étaient déjà connus et donc d'un intérêt moindre.
- 10 médecins déploraient une réception tardive de la LLS. Ils préconisaient l'envoi par messagerie sécurisée et la consultation du patient muni de la LLS dans les 48 heures suivant la sortie.
- 5 médecins regrettaient une LLS trop exhaustive, tandis que 2 autres médecins appréciaient cette exhaustivité car elle facilitait le remplissage des dossiers de reconnaissance du handicap.
- 5 médecins souhaitaient que les praticiens du service soient plus facilement joignables par téléphone.
- 1 médecin était favorable à la participation des médecins libéraux à des réunions multidisciplinaires sur site pour discuter du devenir du patient.
- 2 médecins souhaitaient être mieux informés des missions possibles du service de MPR.

DISCUSSION

1/ Points forts et limites de cette étude

Cette étude sur la qualité de la LLS de MPR est la première réalisée en Martinique. Elle reste actuelle, car les indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la HAS ont régulièrement évolué avec l'expérimentation en 2015 de l'indicateur "Qualité du Document de Sortie" (QDS 2014) remplacé en 2016 par l'indicateur "Qualité de la lettre de liaison de sortie" (QLS) qui fut mis à jour en 2019.

Le fort taux de réponse au questionnaire (70%) peut s'expliquer par les multiples modalités de diffusion utilisées ainsi que très vraisemblablement le support du Syndicat des Médecins de la Martinique (SMMq).

D'après l'Assurance Maladie Offre de Soins (AMOS), la Martinique comptait 303 omnipraticiens libéraux au 31 décembre 2017 [7]. Nous avons donc pu recueillir l'avis d'environ 25 % des généralistes libéraux de l'île. L'échantillon de 77 médecins de notre étude était comparable suivant le sexe à l'ensemble de la population des généralistes libéraux de la Martinique, le résultat du test du Chi2 de conformité étant non significatif ($p=0,56$). L'échantillon était aussi comparable à la population source [7], mais à la limite de la significativité statistique, suivant la classe d'âge ($p=0,086$) et la combinaison sexe et âge ($p=0,085$). On notait en effet une légère surreprésentation des médecins âgés entre 35 et 59 ans (31,2% versus 21,1%).

L'analyse bivariée de l'association entre les caractéristiques sociodémographiques et les réponses des médecins, était l'occasion de connaître les attentes des médecins « de

demain » à savoir les plus jeunes et ceux de sexe féminin. On ne peut cependant pas exclure que les attentes du médecin évoluent au cours de sa pratique.

Notons que des changements ont eu lieu depuis l'élaboration de ce projet d'étude, tels que le déploiement de la messagerie sécurisée et l'élaboration par le CHU de Martinique d'une trame type comme support obligatoire de la LLS.

2/ Lettre de Liaison de Sortie du service de MPR et communication ville-hôpital :

Points faibles et pistes d'amélioration

Si dans l'ensemble l'avis des médecins concernant la qualité de la LLS était plutôt positif, moins d'un quart en étaient totalement satisfaits. Les principaux axes d'amélioration concernaient le délai de transmission de la LLS, les modes de transmission employés, la longueur et l'ergonomie de la LLS, ainsi que le manque de communication entre le service de MPR et les médecins traitants.

2-1/ Délai de réception tardif de la Lettre de Liaison de Sortie

L'étude a révélé que le raccourcissement du délai de réception de la LLS représentait un axe prioritaire d'amélioration des pratiques du service de MPR. Plus de 4 médecins sur 5 rapportaient une réception tardive de la LLS au-delà de 7 jours. Or, ils souhaitaient la recevoir une semaine au plus tard après la sortie, comme cela est retrouvé dans la littérature [8,9,10], et ce, quel que soit le délai de consultation après le retour à domicile.

Selon une revue de la littérature française réalisée en 2015, le « délai de réception était estimé inférieur à huit jours pour 26 % à 65 % des sorties d'hospitalisations » [8] et

n'était que de 8% dans notre étude. Comment expliquer un si faible taux de réception, alors que les LLS étaient disponibles le jour de la sortie ?

La remise en main propre par le patient de la LLS au médecin traitant était l'un des principaux modes de transmission utilisé par le service de MPR au moment de l'étude.

Cependant, peu de médecins (10%) avaient vu en consultation les patients dans la semaine suivant la sortie, pourcentage qui était très inférieur aux données de la littérature. Selon une revue de la littérature de 2015, en France la visite post- sortie serait effectuée 2 jours après la sortie pour 22% des patients et entre 2 et 7 jours après la sortie pour 52% des patients [8]. Une étude de 2006 montrait que le délai moyen de cette consultation était de 12,9 jours, 42,9% des patients ayant consulté dans les huit jours suivant la sortie [11].

De plus, lors de cette consultation, les patients sortants du service de MPR ne remettaient pas systématiquement la LLS au médecin traitant. D'après une précédente étude, cette tendance serait d'ailleurs majorée quand le médecin traitant n'est pas le prescripteur de l'hospitalisation [11].

Dans le cas de l'envoi postal de la LLS, des délais de transmission incompressibles et variables sont relevés, délais sur lesquels le service de MPR n'avait pas forcément de maîtrise. La transmission du courrier au départ du service de MPR par le vaguemestre jusqu'à la Poste peut être retardée, ce retard pouvant être d'au moins 4 jours pour une sortie effectuée le Vendredi. Le temps réel d'acheminement postal peut être supérieur au délai théorique (24 heures pour une lettre prioritaire et 2 jours pour une lettre verte en jours ouvrables). À ces délais se rajoute le temps de prise de connaissance du courrier par le généraliste. Il arrivait aussi que certains courriers reviennent au service en raison d'une adresse d'expédition erronée.

Il est prouvé que la réception tardive de la LLS est un obstacle à la continuité des soins [8,12,13,14]. Les conséquences peuvent être la survenue d'événements indésirables notamment iatrogéniques et des ré-hospitalisations précoces [15,16,17].

On estime malheureusement en France que plus de deux tiers des médecins généralistes ne disposeraient pas de courrier de sortie lors de la visite post-sortie [8]. Cette situation est aussi valable à l'étranger puisque selon Kripalani et al seulement 12 à 34% des médecins avaient ce courrier [12,18].

