



HAL
open science

La lettre de liaison de sortie d'hospitalisation au Centre Hospitalier de Dax : qu'en attendent les médecins généralistes ?

Diane Bloch

► To cite this version:

Diane Bloch. La lettre de liaison de sortie d'hospitalisation au Centre Hospitalier de Dax : qu'en attendent les médecins généralistes ?. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02444382

HAL Id: dumas-02444382

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02444382>

Submitted on 17 Jan 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2019

Thèse n°140

**THESE POUR L'OBTENTION DU
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement
Le 02 octobre 2019

Par BLOCH Diane, Charlotte, Rose
Née le 6 février 1989 à Rouen (76)

**La Lettre de Liaison de Sortie d'Hospitalisation au Centre
Hospitalier de Dax : qu'en attendent les médecins
généralistes ?**

Sous la direction du Dr Francisco OSORIO PEREZ
Co-directeur : Dr Marco ROMERO

Membres du jury :

*Monsieur le Professeur François SZTARK
Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL
Monsieur le Docteur Alexis HAUTEMANIERE
Monsieur le Docteur Pierre VIVES
Monsieur le Docteur Francisco OSORIO PEREZ
Monsieur le Docteur Marco ROMERO*

*Président
Rapporteur et juge
Juge
Juge
Directeur
Co-directeur*

REMERCIEMENTS

A mon président de jury :

Monsieur le Professeur François SZTARK,

PU-PH, responsable du centre de ressources et de recherche en hypnose et méditation au
CHU de Bordeaux,

Vous me faites l'honneur d'accepter avec enthousiasme la présidence de ce jury, je vous en remercie. Soyez assuré ici de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A mes juges,

Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL,

Maître de Conférence Associé au Département de Médecine générale de Bordeaux, médecin
généraliste à Pessac,

Vous avez accepté de juger ce travail et d'en établir le rapport, je vous en remercie.

Pour m'avoir appris à être autonome et à prendre confiance au cours des six mois de
SASPAS, votre enseignement m'a beaucoup servi lors de mes débuts dans les
remplacements. Pour votre disponibilité pour la relecture attentive de mon portfolio et tous
vos conseils, recevez ici l'expression de ma profonde gratitude et de mon plus grand
respect.

Monsieur le Docteur HAUTEMANIERE,

Maître de Conférence Universitaire en Santé Publique au CHU de Nancy,

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail. Votre présence et votre
participation malgré les kilomètres pour venir jusqu'à Bordeaux sont un honneur dans ce
jury.

Monsieur le Docteur Pierre VIVES,

Médecin généraliste à la Maison de Santé Pluridisciplinaire de Mimizan,

Maître de Stage Universitaire,

Vous me faites l'honneur de considérer et juger ce travail. Je vous remercie pour votre accueil chaleureux au sein de la Maison de Santé Pluridisciplinaire de Mimizan et votre participation au focus groupe.

A mon co-directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Marco ROMERO,

Maître de Conférence Associé au Département de Médecine générale de Bordeaux, médecin généraliste à Samadet,

Je te remercie de ton accueil chaleureux lors de la formation FACCRIP, de ton aide méthodologique tout au long de ce travail, pour l'animation du premier focus groupe de cette étude.

Sois assuré de ma profonde reconnaissance.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Francisco OSORIO-PEREZ,

Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier de Dax dans le service de maladies infectieuses,

Le mot merci est beaucoup trop faible pour exprimer toute ma gratitude à ton égard. Pour ton aide dans la réalisation de ce travail, depuis le choix du sujet, l'organisation logistique des focus groupes, ta relecture et tous tes précieux conseils. Pour m'avoir épaulée et t'être rendu disponible malgré ton emploi du temps de ministre. Pour tes qualités médicales exceptionnelles qui me rappellent qu'on peut être compétent ET sympathique sans avoir à choisir.

Aux 16 médecins généralistes qui ont accepté de participer aux focus groupes : sans votre participation, ce travail n'aurait pas été possible.

A l'UCR, l'Unité Championne de la Restauration, pour nous avoir régalié et avoir contribué à rendre conviviales les deux soirées de focus groupes.

A l'équipe de médecine E :

Docteur François Lifermann pour votre enseignement rigoureux, fait de gris clair, de « peut-être » et de « probablement ».

Merci de m'avoir offert l'opportunité de poursuivre ma formation au-delà de l'internat et m'avoir fait une place dans l'équipe pour ces deux années.

Mathilde, la maman des docteurs, pour tous tes conseils, ta gentillesse, ta patience que nul ne peut égaler, pour m'avoir formée pendant mon internat mais aussi bien au-delà !

Valentin, pour ces 18 mois de travail passés ensemble, merci. Il reste encore une place dans le bureau si tu veux !

La formidable équipe paramédicale de médecine E qui m'a accueillie il y a deux ans : votre dévouement auprès des patients, votre compétence, votre empathie, votre patience à mon égard rendent appréciables le travail à vos côtés.

Nathalie, j'ai pris conscience à quel point pouvait être pénible ton travail en effectuant la retranscription des verbatims des focus groupes. Merci d'avoir la patience d'écouter et retranscrire mes courriers parfois dans des délais improbables.

Aux médecins, externes et internes croisés au cours de ma formation :

Gérald, pour m'avoir prise sous ton aile pendant les gardes au SAMU, m'avoir appris tant de choses qui me servent au quotidien, ta gentillesse, ton sens du compagnonnage bien au-delà de l'externat.

A mes anciens maîtres de stages ambulatoires au cours de mon internat qui m'ont accueillie, transmis leur connaissance et leur expérience afin que j'exerce une médecine de qualité : les docteurs Ducos, Dr Remark, Dr Sangaré, Dr Gellie, Dr Viaud.

Nathalie et Amandine, vous m'avez épaulée pendant mes premiers remplacements, avez toujours su vous rendre disponibles pour répondre à mes questions pendant mes deux

années de remplacements. Pour les « déjeuners de filles », votre gentillesse, votre soutien. Pour votre côté super-women qui force mon admiration. Travailler à vos côtés et vous remplacer a été réellement un grand plaisir. Dommage que le climat normand ne fasse pas bon ménage avec le Raynaud...

Guillaume, Cécile, Amélie pour m'avoir fait découvrir le fonctionnement de votre MSP, votre bonne humeur, votre approche de la médecine, votre sens de la pédagogie.

Sanowber, pour m'avoir permis de me libérer du temps pour la rédaction de ce travail en me remplaçant avec brio en médecine E.

A mes co-internes croisés au cours des stages: Lucile, Constant, Martin, Anne, Jennifer, Seendy, Elodie, Marie, Laure, Marine, Isabelle, Marion, Céline, Christelle.

Blandine, sans tous tes conseils, je n'aurais peut-être pas dépassé le cap de la P1 !

A toutes les équipes soignantes croisées au cours d'un stage, d'une garde, pour leur aide et leur soutien.

A tous les enseignants des facultés de médecine de Rouen et de Bordeaux rencontrés au cours de ma formation.

A ma famille et amis,

Maman, pour ton coaching depuis...la maternelle. Pour t'être lancée dans le codage (même pas peur !), m'avoir soutenue depuis si longtemps malgré des phases de découragement, ton écoute, tes conseils de prof horripilants mais tellement utiles. On va enfin pouvoir changer de discussion que « la thèse » et il me tarde ! Promis, il n'y aura pas de deuxième thèse.

Papa, pour nos trop nombreuses ressemblances (malgré moi bien entendu),

Guillaume, pardonne moi toutes ces discussions médicales à la maison, rappelle moi autant qu'il le faudra de changer de sujet !

Daniel, pour ta relecture attentive, ton aide précieuse pour l'abstract, mais surtout pour toutes les vacances passées ensemble,

Mémy, même si je sais que tu n'aimes pas les médecins,

Lydie, j'ai encore en tête nos discussions au décours de déjeuners concernant mon orientation pendant les années lycée, le temps passe si vite !

Jacqueline : ça y est, je l'ai enfin faite cette thèse !

Marie-Christine, pour ton écoute réconfortante et ta bonne humeur,
Alex, pour ton aide dans la mise en page alors que je ne m'en sortais pas, pour ta présence
et ton écoute une grande partie de ces longues études,
Sophie, pour ces 26 années d'amitié et toutes celles à venir,
Marie, Marie, Nico, Noémie, Pierrick et Marjorie, Alexis, Alban, Yolande.

A tous ceux que j'ai oublié et tous ceux qui ne liront que les remerciements !

LISTE DES ABREVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (devenue HAS)

CAQDAS : Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software

CRH : compte-rendu d'hospitalisation

CSP : Code de la Santé Publique

DAS : Diagnostics Associés Significatifs

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DIM : Département d'Information Médicale

DMP : Dossier Médical Partagé

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

LLSH : Lettre de Liaison de Sortie d'Hospitalisation

MG : Médecin Généraliste

MT : Médecin Traitant

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	2
LISTE DES ABREVIATIONS.....	7
TABLE DES MATIERES.....	8
PREAMBULE.....	14
INTRODUCTION	16
LE CONTEXTE	17
I) <i>Cadre juridique du Compte-rendu d'Hospitalisation.....</i>	<i>17</i>
II) <i>Recommandations de la Haute Autorité de Santé.....</i>	<i>19</i>
III) <i>Cadre juridique de la Lettre de Liaison de Sortie d'Hospitalisation (LLSH)</i>	<i>21</i>
LES OBJECTIFS.....	24
I) <i>Améliorer la communication hôpital-médecine de ville et la continuité des soins....</i>	<i>24</i>
1) Le déficit de communication hôpital-médecine de ville et l'absence de sentiment de collaboration.....	24
2) Le délai de transmission de l'information	24
3) La continuité des soins	25
3.1 Définition	25
3.2 Eviter les réhospitalisations précoces.....	25
3.3 Réduire la iatrogénie médicamenteuse.....	26
3.4 La place du Dossier Médical Partagé	27

II) <i>Impact administratif, médico-légal et financier</i>	28
1) La responsabilité des médecins hospitaliers et des établissements de santé	28
2) L'organisation de la sortie d'hospitalisation : un objectif de qualité	28
3) La cotation des actes, l'épidémiologie et la recherche clinique	29
QUESTION DE RECHERCHE	30
MATERIEL ET METHODE	31
I) <i>Choix du type d'étude</i>	32
1) Une étude qualitative par focus groupe	32
2) Les caractéristiques du focus groupe	32
II) <i>Sélection de l'échantillon</i>	33
1) Population étudiée.....	33
2) Recrutement de l'échantillon	33
III) <i>Déroulement des focus groupes</i>	34
1) Scénario des focus groupes	34
2) Questionnaire quantitatif.....	35
3) Les intervenants.....	35
IV) <i>Analyse</i>	36
1) Phase de transcription : les verbatims	36
2) L'analyse thématique	37
RESULTATS	39
I) <i>L'échantillon</i>	40