Lors de la visite post-sortie, la consultation tardive des patients corrélée au retard de réception de la LLS a semble-t-il contribué à rendre disponibles les informations indispensables à la continuité de soins. Mais cela ne constituait en aucun cas une situation idéale pour la qualité et la sécurité des soins. Les modes de transmission de la LLS doivent donc être repensés en tenant compte des préférences des médecins.

2-2/ Modes de transmission de Lettre de Liaison de Sortie à réévaluer

Le délai légal d'envoi du courrier qui était de 8 jours maximum a été ramené à zéro jour depuis le 1^{er} janvier 2017 conformément à l'article R1112-1-2 du Code de la Santé Publique [19]. Cet article recommande également la transmission de la LLS par messagerie sécurisée.

Bien qu'une copie de la LLS doive être remise au patient à la sortie, il n'était pas considéré par les médecins comme un vecteur fiable de l'information médicale.

Concernant les autres modes de transmission évalués, les médecins étaient dans l'ensemble autant favorables à l'envoi postal qu'à l'envoi par messagerie sécurisée (50,65% versus 53%). Ce résultat est conforme aux conclusions de précédentes études

selon lesquelles « 45 % à 60 % des médecins généralistes français souhaitaient un envoi par courrier et près de 50 % semblaient privilégier un envoi par courriel sécurisé » [8].

Pour améliorer le taux et le délai de réception de la LLS nous proposons :

- Que le patient soit vivement encouragé à voir son médecin traitant dans les 48 heures suivant la sortie et à lui remettre systématiquement la LLS. Il doit rester acteur de sa prise en charge, ce qui suppose une information loyale et claire donnée au patient au sujet de sa pathologie (article R.4127-35 du Code de la Santé Publique).
- Que d'autres modes d'envoi soient associés à la transmission par le patient, ce qui était le souhait des médecins traitants.
- Que les LLS soient postées au plus tard le lendemain de la sortie du patient sans retard d'acheminement en interne.
- Que la messagerie sécurisée soit utilisée en priorité [20,21] si le médecin traitant possède une boîte aux lettres électronique sécurisée de santé dite « MSSanté » [22]. Cette information est disponible en consultant l'annuaire national commun MSSanté à l'adresse internet suivante <https://annuaire.sante.fr/>. La messagerie sécurisée « Microsoft Outlook » utilisée par le CHU de Martinique est en cours de déploiement dans le service de MPR ce qui n'était pas le cas au moment de l'étude. Nous rappelons que dans cette étude ce mode de transmission était plébiscité par 2/3 des médecins de sexe féminin ou âgés de moins de 50 ans.

Alors qu'en 2008, seulement 20% des généralistes français utilisaient une messagerie sécurisée de santé [23], le recours à cette messagerie tend à se généraliser.

À la date du 6 mai 2020, 57 des 109 médecins sélectionnés (52%) et 145 des 303 omnipraticiens libéraux martiniquais (48%) avaient une messagerie sécurisée, ce qui est tout à fait comparable.

L'adoption de la messagerie sécurisée par les libéraux martiniquais reste malgré tout insuffisante puisque les principales solutions proposées sont gratuites (Mailiz, ...) et la solution payante Apycript 2 est « subventionnée » par l'Union Régionale des Médecins libéraux de la Martinique. De plus, les généralistes bénéficient d'une aide financière de l'Assurance Maladie, le « forfait structure », afin de moderniser leurs pratiques.

Le DMP (Dossier médical partagé) institué par la loi du 13 août 2004, et dans lequel devrait être versé la LLS serait une vraie avancée. Alors que le lancement national officiel a eu lieu le 6 novembre 2018 [24], il est encore à ses balbutiements.

2-3/ Effort de rédaction synthétique de la Lettre de Liaison de Sortie

Le fait que 52% des médecins se soient déclarés satisfaits de la longueur de LLS atteignant en moyenne 8 pages était discordant, car dans l'ensemble les médecins jugeaient optimales des LLS n'excédant pas 4 pages. Nous supposons que les médecins ne considéraient pas le bilan de sortie des paramédicaux comme faisant partie de la LLS d'où la satisfaction apparente des généralistes.

Il a été montré qu'une LLS trop exhaustive peut dissuader les généralistes qui reçoivent quotidiennement beaucoup de courriers [14]. Cependant, l'effort de concision demandé est moins important que dans de précédentes études où une longueur maximale de 2 pages faisait consensus [8,25]. Les médecins semblent donc avoir pris en compte les spécificités de la prise en charge en MPR nécessitant des hospitalisations longues,

émailées parfois d'événements intercurrents graves et pouvant durer jusqu'à six mois. Ces spécificités expliquent au moins en partie des LLS plus courtes en unité HDJ.

Bien que demandeurs d'une LLS courte, une rédaction sans phrases construites et l'usage des abréviations étaient décriés par les médecins, tandis que la mise en valeur des éléments-clés de la LLS était appréciée. Ces résultats étaient concordants avec les données de la littérature [8], exception faite que dans cette étude, les médecins ne semblaient pas attachés à une présentation structurée avec titres et sous-titres.

Parmi les 30 rubriques évaluées celles jugées les plus importantes par les généralistes étaient dans l'ordre décroissant :

- Le traitement de sortie
- Les diagnostics principaux et associés
- La conclusion
- Le motif d'admission
- L'anamnèse
- Les résultats d'examens en attente et les examens à prévoir
- Les rendez-vous de consultation prévus et à prévoir
- Les soins de rééducation et infirmiers prescrits
- Les avis spécialisés

9 des 10 rubriques ci-dessus correspondent aux 5 critères médicaux de l'indicateur « Qualité de la lettre de liaison de sortie » (cf. annexe 5), critères qui ont été définis à partir d'une revue de la littérature réalisée en 2013 [25]. Ce résultat confirme ce que d'autres études ont montré à savoir que le traitement de sortie, le diagnostic principal, les suites à donner et le motif d'admission étaient les rubriques recherchées par les généralistes [8,26].

Les items jugés les moins importants étaient les scores spécifiques de déficience, la liste des destinataires de la LLS et les informations socio-professionnelles.

Les médecins généralistes semblaient accorder plus d'importance aux suites à donner d'ordre médical qu'aux suites à donner d'ordre social, ce qui surprend vu l'importance du volet social dans la prise en charge des patients en situation de handicap.

En se basant sur cette étude, nos propositions pour une LLS concise et ergonomique sont les suivantes :

- Abstention de notification de la liste exhaustive des destinataires, ce d'autant que selon la HAS, même l'indication de l'identité et des coordonnées du médecin traitant n'est obligatoire que dans le dossier médical [6].
- Mention facultative et si besoin concise des « Informations socio-professionnelles » déjà communiquées dans le bilan social et le plus souvent connues par le médecin traitant.
- Présentation synthétique sous la forme d'un tableau des antécédents dont le rappel [8] a été jugé important à très important par 85% des médecins traitants.
- Énumération dans la section « Examen Clinique de Sortie » des anomalies et des signes cliniques négatifs pertinents exclusivement.
- Énumération des éléments biologiques dosés et des anomalies retrouvées sans procéder à une capture d'écran du serveur de résultats biologiques.
- Énonciation succincte des résultats des autres examens complémentaires se limitant à préciser ceux qui sont normaux ou les anomalies objectivées.
- Adoption de la « Conciliation médicamenteuse de Sortie » qui est recommandée par la HAS [27,28], afin d'éviter la redondance des rubriques « Traitement à

l'entrée », « Traitement de sortie » et afin de limiter le risque d'erreur thérapeutique (cf. annexe 5).

- Poursuite de la mise en valeur des rubriques « Conclusion » et « Suite à donner » qui, en cas de prise de connaissance rapide, seront probablement les seules rubriques de la LLS lues par le médecin traitant, en dehors du traitement de sortie. Notons qu'il ne s'est pas dégagé de tendance claire pour que la rubrique "Conclusion" soit placée à la première page du courrier de sortie.
- Mention dans la section « Suite à donner » des points de vigilance et des examens dont les résultats sont en attente. Tout résultat en attente devra être transmis ultérieurement au généraliste afin d'éviter la prescription redondante d'examens en ambulatoire.
- Notification comme le recommande la HAS des prescriptions de soins de rééducation et infirmiers dans la section « Suite à donner » plutôt que dans la section « Traitement de sortie » et de façon concise. En effet, 2 médecins sur 3 préféreraient que les ordonnances de sortie soient annexées à la LLS.
- Envoi séparé aux médecins traitants du bilan de sortie des paramédicaux qui rallongeaient les LLS de 2,25 pages en moyenne. Ce bilan pourrait faciliter la constitution par les généralistes des dossiers de reconnaissance du handicap ou de demande de prestations de compensation.
- Changement de l'intitulé « Bilan de sortie des paramédicaux » en « Bilan de sortie des intervenants de MPR ». Les médecins rééducateurs pourraient y intégrer un « Bilan médical » mentionnant les scores spécifiques de déficience, entre autres informations "techniques" moins utiles aux généralistes.
- Les bilans de sortie des paramédicaux gagneraient à être valorisés en les considérant comme des « **lettres de liaison paramédicales** ». Nous proposons

qu'ils soient joints avec l'accord du patient aux ordonnances de sortie de kinésithérapie, de soins infirmiers et d'orthophonie, etc.... L'envoi par messagerie sécurisée aux professionnels de santé libéraux précités que le patient aura désigné pourrait aussi être envisagé.

2-4/ Amélioration de la communication avec les généralistes traitants

L'étude a montré que les médecins traitants jugeaient insuffisants les échanges directs ou indirects avec les praticiens du service de MPR. Trois quarts d'entre eux n'avaient pas été prévenus de l'admission ou de la sortie de leurs patients, "manquement" qui a été constaté dans de précédentes études [26,29]. Peu d'entre eux (30%) étaient avertis de la survenue de complications graves au cours de l'hospitalisation et le sentiment d'être associé au projet thérapeutique était assez mitigé.

Comme le stipule l'article R. 1112-6 du CSP [30], l'information sur l'admission doit être systématique car le généraliste n'est pas toujours le prescripteur de l'hospitalisation.

Depuis début 2019, le service de MPR a rectifié le tir, les médecins étant avertis de l'admission par courrier postal, mais le recours à la messagerie sécurisée semble souhaitable à l'avenir. Sur cette « **lettre d'entrée** » pourraient être précisés le motif de l'admission, l'objectif de la prise en charge ainsi que des plages horaires fixes pendant lesquelles les praticiens du service seraient joignables par téléphone.

Bien qu'il ne s'agisse pas d'une obligation réglementaire, il serait souhaitable que les médecins traitants soient prévenus de la survenue de complications durant l'hospitalisation. Cela pourra être fait par téléphone comme le recommande le Conseil National de l'Ordre des Médecins en commentaire de l'article 63 du Code de Déontologie Médicale [31] et éventuellement par messagerie sécurisée.

Conformément à l'article R.4127-63 du Code de Santé Publique [32], il serait souhaitable que les généralistes soient consultés lors de la prise de décision concernant leur patient [33]. Leur participation aux réunions multidisciplinaires sur site serait une piste intéressante à explorer. De tels échanges permettraient de mieux organiser la sortie des patients [34], sans se priver de la vision d'ensemble que peut avoir le médecin traitant.

Ce travail dont l'objectif est l'amélioration de la continuité des soins, nous a amené à proposer une trame pour la LLS de MPR (cf. annexe 6). Le service de MPR pourra s'en inspirer afin d'apporter ses spécificités à la LLS du CHUM dont le cahier des charges est prédéfini, tout en respectant les attentes des généralistes.

CONCLUSION

Cette étude a montré que la LLS produite par le service de MPR du CHUM et sa transmission méritent d'être adaptées afin que les généralistes disposent dans de plus brefs délais d'une LLS la plus ergonomique possible. De façon plus globale, la communication entre le service de MPR et les médecins traitants devra commencer dès l'admission et se poursuivre dans un sens ou dans l'autre même après le retour à domicile. Cette coopération apparaît cohérente pour une meilleure qualité et sécurité des soins.

Les protocoles de prise en charge rédigés par le service de MPR du CHUM durant la pandémie de SARS-CoV-2, à l'intention des centres de rééducation périphérique, afin de pallier le manque de lits au CHUM, sont un parfait exemple de coopération. Les médecins traitants libéraux pourraient en tirer bénéfice afin de mieux aiguiller le travail effectué par les équipes de soins libérales.