II)	<i>Résultats de l'étude</i>	42
1)	Répondre aux besoins	42
1.1	Du médecin généraliste.....	42
1.1.1	Assurer la continuité des soins.....	42
1.1.2	Le médecin généraliste acteur.....	43
1.1.3	La compréhension du raisonnement médical.....	44
1.1.4	Le dossier médical.....	46
1.1.5	Ce que le médecin généraliste ne veut pas.....	46
1.2	Du médecin hospitalier.....	49
1.2.1	Un temps de réflexion.....	49
1.2.2	Un outil de collaboration.....	50
1.2.3	Le dossier médical.....	50
1.3	Du patient.....	50
1.3.1	Accéder au dossier médical.....	50
1.3.2	Evolution du système de santé.....	51
1.3.3	Etre rassuré.....	51
2)	La nécessité de deux documents	53
2.1	La lettre de liaison de sortie d'hospitalisation.....	53
2.1.1	Son caractère immédiat.....	53
2.1.2	Sa lecture rapide.....	54
2.1.3	Les informations les plus importantes.....	55
2.1.4	Les informations inutiles.....	56

2.1.5	Dépendante de la pathologie et du terrain.....	56
2.1.6	Nécessaire mais pas toujours suffisante	57
2.2	Le compte-rendu d'hospitalisation.....	57
2.2.1	Un document exhaustif.....	57
2.2.2	Utile dans un second temps.....	59
2.2.3	Un délai de transmission long.....	60
3)	La transmission des informations	62
3.1	Le moyen	62
3.1.1	Le support papier	62
3.1.2	Le support électronique.....	63
3.1.3	Le Dossier Médical Partagé.....	64
3.2	Le délai.....	64
3.2.1	L'immédiateté.....	64
3.2.2	L'information du médecin traitant en premier	64
3.3	Les destinataires	65
3.3.1	Le médecin traitant seul.....	65
3.3.2	Le patient et le médecin traitant.....	65
4)	Le cas du décès du patient.....	68
4.1	Le moyen	68
4.1.1	Le téléphone	68
4.1.2	Le support électronique	68
4.1.3	Par un membre de l'équipe médicale ou paramédicale.....	68

4.1.4	Le journal	69
4.2	Le délai.....	69
4.2.1	L'immédiateté	69
4.2.2	Contact parfois en amont du décès	69
4.2.3	Le médecin traitant en premier informé.....	69
4.3	Le contenu de la lettre.....	70
4.3.1	La cause du décès.....	70
4.3.2	Les circonstances du décès	70
4.3.3	Répondre aux questions des familles.....	70
4.3.4	Répondre aux assurances.....	70
DISCUSSION		72
<i>I) Forces et faiblesses de l'étude.....</i>		<i>73</i>
1) Forces de l'étude.....		73
1.1	Liées à la méthode.....	73
1.2	Un échantillon riche.....	73
1.3	L'originalité du sujet	74
1.4	La triangulation de l'analyse	75
1.5	La proximité chercheur – participants – objectif de recherche	75
1.6	La transcription.....	75
2) Faiblesses de l'étude		76
2.1	Liées à la méthode du focus groupe	76
2.2	Liées aux participants	76

2.3	Liées aux modérateurs.....	77
2.4	Liées au chercheur.....	78
2.5	Saturation des données.....	78
II)	<i>Discussion des résultats</i>	78
1)	Discussion des résultats avec les données de la littérature	78
1.1	Répondre aux besoins	78
1.1.1	Du médecin généraliste	78
1.1.2	Du médecin hospitalier	82
1.1.3	Du patient	83
1.2	La nécessité de deux documents	83
1.3	La transmission des informations	86
1.4	Le cas du décès	88
2)	Propositions de pistes d'amélioration de la LLSH au Centre Hospitalier de Dax	89
	CONCLUSION	91
	BIBLIOGRAPHIE	93
	ANNEXES	98
	SERMENT D'HIPPOCRATE	103

PREAMBULE

La communication hôpital-ville est un enjeu important de la qualité du système de soins or il s'agit d'un des points faibles du parcours de soins en France [1-3] comme à l'étranger [4,5].

Elle représente un outil majeur de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, les étapes de transition (admission et sortie d'hospitalisation) étant souvent synonymes de pertes d'informations.

La sortie d'hospitalisation constitue un risque de rupture dans la continuité des soins, faisant passer le patient d'un suivi quotidien à l'hôpital à un suivi intermittent en ambulatoire. Pour les patients âgés, il s'agit d'un moment où leur état de santé est particulièrement précaire.

De fait, la fragilité liée à l'âge induit un risque plus important de réhospitalisation précoce ou d'événements indésirables au décours d'une hospitalisation d'où l'importance de documents de liaison fiables pour assurer cette transition [6,7].

Les médecins généralistes sont les principaux relais de la prise en charge des patients et les garants de sa sécurité.

La transmission de l'information entre médecins hospitaliers et médecins libéraux se fait actuellement quasi exclusivement via le « document de sortie d'hospitalisation ».

Ce « document de sortie d'hospitalisation » englobe à la fois le compte-rendu d'hospitalisation et la lettre de liaison de sortie d'hospitalisation.

Mon expérience de remplacements en ambulatoire m'a permis de prendre pleinement conscience de ces difficultés de transmission de l'information lors des visites à domicile en sortie d'hospitalisation, notamment des patients âgés. Je me suis plusieurs fois retrouvée désemparée en l'absence de document de sortie d'hospitalisation disponible, avec le plus souvent l'incapacité du patient à nous relater les événements médicaux récents.

Différentes études ont révélé que le compte-rendu d'hospitalisation ne permettait pas une prise en charge optimale précoce des patients en ville [8,9].

La Lettre de Liaison de Sortie d'Hospitalisation, qui doit à terme remplacer le compte-rendu d'hospitalisation, a été imposée au niveau réglementaire depuis le 1^{er} janvier 2017 pour améliorer la continuité de la prise en charge des patients après leur sortie d'hospitalisation.

En pratique, à l'heure actuelle, dans de nombreux établissements de santé, la lettre de liaison et le compte-rendu d'hospitalisation coexistent.

Conformément à la réglementation, le Centre Hospitalier de Dax a élaboré depuis 2017 un modèle type de lettre de liaison de sortie d'hospitalisation qui est désormais un document relais complémentaire du compte-rendu d'hospitalisation.

Cependant la satisfaction et les attentes des correspondants concernant cette lettre de liaison n'ont jamais été mesurées depuis son instauration; cette évaluation fait l'objet de ce travail.

INTRODUCTION

LE CONTEXTE

Du compte-rendu d'hospitalisation à la lettre de liaison de sortie d'Hospitalisation

I) CADRE JURIDIQUE DU COMPTE-RENDU D'HOSPITALISATION

L'ANAES propose en 2001 [10] comme définition du Compte-Rendu d'Hospitalisation (CRH), qui reprend en partie le décret 74-230 du 7 mars 1974 alinéa 3 : « Le compte-rendu d'hospitalisation constitue un élément essentiel du dossier médical. Il regroupe les principales informations recueillies durant l'hospitalisation, la thérapeutique proposée et les éléments du suivi médical ultérieur, constituant, de ce fait, un important support de communication entre médecins. »

Dans les articles R1112-1 et R1112-2 du Code de la santé publique (CSP) relatifs à la composition réglementaire du dossier médical [11], le CRH y est décrit comme une pièce obligatoire constituant tout dossier médical.

Il doit être produit à « la fin de chaque séjour hospitalier » et contenir les « éléments utiles à la continuité des soins ».

L'article R1112-6 du CSP précise que « le médecin traitant [doit être] informé [...] des prescriptions médicales » à poursuivre ainsi que des éléments concernant la « surveillance du malade ».

Le CRH reste à ce jour le moyen le plus utilisé pour la transmission des informations auprès du médecin ou de la structure qui assurera la continuité des soins après une hospitalisation. [8,10-11]

Le compte-rendu d'hospitalisation doit être remis au praticien désigné par le patient dans un délai de 8 jours, conformément à l'article R710-2-6 du Code de la Santé Publique.

Malgré ces lignes directrices, le CRH restait très peu formalisé et laissé en grande partie à l'appréciation de son rédacteur [12].

Plusieurs études ont révélé que le CRH était souvent jugé reçu trop tardivement pour accompagner efficacement le retour à domicile ou la continuité de la prise en charge du patient. Elles ont également mis en évidence que le CRH était un document peu homogène et généralement trop complexe pour une bonne information du médecin généraliste amenant à l'élaboration de la « lettre de liaison ».

Cette lettre de liaison a pour objet de répondre à ces difficultés et devrait à terme remplacer le CRH comme document légal de sortie d'hospitalisation.

II) RECOMMANDATIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

En 2014, la HAS a édité un « Référentiel des informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité, à la sortie d'hospitalisation » [13].

La HAS précise que : « ce référentiel s'applique à tout document remis au patient à la sortie d'une hospitalisation et adressé aux professionnels de santé [...] d'aval, quelle qu'en soit la dénomination : compte-rendu d'hospitalisation et lettre rédigée à l'occasion de la sortie, lettre ou document de liaison, courrier de fin d'hospitalisation ».

Le document de sortie d'hospitalisation doit contenir les principaux éléments relatifs au séjour du patient ainsi que les éléments utiles à la continuité des soins hôpital-ville.

Cet outil distingue des rubriques obligatoires et des rubriques optionnelles, médicales et administratives, « laissées au choix des équipes en fonction de leur environnement et du contexte » pouvant être discutées avec la ville.

Les rubriques **administratives** sont les suivantes :

- Identification du patient ;
- Nom et coordonnées du médecin traitant ;
- Date d'entrée et de sortie d'hospitalisation ;
- Hôpital et service d'hospitalisation ;
- Professionnel référent de la prise en charge du patient pendant l'hospitalisation ;
- Mode d'entrée ;
- Destination du patient à la sortie ;
- Coordonnées du rédacteur du document de sortie ;
- Date de rédaction ;
- Liste de diffusion du document de sortie ;
- Statut de ce document ;
- Personne de confiance.

Ces rubriques sont toutes obligatoires à l'exception de la rubrique « personne de confiance ».