Cette étude pose aussi la question de la communication entre professionnels de santé hospitaliers et libéraux travaillant dans le secteur paramédical ou médico-social. Pour ce faire, il serait intéressant de formaliser des « lettres de liaisons paramédicales » et des « lettres de liaison sociales ». Le vote au « Projet de Loi de financement de la Sécurité Sociale 2019 » d'un amendement qui permettra l'expérimentation de l'« infirmier référent » pourrait en faire un correspondant naturel pour l'hôpital.

Quant à la conciliation médicamenteuse recommandée par la HAS pour limiter le risque iatrogénique, elle pourrait servir de support pour une « lettre de liaison pharmaceutique ». Cela renforcerait le rôle du pharmacien habituel du patient dans le parcours de soins comme le stipule la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009.

La perspective du Dossier Médical Partagé, à l'image du déploiement de la messagerie sécurisée, représentent des enjeux majeurs à venir. Le développement de l'e-santé laisse augurer une communication plus efficiente entre professionnels de santé, même si les échanges « directs » restent précieux.

Bien que cette étude n'ait évalué qu'un service hospitalier de soins de suite et de réadaptation, nous pensons que les attentes des généralistes concernant la LLS et la communication ville-hôpital sont valables pour les autres services du CHU de Martinique. Car quelle que soit la pathologie rencontrée, la continuité des soins est une préoccupation commune dont bénéficiera directement le patient.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 - Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance Maladie au titre de 2019 (loi du 13 août 2004) [internet]. Juillet 2018 [cité le 29/11/2019]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/rapport-charges-et-produits-2019_cp19_01.pdf.
- 2 - Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie. Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie [internet]. Juin 2019 [cité le 24/05/2020]. Disponible sur : https://www.cnsa.fr/documentation/chiffres_cles_2019_cnsa.pdf
- 3 - Legifrance. Article 7 et 8 de la Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, JORF, 17 août 2004, p.14598 [internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2004/8/13/2004-810/jo/texte>
- 4 - Hôpitaux Universitaires Genève. Vision 20/20, Plan stratégique 2015-2020 [internet]. Juin 2015 [cité le 29/11/2019]. Disponible sur : <https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/plan-strategique.pdf>.
- 5 - Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison, JORF n°0169 du 22 juillet 2016 [internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/20/AFSH1612283D/jo/texte>

6 - HAS. Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins "Qualité de la lettre de liaison à la sortie "en MCO - nouvelle version 2019 [internet]. Disponible sur :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201901/fiche_descriptive_qls_mco_2019.pdf

7 - Ameli. Données statistiques sur la démographie des professionnels de santé libéraux (Age et sexe en 2017) [internet]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Repartition_par_age_et_sexe_par_departement_en_2017.xls

8 - Clanet R, Bansard M, Humbert X, Marie V, Raginel T. Revue systématique sur les documents de sortie d'hospitalisation et les attentes des médecins généralistes. Santé Publique 2015;5(27):701-11. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/spub.155.0701>

9 - Perrillat-Amede, Sébastien. La lettre de sortie en gériatrie : attentes des médecins généralistes et évaluation des courriers du service de court séjour gériatrique au centre hospitalier d'Annecy [Thèse]. Grenoble (France) : Université Joseph Fourier, 2008. 104 p.

10 - Bureau, Marie-Laure. Continuité des soins à la sortie du service de gériatrie : étude sur les attentes des médecins généralistes pour optimiser le compte-rendu d'hospitalisation [Thèse d'exercice de Médecine]. Poitiers (France) : Université de Poitiers, 2012. 178 p.

11 - Ortolan B, Dormard C, Clavero J. Enquête Sortie Etablissement de Santé. La continuité des soins en ville après une hospitalisation [internet]. URML Ile de France. 2006 [cité le 13/04/2020]. 48 p. Disponible sur : http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070115.pdf

- 12 - Van Walraven C, Seth R, Austin PC, Laupacis A. Effect of discharge summary availability during post-discharge visits on hospital readmission. *J Gen Intern Med* 2002;17(3): 186-92.
- 13 - Kripalani S, Lefevre F, Phillips CO, William 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
- 14 - Jaffre A. Améliorer le compte-rendu d'hospitalisation : le déploiement d'un projet prioritaire de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris au sein des hôpitaux universitaires Paris Seine- Saint-Denis [Mémoire]. Rennes (France): EHESP, 2012. 58 p.
- 15 - Balaban RB, Weissman JS, Samuel PA, Woolhandler S. Redefining and redesigning hospital discharge to enhance patient care: a randomized controlled study. *J Gen Intern Med* 2008;23(8):1228-33
- 16 - Mesteig M, Helbostad JL, Sletvold O, Røstad T, Saltvedt I. Unwanted incidents during transition of geriatric patients from hospital to home: a prospective observational study. *BMC Health Serv Res* 2010;10:1-9.
- 17 - Forster A, Murff H, Peterson J, Gandhi T, Bates D. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Intern Med*. 2003;138:161-167.
- 18 - Pantilat SZ, Lindernauer PK, Katz PP, Watcher RM. Primary care physician attitudes regarding communication with hospitalists. *Am J Med* 2001;111(9B):15S-20S.

19 - Legifrance. Article R1112-1-2 du Code de la santé publique [internet]. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000032924484&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170101>

20 - Bertrand D, Labarere J, Francois P. Efficacité d'un programme d'amélioration des prescriptions médicamenteuses et des comptes-rendus d'hospitalisation dans un hôpital universitaire. *Santé Publique* 1999;11(3):343-55.

21 - Chen Y, Brennan N, Magrabi F. Is email an effective method for hospital discharge communication? A randomized controlled trial to examine delivery of computer-generated discharge summaries by email, fax, post and patient hand delivery. *Int J Med Inform* 2010;79(3):167-72.

22 - Petauton D, Messier J. Messageries sécurisées de santé. Dossier de presse. ASIP Santé [internet]. 2018 [cité le 13/04/2020]. 25 p. Disponible sur : https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/DOSSIER_DE_PRESSE_MSSANTE_FEVRIER%202018.pdf

23 - Dufrenne, Julien. Dématérialisation des échanges d'informations entre médecins : la Messagerie Sécurisée de Santé utilisée par les médecins généralistes [Thèse d'exercice de Médecine]. Cayenne : Université Antilles-Guyane, 2011. 87 p.