Les rubriques **médicales obligatoires** sont les suivantes :

- Motif d'hospitalisation ;
- Synthèse médicale de séjour ;
- Actes techniques, examens complémentaires et biologiques pertinents ;
- Traitement médicamenteux ;
- Suites à donner ;
- Événements indésirables survenus au cours de l'hospitalisation.

Les rubriques **laissées au choix des équipes** sont les suivantes :

- Antécédents ;
- Événements indésirables ;
- Mode de vie ;
- Histoire de la maladie ;
- Examen clinique et statut fonctionnel ;
- Evolution dans le service ;
- Actes techniques, examens complémentaires et biologiques ;
- Liste des éléments remis au patient ;
- Rubriques médico-administratives.

III) CADRE JURIDIQUE DE LA LETTRE DE LIAISON DE SORTIE D'HOSPITALISATION (LLSH)

En 2015, le projet de loi « de modernisation de notre système de santé » [14], dont l'intention est d'améliorer l'efficacité et la coordination du parcours de soins, a repris une notion préexistante mais non utilisée préalablement : la « *lettre de liaison* », élément distinct du CRH qui vise à rendre obligatoire l'échange d'informations entre professionnels de santé.

Le terme « lettre de liaison » se réfère à la fois au document de sortie d'hospitalisation, mais également au document réalisé par un médecin qui adresse un patient à un établissement de soins afin de fournir les éléments médicaux nécessaires à la continuité des soins.

Dans ce travail, nous nous intéressons à la lettre de liaison qui est rédigée lors de la sortie du patient de l'établissement de soins, destinée au médecin traitant, appelée LLSH.

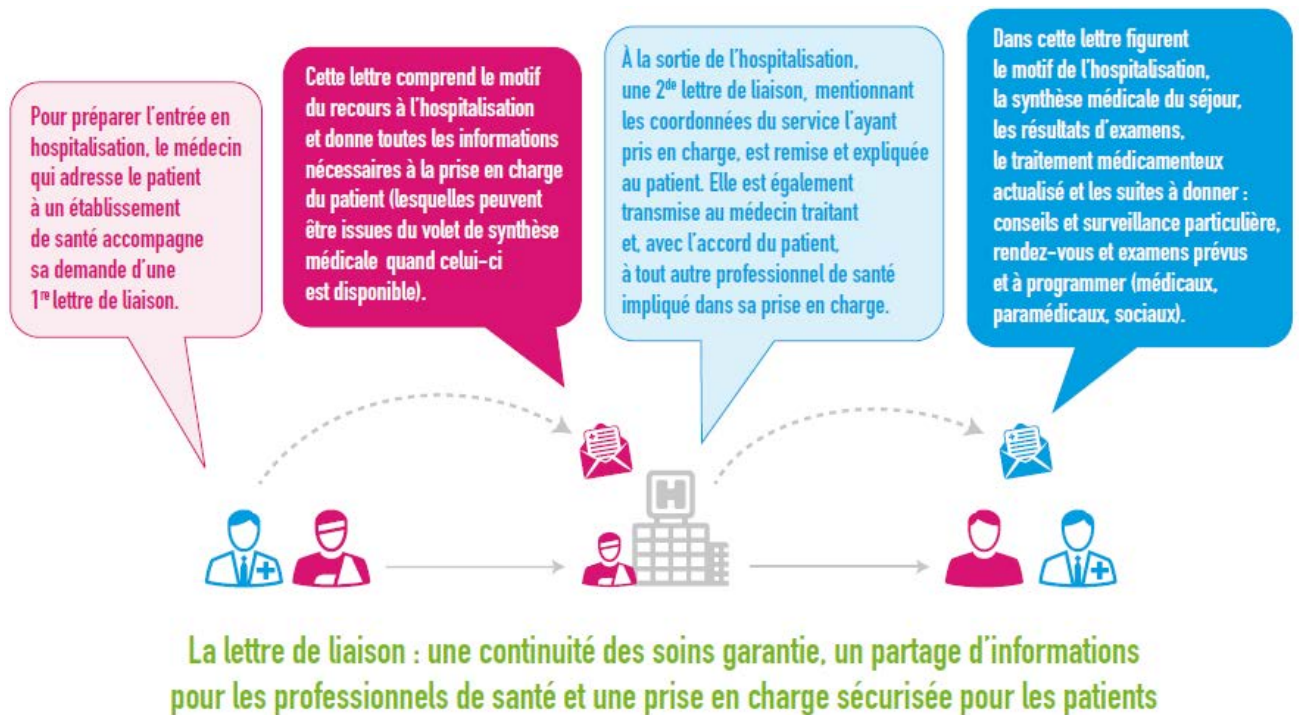


Figure 1 : la lettre de liaison et partage de l'information (DGOS)

Le texte voté à l'Assemblée nationale stipulait que ce document devrait contenir « *les éléments utiles à la continuité des soins* », le destinataire étant le médecin traitant et éventuellement le praticien ayant adressé le patient.

Il s'agit de faire du médecin traitant le pivot et le coordonnateur, afin de garantir la **sécurité et la continuité de la prise en charge** tout au long du parcours du patient entre la ville et l'hôpital.

L'échange d'informations entre les professionnels est au cœur de la notion de parcours, de continuité des soins et de sécurité des prises en charge.

En comparaison avec le CRH, la LLSH doit apporter de nouveaux éléments afin d'améliorer la coordination du parcours de soins du patient [15].

Le contenu a été défini par le décret du 20 juillet 2016 du Code de la Santé publique relatif aux lettres de liaison de sortie d'hospitalisation [16] entré en vigueur au 1^{er} janvier 2017.

Ce décret a rendu obligatoire ce que la HAS recommandait depuis 2014.

Ainsi les recommandations suivantes deviennent des obligations :

- Une lettre de liaison de sortie d'hospitalisation **doit être rédigée pour tout patient à la sortie** d'hospitalisation.

- Cette lettre doit être **remise, expliquée au patient et transmise au praticien ayant adressé** le patient à l'hôpital (et au médecin traitant s'il n'est pas le médecin adresseur) **le jour même de la sortie**.

- Il doit contenir les rubriques décrites comme obligatoires dans les recommandations de l'HAS précitées [13].

Ce document doit être le plus **clair et concis** possible pour correspondre aux besoins des praticiens de ville, sans les surcharger d'informations non pertinentes pour la **prise en charge immédiate et fera office de compte-rendu** d'hospitalisation si aucune autre information n'est attendue.

Cette lettre est nécessairement **rédigée par le médecin qui a pris en charge le patient** dans l'établissement mais peut être remise au patient par un autre membre de l'équipe de soins l'ayant pris en charge.

Concernant le mode d'acheminement, la LLSH est **transmise par messagerie sécurisée** ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations et versée dans le **dossier médical partagé** du patient si ce dossier a été créé.

Elle est également **remise en main propre au patient**, à la personne de confiance ou encore aux titulaires de l'autorité parentale si le patient est mineur ou au tuteur si le patient est un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection.

LES OBJECTIFS

I) AMELIORER LA COMMUNICATION HOPITAL-MEDEGINE DE VILLE ET LA CONTINUITE DES SOINS

1) LE DEFICIT DE COMMUNICATION HOPITAL-MEDEGINE DE VILLE ET L'ABSENCE DE SENTIMENT DE COLLABORATION

Le médecin traitant est le premier adresseur à l'hôpital [17], mais il apparaît qu'une communication directe entre les médecins hospitaliers et les médecins traitants est peu fréquente (3 à 20 %) [8].

Le contact téléphonique ou physique direct à la sortie du patient entre médecin de l'hôpital et généraliste reste marginal (de 3 à 20 % des cas) [8].

Il ressort également que les médecins traitants dénoncent l'absence de sentiment de collaboration [18-21] avec les médecins hospitaliers.

90 % estiment que les médecins hospitaliers ne les font pas participer aux décisions. [20]

Les médecins traitants rapportent régulièrement ne pas être suffisamment informés par l'hôpital. C'est le cas de l'admission de leur patient, leur évolution et de leur sortie [8,21].

La communication entre médecin hospitalier et médecin généraliste est jugée dans l'ensemble satisfaisante sur le plan quantitatif mais pas sur le plan qualitatif : l'information est jugée incomplète et insuffisante par les médecins généralistes [20].

Il manque souvent dans les documents de sortie les résultats et la nature précise des tests effectués à l'hôpital (33 à 63 %), les prescriptions au patient (de 2 à 40 %) et les conseils donnés au patient sur les soins de suite. [8]

2) LE DELAI DE TRANSMISSION DE L'INFORMATION

Le délai moyen de transmission de l'information est jugé trop long par les médecins.

En 2007, bien avant l'instauration de la LLSH, la revue de la littérature de Kripalani [8] révèle que le généraliste ne dispose d'un courrier de l'hôpital à la première visite du patient après

sa sortie que dans 12 à 34% des cas, et ne possède cette lettre quatre semaines après la sortie que dans 51 à 77% des cas.

Pourtant, la rapidité de transmission de l'information est sans aucun doute un critère déterminant de la qualité de la communication [19].

3) LA CONTINUITÉ DES SOINS

3.1 DEFINITION

L'équipe canadienne de R. Reid a défini la continuité des soins comme étant « la façon dont les soins sont vécus par un patient comme cohérents et reliés dans le temps ; cet aspect des soins est le résultat d'un bon transfert de l'information, de bonnes relations interpersonnelles et d'une coordination des soins ». [22]

La continuité des soins n'est pas seulement le transfert de l'information entre les différents professionnels de santé ; « elle englobe 3 dimensions : l'aspect informationnel (le transfert et l'accumulation de l'information relative au traitement de la personne), l'aspect clinique (la cohérence des soins prodigués selon la séquence temporelle) et l'aspect relationnel (la stabilité de la relation entre le patient et les professionnels de santé). »

La continuité des soins implique une cohérence dans la prise en charge des patients lors du relais de l'hôpital vers la ville ; cela implique que le médecin généraliste dispose de toutes les informations nécessaires le plus précocement possible pour assurer cette continuité.

3.2 ÉVITER LES REHOSPITALISATIONS PRÉCOCES

Le médecin traitant est souvent le premier relais en sortie d'hospitalisation. Cependant, il dispose d'informations partielles, confuses ou relatées par le patient lui-même, alors que celui-ci se trouve dans une situation de fragilité.

Les médecins sont demandeurs d'un retour d'informations sur les séjours hospitaliers de leurs patients, notamment pour être en situation de répondre à leurs questions dès leur sortie.

Les questions sont d'autant plus nombreuses que le patient a souvent une certaine proximité et confiance vis-à-vis de son médecin traitant qu'il n'a pas toujours avec le médecin hospitalier qui intervient de façon plus ponctuelle.