24 - L'assurance maladie. Communiqué de presse. Le Dossier Médical Partagé est désormais disponible pour tous [internet]. Nov. 2018 [cité le 13/04/2020]. env. 1 p. Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DMP-CP-national-06102018.pdf

- 25 - Collège de la Haute Autorité de Santé. Évaluation et amélioration des pratiques. Document de sortie d'hospitalisation. Vers un format électronique. Analyse bibliographique [internet]. HAS. Octobre 2013 [cité le 13/04/2020]. 62 p. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/document_sortie_-_analyse_bibliographique.pdf
- 26 - Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? Press Med 2009;38: 1404-1409.
- 27 - Collège de la Haute Autorité de Santé. Volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie [internet]. HAS. Fév. 2018 [cité le 13/04/2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-02/volet_medicamenteux_de_la_lettre_de_liaison_a_la_sortie.pdf
- 28 - Collège de la Haute Autorité de Santé. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé [internet]. HAS. Fév. 2018 [cité le 13/04/2020]. 57 p.
- 29 - Wattiaux MJ, Lauret T, Macrez A. Relation médecine de ville-hôpital. Une enquête du CHU Bichat Claude Bernard. Rev Hospit France 2007; 516:66-9
- 30 - Legifrance. Article R1112-6 du Code de la Santé Publique. Modifié par Décret n°2016-1645 du 1er Décembre 2016 - art. 3 [internet].
- 31 - Conseil National de l'Ordre des Médecins. Commentaires du code de déontologie médicale [internet]. 2015 [cité le 13/04/2020]. Disponible sur https://conseil57.ordre.medecin.fr/sites/default/files/domain-304/34329/commentaires_du_code_de_deontologie_medicale.pdf

32 - Légifrance. Code de la santé publique - Article R4127-63. Modifié par Décret n°2016-1645 du 1er décembre 2016 - art. 3 [internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000033547991&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20161204>

33 - Tandjung R, Rosemann T, Badertscher N. Gaps in continuity of care at the interface between primary care and specialized care: general practitioners' experiences and expectations. *Int J Gen Med* 2011;4:773-778.

34 - Ortolan B, Alby ML. Enquête auprès des médecins généralistes, SROS III – volet médecine [internet]. URML Ile de France. 2006 [cité le 13/04/2020].

ANNEXES

1 - Lettre adressée aux généralistes et jointe au questionnaire de thèse

NICOLAS-NELSON David

Monsieur, Madame

Etudiant en thèse de Médecine Générale et inscrit à la Faculté de Médecine de l'Université des Antilles, je sollicite votre aide dans le cadre de ma Thèse de Médecine Générale que je réalise sous la direction du Dr Pascale OLIVE.

En effet, votre avis sur la qualité des comptes-rendus émis par le service de Médecine Physique et Réadaptation du CHU de la Martinique nous intéresse tout particulièrement.

A terme, cette étude permettra l'amélioration des pratiques professionnelles, notamment la transmission d'un CRH le plus ergonomique et le plus en adéquation possible avec vos attentes en tant que généraliste libéral, et ce au bénéfice du patient.

Si vous acceptez de m'aider dans ce travail, je vous serai reconnaissant de remplir le questionnaire ci-joint, dont l'exploitation des données se fera de manière anonyme.

Il est également remplissable en ligne à l'adresse suivante :
<https://fr.surveymonkey.com/r/ZQQQJ2V>

Espérant une réponse favorable de votre part, je vous remercie par avance pour le temps que vous voudrez bien m'accorder et reste à votre entière disposition pour toute demande.

Bien cordialement !

NICOLAS-NELSON David

2 - Questionnaire de thèse adressé aux généralistes

EVALUATION DU DELAI ET DES MODES DE TRANSMISSION

Dans quels délais recevez-vous le compte-rendu d'hospitalisation (CRH) de vos patients sortants du service Médecine Physique et Réadaptation (MPR) ?

☐ Moins de 8 jours ☐ Entre 8 et 15 jours ☐ Entre 16 et 30 jours ☐ Plus d'un mois ☐ Jamais

Selon vous, quel serait le délai optimal de transmission du CRH par le service MPR ? (Précisez SVP)

.....

Quel est le délai moyen de consultation de vos patients à compter de la sortie du service MPR ?

☐ Moins de 8 jours ☐ Entre 8 et 30 jours ☐ Délai plus long. Merci de préciser :

Vos patients vous apportent-ils le CRH lors de la consultation post-sortie d'hospitalisation ?

☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours

Vos patients vous informent-ils de leur hospitalisation en MPR ?

☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours

Quel mode de transmission du CRH aurait votre préférence (plusieurs réponses possibles) ?

☐ Remise en main propre par le patient

☐ Courrier émis par voie postale

☐ Fax / Télécopie

☐ Messagerie sécurisée

☐ Autres (Précisez SVP) :

EVALUATION DU COURRIER DE FIN D'HOSPITALISATION

Etes-vous globalement satisfait de la qualité des comptes-rendu d'hospitalisation du service MPR ?

☐ Très satisfait ☐ Satisfait ☐ Moyennement satisfait ☐ Peu satisfait ☐ Non satisfait

Dans la liste ci-dessous, veuillez préciser quels éléments du CRH vous paraissent les plus importants en cochant dans les colonnes Très important / Important / Facultatif / Inutile (une réponse possible).

Classez, dans la colonne de droite, par ordre de priorité les items 1 à 10 (sur fond orange) tels que vous voudriez les voir figurer dans le compte-rendu d'hospitalisation.