La sortie de l'hôpital est une source importante d'erreurs passives ou actives se répercutant sur les médecins généralistes.

Préparer la sortie du patient en lui communiquant les informations principales relatives à son hospitalisation et la transmission le jour de la sortie au médecin traitant d'une lettre rapide permet de limiter la survenue d'événements indésirables (25.5 % contre 55%) et de limiter les réhospitalisations précoces. [23]

Les personnes vulnérables sont particulièrement exposées, conduisant à des réhospitalisations ou des consultations aux urgences à la suite d'une prise en charge en établissement de santé ; outre l'impact sur les patients, l'absence de coordination dans le parcours de soins induit des surcoûts, dans un contexte budgétaire contraint.

La majorité des problèmes sont liés aux modifications thérapeutiques et aux problèmes d'échanges des informations entre les professionnels de santé. [24]

Les quatre premières semaines suivant la sortie d'hospitalisation du patient représentent donc une période cruciale pour limiter les effets indésirables et les ré-hospitalisations.

3.3 REDUIRE LA IATROGENIE MEDICAMENTEUSE

L'OMS (1969) définit la iatrogénie médicamenteuse comme « tous les effets nocifs, involontaires et indésirables d'un médicament, se produisant aux posologies normalement utilisées chez l'homme, à des fins prophylactiques, diagnostiques et thérapeutiques, ou pour des modifications des fonctions physiologiques ».

Cette définition exclut l'intoxication volontaire ou accidentelle, ainsi que l'abus d'un médicament.

La mauvaise gestion des relais médicamenteux par défaut d'information représente la **partie la plus importante des effets indésirables objectivés** dans les trente jours suivant la sortie de l'hôpital, particulièrement avec les anticoagulants, les diurétiques, les hypolipémiants, les antihypertenseurs, et les antiulcéreux.

C'est un événement indésirable qui peut être considéré comme **évitable**.

35% des réadmissions à l'hôpital de patients à domicile sont secondaires à de mauvais relais de traitement à domicile faisant suite à l'hospitalisation [25]. Le risque est particulièrement important dans la période des huit premiers jours.

La continuité des soins et le partage entre les professionnels de santé des informations médicales pour le médecin traitant apparaissent comme des éléments majeurs pour limiter les effets indésirables en lien avec la iatrogénie.

La Lettre de Liaison de Sortie d'Hospitalisation peut constituer également un **outil précieux** dans la « **conciliation médicamenteuse** », définie en 2015 par la HAS [26] comme étant une « *démarche de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses visant à garantir la continuité médicamenteuse du patient dans son parcours de soins. Parce que les multiples points de transition majorent le risque médicamenteux, elle repose sur la transmission et le partage des informations complètes et exactes des traitements du patient entre les professionnels de santé et le patient, tout au long de son parcours* ».

Son objectif est de permettre une réduction des erreurs médicamenteuses, une diminution des hospitalisations non programmées et une continuité médicamenteuse à la sortie de l'hôpital.

3.4 LA PLACE DU DOSSIER MEDICAL PARTAGE

Le Dossier Médical Personnel rebaptisé en 2015 Dossier Médical Partagé (DMP) est un projet public du ministère de la Santé français lancé par la loi n°2004-08 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie.

Le DMP est un carnet de santé numérique qui **conserve et sécurise les informations de santé** ; l'objectif est de rendre disponible pour les professionnels de santé, avec l'accord du patient, des informations utiles à sa prise en charge médicale et issues d'autres professionnels de santé, y compris à l'hôpital.

Il permet au patient, à son médecin traitant et à tous les professionnels de santé autorisés à y accéder de **retrouver dans un même endroit** les antécédents et allergies, les comptes-rendus d'hospitalisations, les résultats d'examens (radios, analyses biologiques...), les médicaments prescrits et délivrés, l'historique des soins des 24 derniers mois alimenté par l'Assurance Maladie, les directives anticipées si celles-ci ont été rédigées par le patient, les coordonnées de proches à prévenir en cas d'urgence.

La **LLSH est incluse dans le DMP** du patient lorsque celui-ci a été créé, de la même façon que la lettre de liaison réalisée par un praticien qui adresse un patient à un établissement de santé.

Le DMP peut donc constituer un élément important pour la continuité des soins entre professionnels de santé et devenir la plateforme d'échange d'informations médicales entre les praticiens.

II) IMPACT ADMINISTRATIF, MEDICO-LEGAL ET FINANCIER

1) LA RESPONSABILITE DES MEDECINS HOSPITALIERS ET DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

La responsabilité du médecin hospitalier et de l'établissement peuvent être engagées en cas d'absence de lettre de liaison. Cela peut être dommageable dans le cadre d'une mise en cause pour accident médical, infection liée aux soins, accident iatrogène, puisque cette lettre vise à garantir la continuité des soins.

En cas d'expertise judiciaire dans le cadre de laquelle une copie du dossier médical est sollicitée, la lettre de liaison peut permettre de comprendre le cheminement du patient dans le parcours de soins.

2) L'ORGANISATION DE LA SORTIE D'HOSPITALISATION : UN OBJECTIF DE QUALITE

Les établissements de santé ayant une activité médicale, chirurgicale et obstétrique (MCO) doivent depuis 2008 transmettre à la HAS un ensemble de données permettant de calculer des indicateurs de qualité et de suivre leur évolution dans le temps.

Ces indicateurs sont des objectifs à atteindre pour les établissements et s'appellent : Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins dans les Etablissements de Santé de Soins de Courte Durée (IPAQSS).

L'organisation de la sortie est un des Indicateurs de la Qualité et de la Sécurité des Soins [15].

Ces indicateurs sont utilisés pour la certification des établissements de santé.

Cet indicateur est calculé à partir de 12 critères de qualité: 2 critères indispensables, 5 critères médico-administratifs et 5 critères médicaux (exposés en Annexe 1).

3) LA COTATION DES ACTES, L'ÉPIDÉMIOLOGIE ET LA RECHERCHE CLINIQUE

Une autre mission majeure assumée par la Lettre de Liaison de Sortie d'Hospitalisation réside dans la rémunération des hôpitaux depuis l'instauration de la tarification à l'activité (T2A).

L'exhaustivité de la LLSH et du codage permettent aussi de pratiquer une analyse épidémiologique et de recherche clinique.

QUESTION DE RECHERCHE

La question de recherche a été réalisée après un travail bibliographique. De nombreuses études ont évalué la satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis des comptes-rendus d'hospitalisation, ont développé des moyens techniques pour l'améliorer mais leurs désirs n'ont été que peu étudiés.

Une lettre de liaison de sortie d'hospitalisation à destination des médecins généralistes a été élaborée au Centre Hospitalier de Dax depuis 2017 pour se mettre en conformité avec la législation (Annexe 2); il s'agit d'un document bref d'une page, pré-rempli informatiquement en deux exemplaires que le médecin hospitalier complète de façon manuscrite le jour de la sortie du patient.

Cette lettre est mise sous enveloppe et remise en main propre par un membre de l'équipe paramédicale au patient à l'attention du médecin traitant ; le deuxième exemplaire est conservé dans le dossier médical hospitalier.

Le médecin traitant reçoit par voie postale dans un deuxième temps, dans un délai assez aléatoire selon les services, un compte-rendu d'hospitalisation détaillé tapé informatiquement. A terme, selon le décret en vigueur, la Lettre de Liaison de Sortie d'Hospitalisation devrait remplacer le compte-rendu d'hospitalisation pour devenir un seul et unique document. Cette Lettre de Liaison de Sortie d'Hospitalisation n'a jamais été évaluée depuis sa mise en place.

Comment les médecins généralistes jugent-ils les LLSH actuellement en place et quelles sont leurs attentes concernant ces LLSH, dans l'hypothèse qu'il s'agisse d'un document unique?

L'objectif principal de l'étude est de définir les attentes des médecins généralistes du bassin dacquois relatives aux lettres de liaison de sortie d'hospitalisation des services de médecine.

L'objectif secondaire est de proposer à l'issue de ce travail une lettre de liaison de sortie d'hospitalisation répondant mieux aux attentes des médecins généralistes correspondants du Centre Hospitalier de Dax.

MATERIEL ET METHODE

I) CHOIX DU TYPE D'ETUDE

1) UNE ETUDE QUALITATIVE PAR FOCUS GROUPE

Nous avons fait le choix d'une étude qualitative, en opposition aux enquêtes quantitatives qui reposent sur un questionnaire permettant de collecter des informations sur un sujet précis, à travers des techniques d'entretiens approfondis de groupes.

La méthode du focus groupe est issue d'une technique marketing de l'après-guerre aux Etats-Unis qui permettait de recueillir les attentes des consommateurs et ainsi de rendre un produit plus attractif. [27]

Ce processus a été adapté dans les années 1980 dans la recherche universitaire dans différents domaines et est très utilisée dans les pays anglo-saxons dans les travaux de recherche de soins primaires.

Cette approche est adaptée à la question de recherche : elle permet d'explorer, recueillir, comprendre. [28]

2) LES CARACTERISTIQUES DU FOCUS GROUPE

L'entretien par focus groupe est un type d'entretien collectif, « groupe d'expression » qui utilise le débat entre enquêtés pour recueillir leurs points de vue sur un sujet ciblé.

L'intérêt réside dans la dynamique du groupe ; il permet de confronter des opinions différentes, de faire émerger des idées inattendues pour le chercheur. [27]

Le débat suscité permet aussi, au-delà des positions contrastées, de faire apparaître des argumentations [29] et donc de comprendre ces positions. Cela permet d'analyser ce qui est partagé mais aussi l'expression de désaccords. [30]

Cette technique d'entretien collectif est apparue comme la plus adaptée pour répondre à la question de recherche, recueillir les attentes et le ressenti des médecins généralistes, tout en les laissant s'exprimer. Elle permet de faire émerger des idées auxquelles nous n'aurions pas songé et d'avoir un regard nouveau sur cette thématique comparativement aux nombreuses études quantitatives déjà menées sur ce sujet.

II) SELECTION DE L'ECHANTILLON

1) POPULATION ETUDIEE

Notre étude porte sur les médecins généralistes travaillant avec le Centre Hospitalier de Dax et destinataires des lettres de liaison. Il s'agit donc de médecins du bassin dacquois incluant des médecins de Dax et de son agglomération proche mais aussi d'autres territoires plus éloignés ayant une activité rurale ou semi-rurale également correspondants du Centre Hospitalier de Dax.

2) RECRUTEMENT DE L'ECHANTILLON

Afin d'obtenir un large éventail de réponses, l'échantillon a été construit de manière raisonnée.

Il s'agit d'une procédure non probabiliste consistant à sélectionner des participants dans l'espoir d'entendre des paroles aussi diverses qu'il y a de témoignages.

Ainsi, le recrutement ciblé, assurait que les médecins généralistes inclus formaient un groupe hétérogène en matière de genre, d'âge, de lieu et de mode d'exercice.

Les participants de ces focus groupes étaient des médecins généralistes, en cours d'exercice de la médecine libérale, dans des cabinets de groupe des Landes correspondants du Centre Hospitalier de Dax. Ils étaient d'une part originaires de Dax et ses alentours, d'autre part du secteur de Mimizan.

La plupart des médecins généralistes au sein d'un même groupe se connaissaient, soit parce qu'ils étaient associés dans un même cabinet, soit par l'intermédiaire de la formation médicale continue et/ou leur proximité géographique.

L'ensemble des participants ont reçu un premier mail les informant de mon projet d'étude, avec une proposition de rencontre et des dates prédéfinies.

Les choix du lieu et de la date de l'entretien collectif se sont faits avec les participants.

La semaine précédente un courrier électronique de rappel leur a été envoyé.

Le 21 mai et le 5 juin 2019, nous avons pu réaliser 2 focus groupes.

III) DEROULEMENT DES FOCUS GROUPES

1) SCENARIO DES FOCUS GROUPES

Un scénario décrivant les différentes étapes de l'entretien (« guide d'entretien » Annexe 3) a été préparé à l'avance en se basant sur la littérature, il permet de définir précisément le déroulement de chaque séance. Il est reproductible entre chaque séance et permet d'articuler de façon organisée les différentes questions du débat tout en respectant le temps imparti.

- Accueil des participants autour d'un buffet convivial avec les questionnaires quantitatifs des caractéristiques (Annexe 4) des participants.
- Présentation de la méthodologie : question de recherche, objectif de recherche, présentation de la méthode qualitative et du focus groupe : rappel de l'anonymisation des données et valorisation de l'importance de la participation personnelle de chacun afin de recueillir un éventail d'idées divergentes et non pas l'obtention d'un consensus.
- Mise à disposition pour chaque participant d'un exemplaire papier des Lettres de Liaison de Sortie d'Hospitalisation remises aux patients en sortie d'hospitalisation d'un service de médecine de l'hôpital de Dax (Annexe 2)
- Questionnaire d'entretien semi-dirigé : en partie inspiré de la thèse de P. Reboud [31] comportant cinq questions dont la première orientait initialement le débat sur la distinction entre Lettre de Liaison de Sortie d'Hospitalisation et compte-rendu d'hospitalisation. Les questions ont été élaborées de manière à être les plus ouvertes pour laisser la parole libre, tout en abordant le plus de thèmes possibles et en progressant au cours du débat avec un effort de neutralité du modérateur pour ne pas influencer les réponses. Elles suivent un cheminement logique en allant du général au particulier, avec une question d'introduction et une question de conclusion.
- Explication par le modérateur entre la première et la deuxième question du cadre législatif de la Lettre Liaison de Sortie d'Hospitalisation et du compte-rendu d'hospitalisation pour éviter que la discussion se disperse et permettre une projection sur l'avenir à moyen terme de la Lettre de Liaison de Sortie d'Hospitalisation.

- Synthèse finale des discussions.
- Remerciements.

Le contenu du guide d'entretien devait être assez souple pour permettre à la discussion de se dérouler au rythme des participants mais suffisamment structuré pour maintenir la conversation près du thème à étudier.

A l'issue des deux focus groupes, un débriefing de la réunion a eu lieu avec les modérateurs et l'observateur.

A l'issue du premier focus groupe, nous sommes convenus de ne pas remettre à disposition des médecins les lettres de liaison « type » après la première question pour ne pas influencer les réponses lors du deuxième focus groupe, les participants du premier focus groupe la regardant régulièrement pour répondre aux questions.

Le guide d'entretien n'a en revanche pas été modifié d'un groupe à l'autre.

2) QUESTIONNAIRE QUANTITATIF

Les caractéristiques des participants ont été recueillies en début de séance au fur et à mesure de leur arrivée.

Il s'agissait de remplir un questionnaire quantitatif (Annexe 4) anonyme, décrivant le participant, son mode d'exercice, ses habitudes avec la Lettre de Liaison de Sortie d'Hospitalisation, son utilisation de l'outil informatique au quotidien et d'une messagerie sécurisée.

L'objectif de ce questionnaire était avant tout de démontrer la pertinence de l'échantillon choisi.

3) LES INTERVENANTS

Il y a quatre intervenants lors de chaque focus groupe [27] :

- Les participants : ce sont eux qui fournissent la matière de recherche. Ils doivent avoir des caractéristiques homogènes liées au thème traité.
- Le modérateur (ou animateur) : il est chargé de lancer la grille de questions, de relancer les réponses, et de veiller à la participation de chacun en évitant la

monopolisation de la parole par un éventuel leader d'opinion. Il est amené régulièrement à reformuler les débats et à en proposer une synthèse sans prendre parti. Cet exercice est particulièrement difficile puisqu'il faut à la fois être présent pour que la discussion reste dans le cadre de la recherche et ne pas freiner l'expression.

C'est le Docteur ROMERO qui a assumé cette fonction pour le premier focus groupe compte tenu de sa plus grande expérience dans la méthodologie, le Docteur OSORIO PEREZ a animé le deuxième focus groupe.

- L'observateur : il est chargé de noter les aspects non verbaux ou relationnels qui peuvent avoir du sens pour l'analyse. Il ne participe ni à l'animation ni au débat. Son emplacement est stratégique : en retrait pour ne pas interférer dans la discussion, il doit cependant avoir un bon point de vue sur chaque participant pour pouvoir recueillir sans difficulté son expression non verbale. Il est également là pour aider le modérateur dans l'accueil des participants, dans l'organisation logistique mais aussi pour lui signifier lorsqu'il passe à côté d'un élément important qu'il n'a pas relevé et qui pourrait faire progresser le débat. J'ai assumé cette fonction.
- L'enregistreur : les échanges sont enregistrés pour pouvoir ensuite être analysés. L'enregistrement a été effectué à l'aide de deux dictaphones pour parer à l'éventualité d'une panne d'un des deux appareils.

IV) ANALYSE

1) PHASE DE TRANSCRIPTION : LES VERBATIMS

Les enregistrements des focus groupes sont le matériau brut de l'étude. Il s'agit de retranscrire intégralement ce qui a été dit durant la séance pour pouvoir les analyser.

Cette étape a nécessité environ 20h de transcription pour 3h45 d'entretien et a été réalisée les lendemains des enregistrements.

J'ai réalisé une transcription « mot à mot » à l'aide du logiciel de traitement de texte « Microsoft WORD 2007 », c'est-à-dire que je n'ai pas cherché à reformuler les propos ni à corriger les fautes de langage.

Pour garantir l'anonymat des participants, leurs noms n'ont pas été transcrits.

Pour le 1^{er} focus groupe ils ont été remplacés par une lettre (A à H), par un chiffre (1 à 8) pour le 2^{ème} focus groupe.

Les interventions des modérateurs ont été identifiées par la mention : « Modérateur » (« M » dans le verbatim, « M1 » dans le 1^{er} focus-groupe pour désigner le Dr OSORIO PEREZ). L'observateur est intervenu dans le deuxième focus groupe pour préciser certains propos (désigné par « O »).

2) L'ANALYSE THEMATIQUE

J'ai effectué une analyse thématique des transcriptions. Cela consiste en « la transposition d'un corpus en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé.» [32]

A la lecture des retranscriptions, le texte est codé, fragment par fragment, et réarrangé en une liste de catégories faisant émerger les thèmes principaux (Figure 2).

C'est un codage conduit selon une procédure ouverte et inductive puisque la grille d'analyse n'est pas définie au départ mais elle est élaborée à partir du verbatim.

Le codage ouvert permet, à l'aide des questions du guide d'entretien ou des thèmes de l'étude, de repérer les sous-ensembles « les sous-catégories » dans le texte en les soulignant.

La liste des codes a évolué au fur et à mesure des transcriptions dans un processus continu de révision. Certains éléments codés ont été fusionnés ou au contraire divisés en fonction de l'émergence de nouvelles informations

L'analyse a été effectuée au fur et à mesure des focus groupes.

Ce travail nécessite de lire et de relire les données pour identifier les thèmes et catégories sous-tendus par des phrases ou des comportements.

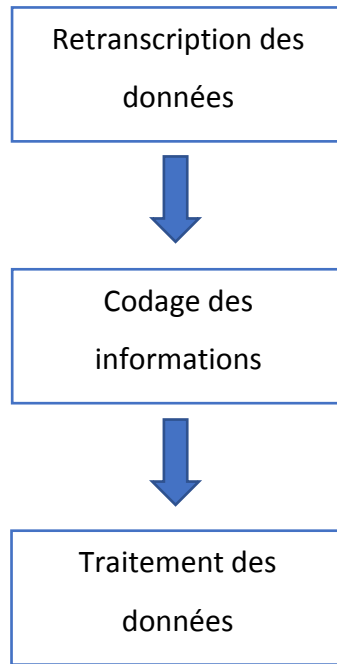


Figure 2 : étapes de l'analyse des données qualitatives

Des concepts sont définis, une cartographie des différents registres est dressée. Une théorie explicative peut alors être envisagée puis construite à partir des données. [28]

Elle doit se faire sans a priori et rester focalisée sur le thème de façon à être reproductible : quelle que soit la personne qui l'a faite, les conclusions doivent être les mêmes. [27]

Le verbatim des entretiens a été analysé via un travail de codage des données sur un logiciel d'aide à la recherche qualitative de type CAQDAS (Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software) nommé RQDA, disponible sur le site web <https://www.r-project.org/>

Le recueil des données s'arrête lorsque la lecture du verbatim n'apporte plus de nouveaux éléments, c'est-à-dire à saturation des données.

L'analyse des données a été confrontée à celle d'un proche du chercheur n'ayant pas de lien direct avec le domaine médical permettant une triangulation des données.

RESULTATS

I) L'ECHANTILLON

Deux focus groupes ont été réalisés, cela représente 16 médecins.

Le premier focus groupe s'est déroulé le 21 mai 2019 avec 8 médecins généralistes installés à proximité de l'hôpital de Dax dans une salle de réunion du Centre Hospitalier de Dax. Il a duré 1h40.