1 – Médecin référent et destinataires	Très important	Important	Facultatif	Inutile	
Destinataires du compte-rendu					
Identité du médecin hospitalier référent					
2 – Motif d'admission et lieu de sortie	Très important	Important	Facultatif	Inutile	
Mode d'admission					
Motif d'admission					
Destination du patient à la sortie					

3 - Condition à l'admission	Très Important	Important	Facultatif	Inutile	
Anamnèse ou Histoire de la maladie					
Examen clinique d'entrée					
Scores spécifiques (Ashworth, Barthel,...)					
Poids, Taille, IMC etc ..					
4 - Informations générales sur le patient	Très Important	Important	Facultatif	Inutile	
Antécédents médicaux /Allergies					
Informations sociales et professionnelles					
Traitement à l'entrée ou habituel					
5 - Explorations complémentaires	Très Important	Important	Facultatif	Inutile	
Examens biologiques					
Actes techniques et radiologiques					
Sérologies réalisées					
Avis spécialisés					
6 - Résumé d'hospitalisation	Très Important	Important	Facultatif	Inutile	
Diagnostics principal et associés retenus					
Evolution dans le service					
Examen clinique de sortie					
Notion de portage de BMR					
Notion de transfusion					
7 - Décisions thérapeutiques	Très Important	Important	Facultatif	Inutile	
Traitement de sortie					
Régime alimentaire éventuel					
8 - Conclusion	Très Important	Important	Facultatif	Inutile	
Synthèse médicale courte (« Au total »)					
Points de vigilance					
9 - Suite de prise en charge	Très Important	Important	Facultatif	Inutile	
Résultats d'examens en attente et examens à prévoir					
Soins de rééducation et infirmiers prescrits					
Rendez-vous prévus et à prévoir					
Actions médico-sociales à prévoir					

10 - Bilan de sortie des paramédicaux	Très Important	Important	Facultatif	Inutile		
Bilan des kinésithérapeute, ergothérapeute, assistante sociale etc...						

La longueur du CRH vous semble adaptée ?

☐ Oui ☐ Non. (Précisez SVP) : ☐ Sans opinion

Quelle serait selon vous la longueur optimale du CRH ?

☐ 1 à 2 pages ☐ 3 à 4 pages ☐ 5 à 6 pages ☐ Plus de 6 pages ☐ Sans opinion

Quelle forme de CRH aurait la meilleure lisibilité ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Rédaction en mots clés (pas de phrases construites)
- ☐ Conclusion (« Au total ») en première page de CRH
- ☐ Structurée avec titres et sous-titres
- ☐ Eléments clés mis en valeur (en gras, encadré,...)
- ☐ Abréviations possibles
- ☐ Ordonnances de sortie incluses annexées au CRH
- ☐ Autres : (**Précisez SVP**)

Concernant les examens complémentaires, quelle présentation aurait votre préférence ?

	Interprétation complète	Juste les anomalies	Duplicata des comptes-rendus	Sans opinion
Bilan biologique				
ECG				
Imagerie et actes techniques				

Le contenu de la section « Au total » du CRH, vous permet-il d'avoir une compréhension rapide des problématiques de vos patients ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Sans opinion

Concernant le traitement de sortie (et d'entrée) quelle présentation aurait votre préférence ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Traitement habituel en début de CRH et traitement de sortie en fin de CRH
- ☐ **OU Conciliation de sortie**, sous la forme d'un **tableau unique** affichant les médicaments habituels, la justification de leur éventuel arrêt, les médicaments à la sortie, et d'éventuels commentaires.
- ☐ Présentation par domaine de pathologie
- ☐ Présentation par classe thérapeutique

COMMUNICATION ET ECHANGES ENTRE HOPITAL ET VILLE

Généralement, êtes-vous informé de l'admission de vos patients par le service MPR, notamment si vous n'êtes pas le prescripteur de cette hospitalisation ? ☐ Oui ☐ Non

Sinon, le souhaiteriez-vous ? ☐ Oui ☐ Non

En général, êtes-vous informé par le service MPR de la survenue d'événements intercurrents graves, voire du décès éventuel de vos patients ? ☐ Oui ☐ Non

Sinon, le souhaiteriez-vous ? ☐ Oui ☐ Non

En règle générale, vous sentez-vous associé au projet thérapeutique de vos patients par le service MPR ?

☐ Oui ☐ Non

Etes-vous informé de la sortie d'hospitalisation de vos patients ? ☐ Oui ☐ Non

Souhaiteriez-vous un échange avec le médecin référent, pour préparer au mieux le retour à domicile de vos patients ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez sous quelle forme :

Jugez-vous que les médecins du service MPR soient disponibles pour toute demande d'informations complémentaires ? ☐ Oui ☐ Non

CONTINUITE DE SOINS

Les éventuels résultats en attente vous sont-ils transmis ultérieurement ? ☐ Oui ☐ Non

Du point de vue de votre exercice libéral, le CRH vous semble t'il adapté à la poursuite de la continuité de soins ?

☐ Très adapté ☐ Adapté ☐ Moyennement adapté ☐ Peu adapté ☐ Non adapté

Quelles pistes d'amélioration suggèreriez vous ?

.....
.....
.....

POUR MIEUX VOUS CONNAITRE ...

Vous êtes : ☐ Un homme ☐ Une femme

Quel âge avez-vous ? ☐ Moins de 35 ans ☐ Entre 35 et 49 ans ☐ 50 ans et plus

Depuis combien d'années exercez vous ? ☐ < 10 ans ☐ 10 à 20 ans ☐ > 20 ans

Quel est votre type d'exercice ? ☐ Installé ☐ Remplaçant

3 - Présentation générale de la Lettre de Liaison de Sortie du service de MPR

	SERVICE DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION Centre Hospitalier Universitaire de Martinique Cité Hospitalière Mangot Vulcin Boîte Postale 429 – 97232 LE LAMENTIN
Identité et coordonnées des praticiens du Service et des membres de l'équipe de soins.	Date de rédaction de la LLS Nom et Prénom du Patient Identité et coordonnées du médecin traitant CC : - Liste de diffusion Cher(s) Confrère(s), Identification du patient, Date de naissance, Adresse du patient, Unité d'hospitalisation, Date d'entrée et de sortie du Service, Mode et motif d'admission. HISTOIRE DE LA MALADIE ANTECEDENTS ☐ MEDICAUX : ☐ CHIRURGICAUX : ☐ FAMILIAUX : ☐ GYNÉCO-OBSTETRIQUES : ☐ ALLERGIES : ☐ ADDICTIONS : MODE DE VIE : SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE <u>Examen clinique d'entrée :</u> <u>Evolution dans le service :</u> <u>Bilans biologiques</u> : Capture d'écran du serveur de résultats biologiques : 2 pages <u>Examens complémentaires :</u> <u>Avis spécialisés :</u> TRAITEMENTS DE SORTIE ➤ <u>Prescription de Kinésithérapie</u> ➤ <u>Prescription médicamenteuse</u> ➤ <u>Régime éventuel prescrit</u> ➤ <u>Prescription de Soins infirmiers :</u>