Le deuxième focus groupe s'est déroulé le 05 juin 2019 avec 8 médecins généralistes de Mimizan, exerçant tous dans une même maison de santé. Le focus groupe s'est déroulé dans une salle de réunion de la maison de santé de Mimizan. Il a duré 2h05.

Caractéristiques démographiques des participants :

- Il y avait 5 femmes et 11 hommes ;
- Leur âge moyen était de 54.3 ans (de 30 à 66 ans) ;

Pratique médicale des participants :

- En moyenne ils sont installés depuis 21.9 ans (de 1 à 36 ans)
- 4 participants ont une pratique urbaine, 10 participants ont une pratique semi-rurale et 2 ont une pratique rurale ;
- En moyenne ils sont distants du CH de Dax de 39.7 km (de 2 à 74 km)
- 14 médecins exercent en cabinet de groupe ; 2 médecins exercent seuls.
- Seul un médecin n'est pas informatisé ; les 15 autres médecins, informatisés, utilisent une messagerie sécurisée type Apicrypt®.

Liens avec la lettre de liaison :

- En moyenne, 3.46 minutes sont consacrées à la lecture de la lettre de liaison de sortie d'hospitalisation (de 40 secondes à 10 min), 11 médecins lui consacraient moins de 5 minutes, 2 entre 5 et 10 minutes et 2 médecins 10 minutes (un médecin ayant répondu « le temps nécessaire »).
- 14 des 16 médecins (soit 87%) disent lire systématiquement dans son intégralité la lettre de liaison de sortie d'hospitalisation.

- 12 participants stockent la LLSH dans le dossier informatique après l'avoir lue, 2 participants conservent un double support (informatique et papier) et 2 participants ne conservent que le format papier ; 2 participants jettent la LLSH à la réception du compte-rendu d'hospitalisation.
- 10 médecins lisent la lettre de liaison de sortie d'hospitalisation dès réception ou lorsqu'elle est amenée par le patient ; les 6 autres médecins lisent la lettre à un moment dédié dans la journée (en début d'après-midi ou le soir).

II) RESULTATS DE L'ETUDE

1) REPONDRE AUX BESOINS

1.1 DU MEDECIN GENERALISTE

1.1.1 Assurer la continuité des soins

Les médecins interrogés attendent de la lettre de liaison de sortie d'hospitalisation qu'elle leur permette d'**assurer la continuité des soins** :

- Elle doit **répondre à la problématique** du médecin traitant qui a adressé le patient en hospitalisation

F : « Je pense que la lettre de liaison doit répondre à la problématique du médecin qui souvent a adressé le patient. »

C : « on l'envoie pour une question, on veut la réponse... [...] Une réponse claire au motif d'hospitalisation, même si on répond par non. »

- Elle permet d'assurer la **cohérence des soins**

2 : « ce que vous nous donnez comme informations, ça nous permet nous d'être dans le même sens que vous au niveau du diagnostic, au niveau de la prise en charge »

B : « En pratique, je trouve que la lettre de liaison je trouve qu'elle porte bien son nom....euh...je trouve que c'est un outil qui nous permet quand même de faire, d'assurer comme ça la continuité d'une hospit. »

- Elle doit **éviter la redondance** des soins et des examens complémentaires

C : « pour éviter la redondance des examens [...] des patients qu'on voit qu'on suspecte de telle pathologie, on regarde si ça a déjà été fait avant ou pas »

3 : « sinon tu gaspilles, tu refais...c'est ce qu'ils font à l'hôpital ! Ils vont dans un endroit, ils refont tout derrière, à l'identique. [...] Chacun va repasser derrière et refaire. Si on ne sait pas ce qui a été fait... »

- Elle doit rendre possible une **prise en charge immédiate**

8 : « bien souvent on la découvre autour du patient donc on est dans l'immédiateté quoi !
Donc il faut une réponse rapide, claire et concise »

C : « Il faut savoir que la lettre de liaison elle va servir de suite au médecin traitant »

D : « avoir une réponse immédiate à apporter au patient notamment sur le plan thérapeutique »

- Elle doit permettre d'**expliquer** aux patients, de **répondre à leurs questions**

F : « la lettre de liaison ça peut être juste pour que j'aie quelque chose d'intelligent à lui dire [...] Nous on est dans l'urgence de pouvoir à la fois répondre aux questions légitimes parce qu'ils ont souvent pas bien compris grand-chose »

2 : « par rapport au patient qui a tendance à nous poser des questions très souvent assez précises et on auxquelles on avait un peu de mal à répondre »

1.1.2 Le médecin généraliste acteur

- Les médecins souhaitent **pouvoir anticiper** :

1 : « On a besoin d'avoir l'information AVANT de voir le patient et que ce soit NOUS qui l'ayons »

2 : « il faut qu'on ait l'information de façon anticipée, c'est sûr ! »

8 : « Qu'on ait le temps d'anticiper [...] une annonce, c'est plus confortable. »

2 : « ils nous donnent le papier, on ne l'a pas lu, il faut qu'on le lise en diagonale vite fait et après lui il attend qu'on lui explique. Et si c'est grave, ça va prendre du temps et nous...on patine quoi »

C : « c'est la première fois où on sera presque acteur, c'est-à-dire que tu reçois le courrier avant qu'on te l'envoie donc tu peux prendre l'initiative d'appeler le patient, pour les patients assez âgés à domicile en leur disant « voilà j'ai vu ça, ça va être l'occasion de passer vous voir pour modifier un peu le traitement »

- Ils sont en effet généralement **en 1^{ère} ligne** à la sortie d'hospitalisation du patient :

5 : « *Parce que les patients [...] rappellent leur médecin le lendemain. S'il n'y a pas de courrier de ce type-là, on est un petit peu embêté* »

F : « *parce qu'ils s'en remettent quand même aussi souvent à nous...* »

- Ils veulent également avoir un **droit de regard** sur le contenu des lettres de liaison de sortie d'hospitalisation

1 : « *avec un droit de regard du médecin sur ce qui est dit dans la lettre, c'est-à-dire qu'il peut très bien y avoir des éléments avec lesquels on n'est pas d'accord, où on a le droit de dire, « non non non, ça ne s'est pas passé comme ça du tout ! Je n'ai pas adressé le patient pour telle et telle chose, je l'ai adressé pour telle et telle chose et ce qui est dans la lettre est faux ! Et moi je demande à ce que vous corrigiez la lettre !* »

- Elle les **rassure** :

7 : « *[...] on n'a pas besoin de s'inquiéter si quelque chose ne se passe pas bien* »

2 : « *ça nous sert de support et vis-à-vis du patient on est, enfin personnellement, moi je trouve que c'est un élément qui rassure quoi* »

6 : « *ça nous donne déjà de quoi travailler plus sereinement parce qu'au moins on sait ce qui s'est passé en gros déjà.* »

1.1.3 La compréhension du raisonnement médical

La lettre de liaison de sortie d'hospitalisation doit permettre de **comprendre le raisonnement médical** :

H : « *Il faut bien qu'il y ait un déroulement logique, moi ça me semble important.* »

6 : « *On a besoin de la démarche, vraiment de la réflexion, sur certaines prises en charge en tout cas, on a besoin de la réflexion qui a amené à tel ou tel examen ou à telle ou telle chose [...] Ce qui les a fait réfléchir et pourquoi ils ont demandé tel et tel examen...nous ça fait partie...nous on a besoin de ça.* »

7 : « *c'est bon de savoir quel est le raisonnement qui amène à éliminer telle et telle chose* »

- Elle doit rendre possible une **collaboration entre médecins hospitaliers et généralistes**
- Pour **échanger des informations** si besoin

B : « [...] si ça ne suffit pas il peut y avoir des allers retours d'infos s'il a vraiment un truc important. »

- Pour avoir un **discours unique**, être crédible vis-à-vis des patients et des familles

2 : « ça nous permet nous d'être dans le même sens que vous au niveau du diagnostic, au niveau de la prise en charge et on a un discours unique [...] c'est important qu'on ait le même discours. »

- Elle permet une **remise en question** du médecin traitant

4 : « [...] avoir votre cheminement aussi pour que nous aussi on se remette un petit peu en cause aussi dans notre cheminement de diagnostic. »

- Elle contribue à la **formation médicale continue**

5 : « on ne comprend pas forcément tout mais des fois on aime bien pouvoir se former avec les démarches des hospitaliers et d'avoir des informations que eux ils ont et que nous on n'a pas. »

7 : « pour nous parce que ça fait partie quelques fois même de notre formation, on se maintient dans nos connaissances [...] »

2 : « vous avez vous eu des formations universitaires, des perceptions des maladies que nous on n'a pas forcément même au niveau de la connaissance [...] nous on continue notre formation comme ça ! Faut bien voir qu'on est moins en contact avec l'hôpital, on a moins d'éléments de connaissance et ça nous sert de support »

1.1.4 Le dossier médical

La lettre de liaison de sortie d'hospitalisation est un élément clé du dossier médical, qui va servir :

- Pour l'**archivage**

C : « quand je refais les dossiers des patients, je les fais à partir des courriers d'hospitalisation donc voilà des fois ça permet de savoir ce qui a été fait et ce qui n'a pas été fait. [...] C'est pour ça que le compte-rendu d'hospitalisation doit être le plus exhaustif possible et doit être gardé comme une sorte d'archivage où ça a été une photographie d'un patient à un moment donné. »

- L'idéal serait d'avoir **accès aux données du dossier hospitalier** :

B : « si on pouvait avoir en tant que médecin traitant un peu une « clé » pour pouvoir dire, oui, moi, je suis médecin traitant, le patient il a eu cet examen-là à l'hôpital, j'ai le droit d'aller voir ça quoi...Ça ce serait pas mal parce que ça éviterait d'avoir une masse d'infos... »

5 : « Alors il faudrait qu'on puisse avoir accès [...] nous aux informations qui ont été synthétisées à l'hôpital et auxquelles on puisse avoir accès 6 mois ou un an après, à distance je veux dire... »

1.1.5 Ce que le médecin généraliste ne veut pas

- Sur le fond :

- Les médecins craignent une évolution vers un **excès de technicité** avec une **perte de l'humain progressive**

7 : « on va tomber dans cet excès de technicité entre guillemets où on va perdre l'humain complètement, on va perdre le contact complètement [...] La crainte que j'ai, c'est la perte de contact où à la limite les hospitaliers vous allez gagner dans votre technicité et le contact avec le généraliste, le médecin traitant, va devenir carré. »

- La mention de la **cotation des actes**

7 : « autre élément complètement inutile aussi c'est la cotation de tel acte qu'on a dans certaines lettres ou autre, ce n'est peut-être pas indispensable, on s'en fout éperdument de la T2A ... »

- **La surcharge d'informations**

Plusieurs médecins ont rapporté que le courrier n'était **pas lu** lorsqu'il y avait trop d'informations.