AU TOTAL*☞ Synthèse pathologie :**☞ Suivi spécialisé :**☞ Points de vigilance et remarques :***SUITE A DONNER**Explorations complémentaires programmées et à prévoirConsultations spécialisées ou de suivi programmées et à prévoirPrise en charge médico-sociale à prévoirIdentité du rédacteur de la LLS et signature**A LA SORTIE (Bilan des intervenants paramédicaux)***Bilan kinésithérapeute* (Identité du professionnel):*Bilan ergothérapeute* (Identité du professionnel) :*Bilan orthophonique* (Identité du professionnel)*Bilan neuropsychologique* (Identité du professionnel) :*Bilan podologique* (Identité du professionnel) :*Bilan social* (Identité du professionnel) :

4 - Indicateurs de qualité et de sécurité 2019 "Qualité de la lettre de liaison à la sortie"

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » en MCO - nouvelle version en 2019 -	
Définition	Cet indicateur évalue la qualité de la lettre de liaison à la sortie d'hospitalisation. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de la lettre de liaison à la sortie est d'autant plus grande que le score est proche de 100. L'indicateur est calculé à partir de 12 critères qualité : Deux critères sont indispensables : (1) « Lettre de liaison à la sortie retrouvée » ; (2) « Lettre de liaison à la sortie datée du jour de la sortie ». En l'absence de conformité d'un de ces deux critères, le score est égal à 0. Le score est calculé, en cas de conformité des critères indispensables, à partir de la traçabilité des 10 critères « qualité » : Cinq critères médico-administratifs : (3) Remise au patient de la lettre de liaison à la sortie ; (4) Identification du médecin traitant ; (5) Identification du patient ; (6) Date d'entrée et date de sortie ; (7) Identification du signataire de la lettre de liaison ; Cinq critères médicaux : (8) Motif de l'hospitalisation ; (9) Synthèse médicale du séjour ; (10) Actes techniques et examens complémentaires ; (11) Traitements médicamenteux à la sortie ; (12) Planification des soins.

Source : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-01/fiche_descriptive_qls_mco_2019.pdf

Fiche descriptive de l'indicateur Qualité de la lettre de liaison à la sortie de SSR	
Définition	Nombre de séjours pour lesquels la lettre de liaison est remise au patient ET adressée au médecin traitant le jour de sa sortie, ET contient les critères qualité indispensables à la continuité des soins. • 2 critères indispensables : (1) lettre de liaison à la sortie retrouvée ; (2) lettre de liaison à la sortie datée du jour de la sortie. • 5 critères administratifs : (3) remise au patient ; (4) identification du patient ; (5) nom et coordonnées du médecin traitant ; (6) nom du médecin signataire du document ; (7) date d'entrée et date de sortie. • 3 critères médicaux : (8) motif de l'hospitalisation ; (9) synthèse médicale du séjour ; (10) traitements médicamenteux prescrits à la sortie. <i>NB : La lettre de liaison à la sortie est un document qui doit favoriser la continuité des soins. Dans l'idéal ce devrait être un document synthétique pointant les points de vigilance et de suivi, et les changements thérapeutiques au cours du séjour en SSR.</i>

Source : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-01/secteur_ssr_fiche_descriptive_qls_2019.pdf

Source : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-02/volet_medicamenteux_de_la_lettre_de_liaison_a_la_sortie.pdf

6 - Proposition de trame pour la Lettre de Liaison de Sortie du service de MPR



Docteur J.L. BARNAY
Chef de Service, Praticien Hospitalier
Jose-luis.barnay@chu-martinique.fr
10100708105

Docteur P. RENE-CORAIL
Praticien Hospitalier
patrick.rene-corail@chu-martinique.fr
10003757506

Docteur P. OLIVE
Praticien Hospitalier
pascal.olive@chu-martinique.fr
10001660546

Docteur S. MOLCARD
Praticien Hospitalier
sabine.molcard@chu-martinique.fr
10001274868

Docteur A. JEAN-ETIENNE
Praticien Hospitalier
armelle.jean-etienne@chu-martinique.fr
10100110088

Docteur R. EDLAGAS-CIRILLE
Praticien Hospitalier
regine.edragas@chu-martinique.fr
10001666238

Docteur P. SIMONNET-VIGERAL
Praticien Hospitalier
pauline.simonnet-vigeral@chu-martinique.fr
10100305514

Docteur F. DEPIESSE
Praticien Hospitalier
Frederic.depiesse@chu-martinique.fr
10000565407

Docteur J. VIELOTTE
Assistant spécialiste
jordan.vielotte@chu-martinique.fr
10101403987

Cadres de Santé
Madame E. LECLERCQ
Cadre de santé kinésithérapeute
Hospitalisation de Jour
evelyne.leclercq@chu-martinique.fr
Tél. : 0596 48 80 59

Madame M.D. CORAN
Cadre de santé infirmier
Hospitalisation complète
MarieDominique.Coran@chu-martinique.fr
Tél. : 0596 48 80 06

Assistants Sociaux
Madame S. ADELE
Assistante Sociale hospitalisation complète
Tél. : 0596 48 80 66

Madame R. BRISTOL
Assistante Sociale hospitalisation de Jour
Tél. : 0596 48 80 38

Secrétariat d'hospitalisation de jour
Tél. : 0596 48 80 50 - 0596 48 80 55
Fax : 0596 48 82 61

Secrétariat d'hospitalisation
Tél. : 0596 48 80 53 - 0596 48 89 33
Fax : 0596 48 82 88

Secrétariat de consultations externes
Tél. : 0596 48 80 31 - 0596 48 80 51
secretaire-CMMPR-MV@chu-martinique.fr

N° FINES 970211207

HOPITAL DE MANGOT VULCIN POLE NEUROSCIENCES - APPAREIL LOCOMOTEUR SERVICE DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION

LETTRE DE LIAISON DE SORTIE

Date de rédaction de la LLS

Identité du médecin traitant

Copie remise à : Identité du patient

Cher Confrère, Chère Consoeur,

Identification du patient, né le [date de naissance] a été hospitalisé dans le service [Unité d'hospitalisation], du [date d'entrée] au [date de sortie] pour [motif d'admission].