7 : « *pas la peine de surcharger la chose parce que si on surcharge on ne va plus voir les choses. [...]* »

C : « *trop d'informations tuent l'information.* »

7 : « *pour Crossway® ou autres trucs où on te met la totalité des choses faites les unes après les autres, on a des courriers comme ça, pratiquement on ne les lit plus. On va à la conclusion immédiatement.* »

- Une accumulation d'informations **sans déroulement logique**

6 : « *Certaines fois on se dit « pourquoi ils ont fait ci pourquoi ils ont fait ça » on a les éléments qui sont balancés mais on ne sait pas trop...on a besoin vraiment de la réflexion et ça fait partie du métier... »*

H : « *Ils appuient sur un bouton, c'est tous les comptes-rendus. Moi j'appelle pas ça...c'est de l'exhaustivité peut-être, ce que j'appelle par exhaustif pour moi ce n'est pas ça. Ça c'est inintelligent à mon sens, ça n'apporte pas beaucoup, d'accord ? [...] Il faut bien qu'il y ait un déroulement logique, moi ça me semble important.* »

- **L'absence de synthèse**

H : « *Et qu'à la fin de cette lettre on puisse avoir quelque chose qui puisse synthétiser l'ensemble ça me paraît également très important comme on ferait une conclusion dans un devoir. [...] c'est vrai si on arrive à prendre du temps et si on arrive à synthétiser...dans cette exhaustivité malgré tout aller synthétiser ce qui est nécessaire.* »

E : « *Je pense que la synthèse, c'est ce qu'on va lire de suite.* »

- **L'absence d'identification du rédacteur** est souvent reprochée.

A : « *La lettre, on la donne au patient, c'est écrit main, je ne sais pas par qui c'est fait [...]* »

C : « *Il faut que l'on connaisse les auteurs des courriers aussi... Qui a écrit le courrier ?* »

- Sur la forme :

- **Le style télégraphique**

6 : « cette histoire des 4 petites cases à la fin, pour moi on commence à rentrer dans le truc médico-légal hyper formaté blam/blam/blam, on coche des cases, on valide les critères qui doivent être dans le courrier, moi je ne trouve pas que ce soit une bonne façon d'aborder les choses parce que à terme ça va être réducteur. »

- Le **manuscrit**, à l'unanimité, ne doit plus être utilisé :

4 : « l'écriture on est tous d'accord, c'est illisible (insiste), le manuscrit c'est très mauvais »

Par son caractère illisible, le manuscrit représente souvent une **perte de temps**

6 : « l'écriture manuscrite moi ce n'est pas possible, il faut que ce soit tapé à l'ordinateur parce qu'on passe un temps...soit on ne comprend rien à ce qui est marqué, soit on passe une plombe à le déchiffrer et...bon. Il faut que ce soit tapé. »

- **La standardisation** : les médecins ne veulent pas d'une présentation type « QCM », il ne doit pas y avoir de longueur prédéfinie, les courriers sont à adapter au cas par cas.

6 : « un format recto comme ça simplement, oui c'est adapté à certaines situations, non ce n'est pas adapté à d'autres, on ne peut pas tout synthétiser »

7 : « Donc je crois qu'il est difficile de dire « un seul document et on se calque sur ce document seul » »

- **Une typographie homogène** : la typographie doit permettre de faire ressortir les informations importantes

E : « Sur la forme ce que j'aime bien sur les courriers c'est utiliser les caractères gras pour les choses importantes, je trouve que ça ressort bien [...] Voilà, la typographie, moi je pense que c'est intéressant et y a certains courriers qui sont bien faits justement grâce à ça. »

6 : « il faut faire ressortir les informations essentielles, ça pour moi c'est de la mise en page, c'est du basique, ça paraît fondamental »

C : « et les idées claires, changer la typographie. »

- **Les intitulés peu explicites** sont à bannir

Certains intitulés sont jugés peu explicites et source de confusion, par exemple concernant le « motif d'hospitalisation ».

7 : « *alors peut-être que c'est l'intitulé « motif d'hospitalisation » qu'il faudrait revoir ; il y a le motif pour le généraliste qui a envoyé et le motif pour l'hospitalier qui voit arriver quelqu'un. Et il peut y avoir une différence entre les deux... C'est-à-dire qu'il y a des intitulés à modifier dans ce cas-là. »*

- Sur le fond et la forme : **une hétérogénéité liée au rédacteur et/ou au service**

C : « *Après la lettre de liaison dépend de celui qui l'envoie et de celui qui le lit. »*

A : « *La lettre, selon les services, on peut l'attendre longtemps [...] »*

F : « *Des fois on sent que c'est personne dépendant [...] cette fameuse lettre de...mais qui est déjà plus ou moins bien faite et plus ou moins complète »*

B : « *Le compte-rendu d'hospitalisation, comme disait F, c'est très inégal. »*

1.2 DU MEDECIN HOSPITALIER

Les médecins généralistes interrogés ont également évoqué, de leur point de vue, l'intérêt des documents de sortie d'hospitalisation (lettre de liaison de sortie d'hospitalisation et compte-rendu d'hospitalisation) pour les médecins hospitaliers.

1.2.1 Un temps de réflexion

Le compte-rendu d'hospitalisation amène le médecin hospitalier à avoir **un temps de relecture et de réflexion** sur les dossiers, permettant dans certains cas de rattraper des erreurs :

7 : « *Je pense également [...] c'est quand même vous donner, hospitaliers, vous donner la possibilité d'une deuxième réflexion sur le cas du patient [...] on sait très bien que l'humain dans tout ça il peut y avoir des erreurs ; le simple fait, entre guillemets, d'avoir une seconde vue sur un cas peut éventuellement éviter des conneries à tous les niveaux. »*

1.2.2 Un outil de collaboration

- La lettre de liaison de sortie d'hospitalisation pourrait permettre de **transmettre des consignes** au médecin traitant et d'envisager la délégation de certaines tâches.

C : « Parce que par ce biais on pourrait déléguer... »

- Un médecin émet l'hypothèse qu'elle pourrait peut-être amener à une **diminution des durées d'hospitalisation**

C : « Est-ce que la lettre de liaison pourrait permettre des hospitalisations plus courtes dans cette époque où on réduit les durées d'hospitalisation et avoir un roulement? »

1.2.3 Le dossier médical

- C'est une pièce essentielle du **dossier médical** qui peut resservir lors d'une hospitalisation ultérieure

1 : « Parce que le compte-rendu d'hospitalisation je suppose qu'il reste, qu'il est scanné, qu'il reste à l'hôpital, que quand le patient va revenir à l'hôpital, aux urgences...n'importe quoi, les médecins de l'hôpital vont pouvoir consulter le compte-rendu d'hospitalisation, c'est un compte-rendu qui va être un document interne à l'hôpital dont les médecins de l'hôpital vont pouvoir se servir. »

1.3 DU PATIENT

1.3.1 Accéder au dossier médical

Les patients ont désormais **accès** à une pièce de leur **dossier médical** et peuvent prendre connaissance d'informations écrites concernant leur état de santé :

1 : « le patient a désormais le droit d'avoir accès à son dossier. »

5 : « je pense que donner des informations au patient, ça de toute façon maintenant c'est une obligation »

1.3.2 Evolution du système de santé

La lettre de liaison de sortie d'hospitalisation répond à une **évolution du système de santé**

1 : « *Que le patient ait l'information complète, qu'il la comprenne ou qu'il ne la comprenne pas, euh...à la limite tant pis pour lui, à la limite c'est lui qui a voulu cette évolution-là. »*

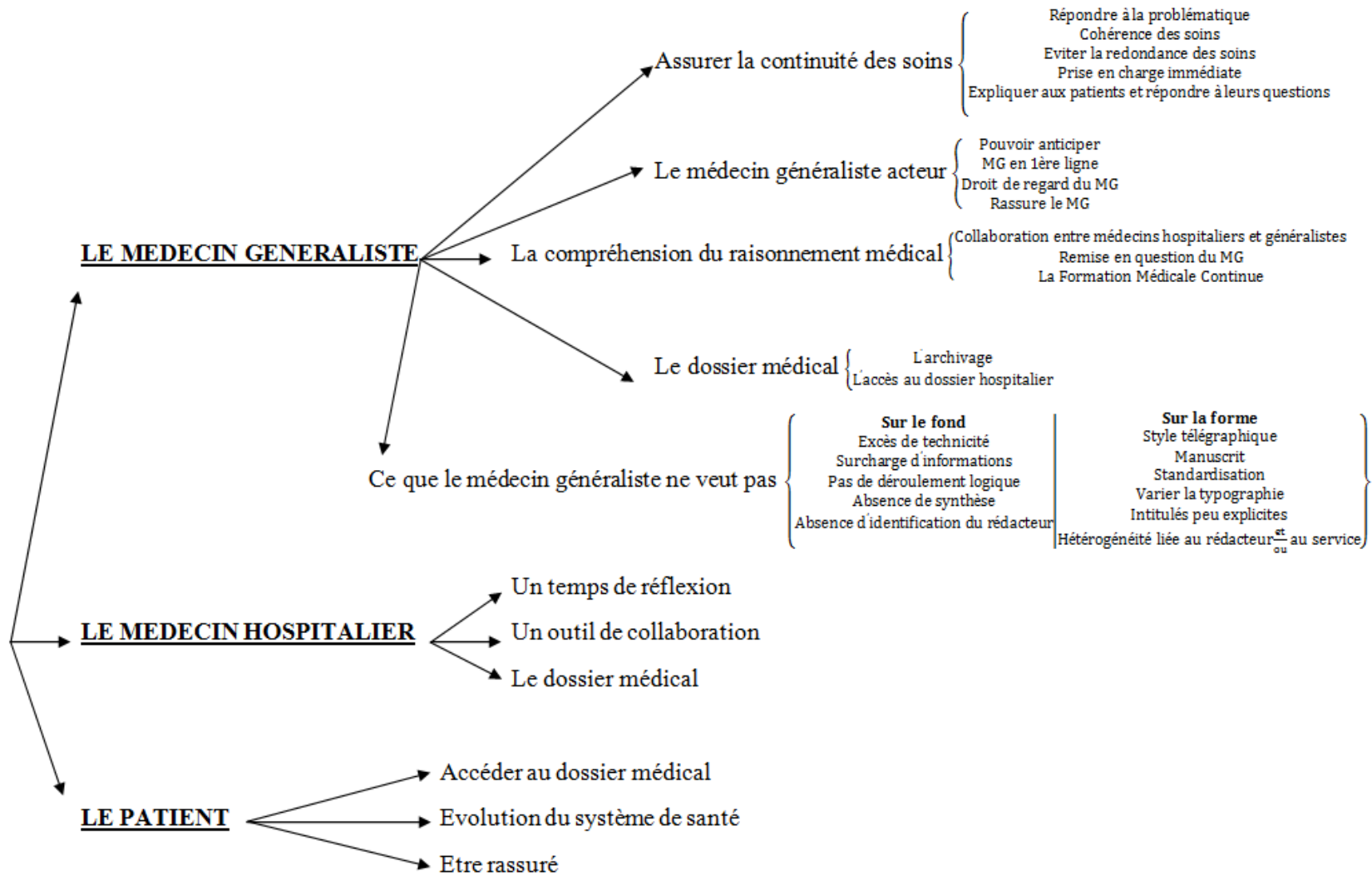
1.3.3 Etre rassuré

Elle permet de **rassurer** le patient en montrant le lien entre l'hôpital et la ville