HISTOIRE DE LA MALADIE :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANTECEDENTS :

MEDICAux	CHIRURGICAUX	FAMILIAUX	ALLERGIES

INFORMATIONS SOCIO-PROFESSIONNELLES : (succinctement en 1 à 2 lignes).....

TRAITEMENT A L'ENTREE : Cf conciliation médicamenteuse de sortie

SYNTHESE DU SEJOUR :

Examen clinique à l'entrée : (anomalies cliniques et signes cliniques négatifs pertinents)

.....

.....

.....

Examens complémentaires : (mention examen normal, ou des anomalies/ signes négatifs pertinents)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Avis spécialisés:

.....

.....

.....

Evolution dans le service:

.....

.....

.....

.....

- Transfusion de produits dérivés du sang..... ☐ non ☐ oui :
- Pose d'un dispositif médical implantable ☐ non ☐ oui :
- Portage de bactéries multi-résistantes ☐ non ☐ oui :
- Survenue d'événements indésirables ☐ non ☐ oui :

CONCLUSION

Diagnostic principal :

Diagnostic(s) associé(s):

Mode de sortie et proposition de suivi :

Arrêt de travail prescrit : ☐ non ☐ oui :

CONCILIATION MEDICAMENTEUSE DE SORTIE

Traitement à l'entrée		Devenir	Traitement à la sortie		Commentaires
Nom(DCI)/Dosage/Forme	Posologie		Nom(DCI)/Dosage/Forme	Posologie	
Amlodipine 10 mg cp.	1.0.1	Poursuite	Amlodipine 10 mg cp.	Idem	
Parazépam 10 mg cp.	0.0.0.1	Arrêté			1/2 vie longue (sujet âgé)
		Ajouté	Oxazépam 10 mg cp.	0.0.0.1	en relais du Lysanxia

PRESCRIPTIONS NON MEDICAMENTEUSES/REGIME EVENTUEL :

.....

SUITE A DONNER

Points de vigilance :

Résultats d'examen en attente:

Soins infirmiers prescrits (ordonnance en annexe): "Précisions succinctes"

Kinésithérapie prescrite (ordonnance en annexe): "Précisions succinctes"

Séances d'orthophonie prescrites (ordonnance en annexe): "Précisions succinctes"

Prise en charge médico-sociale à prévoir :

Consultation spécialisées de suivi prévues et à prévoir:

Explorations complémentaires prévues et à prévoir :

En restant à votre disposition pour tous renseignements complémentaires,

Bien confraternellement,

Signature (Interne)

Signature (Médecin référent)

Une information concernant le motif d'hospitalisation, les indications ainsi que les effets indésirables éventuels des examens complémentaires, des traitements et de leurs implications a été donnée au patient ou à sa famille

ABREVIATIONS

CHUM : Centre Hospitalier Universitaire de la Martinique

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CRH : Compte-rendu d'hospitalisation

CSP : Code de la Santé Publique

DMP : Dossier Médical Partagé

DSI : Département des Systèmes d'Information

HAS : Haute Autorité de Santé

IQSS : Indicateur de Qualité et de Sécurité de Soins

LLS : Lettre de Liaison de Sortie

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MPR : Médecine Physique et Réadaptation

UFR SCIENCES MEDICALES HYACINTHE BASTARAUD

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

NOM ET PRENOM : NICOLAS-NELSON David

**SUJET DE LA THÈSE : ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES
LETTRES DE LIAISON DE SORTIE DU SERVICE DE MÉDECINE
PHYSIQUE ET RÉADAPTATION DU CHU DE MARTINIQUE PAR LES
GÉNÉRALISTES CORRESPONDANTS.
COMMUNICATION VILLE-HÔPITAL**

THÈSE : MEDECINE

Qualification : Médecine Générale ☒
Médecine Spécialisée ☐

ANNÉE : 2020

NUMERO D'IDENTIFICATION : 2020ANTI0572

**MOTS CLEFS : lettre de liaison de sortie ; communication ville-hôpital ;
médecin traitant ; continuité des soins ; parcours de soins ; messagerie
sécurisée de santé**

L'objectif principal de cette étude était l'évaluation par les généralistes traitants de la qualité des lettres de liaison de sortie (LLS) du service de MPR du CHU de Martinique.

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale réalisée à partir d'un questionnaire adressé à 109 généralistes en exercice et destinataires de LLS émises entre le 1^{er} Mai 2017 et le 31 Mai 2018. Le taux de réponse était de 70% et l'échantillon de 77 médecins répondants était comparable suivant le sexe et l'âge à la population source de généralistes libéraux martiniquais.

Le taux de réception de la LLS dans la semaine suivant la sortie n'était que de 8%. Les patients sortants consultaient tardivement le médecin traitant. De plus, ils ne remettaient pas systématiquement au médecin la LLS en leur possession. Une majorité de médecins préférait la combinaison de plusieurs modes de transmission, la messagerie sécurisée étant sollicitée par 2/3 des médecins de sexe féminin et âgés de moins de 50 ans. Les généralistes souhaitaient des LLS plus concises, de 4 pages au plus. Les rubriques jugées les plus importantes étaient le traitement de sortie, les diagnostics, la conclusion et le motif d'admission. Les préférences des généralistes étaient une rédaction avec des phrases construites, sans abréviations et la mise en valeur des éléments-clés. Ils privilégiaient aussi la notification succincte des conclusions des examens complémentaires, la conciliation médicamenteuse de sortie et la mise en annexe des ordonnances de sortie. Enfin, les généralistes déploraient une communication et une coopération insuffisante avec les praticiens de MPR.

De manière plus globale, cette étude ouvre des perspectives pour une communication élargie entre tous les acteurs de santé hospitaliers et libéraux, médico-sociaux et paramédicaux, et ce au bénéfice du parcours de soins du patient.

JURY : Présidente : Professeur Jeannie HÉLÈNE-PELAGE

Juge : Professeur André CABIÉ

Juge : Professeur Christophe DELIGNY

Directrice : Docteur Pascale OLIVE