2 : « *surtout pour rassurer le patient je pense que c'est important »*

5 : « *par rapport au patient c'est très rassurant de savoir qu'il y a cette continuité de soins »*

REPONDRE AUX BESOINS



2) LA NECESSITE DE DEUX DOCUMENTS

Les médecins généralistes interrogés ont du mal à concevoir l'idée d'un document unique et évoquent **la nécessité d'avoir deux documents de sortie d'hospitalisation**, par leur aspect complémentaire, la lettre de liaison de sortie d'hospitalisation et le compte-rendu d'hospitalisation.

2.1 LA LETTRE DE LIAISON DE SORTIE D'HOSPITALISATION

2.1.1 Son caractère immédiat

- La lettre de sortie d'hospitalisation est disponible dès la sortie d'hospitalisation permettant une **immédiateté** de la prise en charge et de la réponse donnée au patient.

F : « pouvoir expliquer mais, entre guillemets, dans « l'urgence » du retour à domicile [...] Nous on est dans l'urgence de pouvoir à la fois répondre aux questions légitimes [...] »

D : « Donc c'est vraiment la liaison immédiate et puis effectivement avoir une réponse immédiate à apporter au patient »

5 : « c'est vrai que les problèmes ils ne se règlent pas en 24h donc déjà d'avoir un peu les éléments de base pour prendre en charge le patient »

A : « ce n'est pas très détaillé mais y a le principal et c'est immédiat c'est ça l'avantage. »

- Elle permet également de **combler un délai**, dans l'attente de la réception d'un compte-rendu d'hospitalisation détaillé.

7 : « [...] c'est vrai que ça va permettre de combler ce délai entre le moment où on voit le patient et le moment où on va réellement analyser les choses sur ce qui s'est passé »

3 : « on est tous habitués à quelque chose de succinct qui va nous aller provisoirement »

2.1.2 Sa lecture rapide

La lettre de sortie d'hospitalisation doit pouvoir être **lue rapidement**.

- Le temps dédié à sa lecture est souvent limité par le **manque de temps** des médecins généralistes, qui découvrent le plus souvent la lettre lors de la consultation, face au patient.

2 : « on voit le patient arriver, « ah vous êtes sorti de l'hôpital ! » et on est là et on dit « et alors euh... vous avez quelque chose ? » et là pendant 5 minutes, ils nous donnent le papier, on ne l'a pas lu, il faut qu'on le lise en diagonale vite fait et après lui il attend qu'on lui explique. »

5 : « quand on a le patient devant nous, si on a un courrier qui fait 4 pages, on ne va pas avoir le temps de vraiment bien analyser »

C : « La fiche de liaison c'est pratique c'est-à-dire il ne faut pas qu'il y ait trop d'examens, il faut qu'on sache ce qu'on doit faire rapidement [...] je pense que la lettre de liaison ne doit pas être trop longue je pense qu'il faut être pragmatique... »

- La lettre doit être **concise**

F : « s'il y a de l'exhaustivité, 15 pages au retour moi perso ça va...Vous prendrez rendez-vous après-demain, je prends le truc et je vous expliquerai voilà...parce qu'autrement on ne s'en sort plus ! »

H : « quelque chose de recto-verso »

6 : « oui moi ça me va très bien sur le moment, dans la sortie immédiate, un document d'une page ça me convient tout à fait. »

- Sa **présentation** doit contribuer à cette lecture rapide.

2 : « c'est une synthèse sur une page qui nous permet de lire vite fait « il est rentré, il est sorti, les éléments cliniques, surveillance... »

2.1.3 Les informations les plus importantes

La lettre de liaison de sortie d'hospitalisation doit contenir les **informations les plus importantes** permettant d'assurer la prise en charge immédiate des patients.

A : « *pas besoin de tout savoir dans la lettre de liaison* »

7 : « *la lettre de sortie c'est le côté technique c'est-à-dire qu'on a les éléments essentiels, on a le résumé, on a les éléments qui permettent d'agir et de continuer les soins comme ça.* »

Parmi ces éléments, les médecins interrogés attendent de cette lettre qu'elle les renseigne sur :

- Le **motif d'hospitalisation**

3 : « *je reste vraiment dans ce côté immédiateté, il nous faut les éléments essentiels, au moins un motif [...]* »

- Les **résultats et examens anormaux**

8 : « *il n'y a qu'à mettre que des éléments qui sont anormaux* »

- Les **événements indésirables** survenus lors de l'hospitalisation (rétention aigüe d'urines, chute, allergie...)

C : « *je voudrais avoir [...] les événements notables pendant l'hospitalisation. Si on donne un traitement et qu'il est allergique, faut qu'on le sache, pareil un médicament qu'il n'a pas supporté ; les événements aigus survenus pendant l'hospitalisation, voilà.* »

- Les **modifications thérapeutiques**

E : « *l'explication pourquoi y a les traitements qui ont été changés, pourquoi y a des traitements qui ont été mis* »

6 : « *les adaptations thérapeutiques majeures* »

- **La conduite à tenir**, les suites éventuelles

Les médecins interrogés attendent dans les lettres de liaison des **éléments de surveillance** cliniques et paracliniques.

2 : « *Ce qui est vraiment très important c'est les éléments de sortie et il manque très souvent les éléments de surveillance à prévoir à court terme. Est-ce qu'il y a des bilans à prévoir... voilà* »

- Une **conclusion et une réponse à la question posée** par le médecin qui a adressé le patient

B : « la conclusion et une proposition pratique de suivi ou de traitement »

E : « c'est ce qui a été diagnostiqué lors de la sortie »

2.1.4 Les informations inutiles

Les médecins jugent **inutile** de faire apparaître dans la lettre de liaison les résultats normaux et de répondre à des items par « oui » ou « non »

5 : « sur la lettre de liaison de sortie d'hospitalisation, « l'événement indésirable survenu au cours de l'hospitalisation », vous allez mettre oui ou non mais finalement ça qu'est-ce que ça nous apporte ? [...] les examens complémentaires qui sont négatifs on s'en fiche, oui dans l'immédiat, pour une situation qui a été réglée, on s'en fiche quelque peu. »

6 : « moi la seule chose dont je ne vois pas l'utilité c'est enfin les 4 petites lignes à la fin, le oui/non. Soit on les fait apparaître parce que c'est arrivé, soit on les enlève. »

2.1.5 Dépendante de la pathologie et du terrain

La lettre de liaison de sortie d'hospitalisation peut être suffisante pour une histoire jugée **non complexe**, sur un terrain non polyopathologique.

G : « Après ça dépend des diagnostics aussi médicaux. Si on dit c'est une pyélonéphrite ça peut suffire la lettre de liaison...mais si c'est une pathologie un peu plus compliquée il me faut le compte-rendu détaillé. »

7 : « [...] c'est fonction de la pathologie et de la complexité d'un dossier. Y a des lettres qui peuvent être très résumées avec quelques petits éléments et puis c'est tout et donc là, le document tel qu'il est, il va suffire [...] s'il ne doit y avoir qu'un seul document il ne peut pas y avoir un élément unique ; il y a des cas simples, des cas moyens, des cas complexes. »

6 : « forcément c'est à pondérer avec la complexité de l'hospitalisation et la clinique derrière. Parce que si effectivement...pour une prothèse de hanche on ne va pas être sur le même courrier que sur... »

2.1.6 Nécessaire mais pas toujours suffisante

- La lettre de liaison est source de **satisfaction** pour le médecin généraliste qui en est destinataire

8 : « là où on voit à quoi elle sert c'est quand on ne l'a pas, c'est la frustration de ne pas l'avoir. »

1 : « en général quand on l'a on est content »

- Elle est cependant insuffisante, il **manque des éléments**

5 : « enfin ce qui veut dire que ce petit document que vous nous donnez ne semble pas tout à fait suffisant, on a besoin d'autres éléments, c'est vachement important »

1 : « c'est très résumé et il manque souvent pas mal d'éléments quand même. »

- Il n'y a pas de pondération ni hiérarchisation

4 : « parce qu'elle n'est pas modulée tu vois ? »

7 : « il n'y a pas de hiérarchisation des informations. Il y a des éléments faits, on est arrivé à telle conclusion, on a mis tel traitement »

2.2 LE COMPTE-RENDU D'HOSPITALISATION

2.2.1 Un document exhaustif

Les médecins généralistes attendent du compte-rendu d'hospitalisation un document **exhaustif**.

- La mention des **antécédents** fait débat pour les médecins, certains considèrent cette information comme indispensable notamment pour le patient non connu par le médecin (par exemple en garde) ou pour les médecins installés depuis peu leur permettant de compléter leur dossier médical

C : « moi je vais dire que j'aimerais avoir les antécédents mais je vais dire pourquoi. Parce que quand tu t'installes, quand tu prends un nouveau patient il ne connaît pas ses antécédents et les patients bougent. »

D'autres la jugent inutile, considérant que cette information doit être apportée par le médecin traitant lui-même

F : « on a les antécédents qu'on connaît par cœur qu'on a fourni à l'hosto [...] on est noyé et ça ne présente aucun intérêt. »

4 : « je pense que si on est bien organisé on peut vous mettre tous les antécédents qu'ils ont si on a un bon dossier et ça ça gagne du temps pour vous, nous il nous suffit de le répertorier mais ce n'est pas à vous de nous le redire enfin je ne pense pas que ce soit nécessaire. »

- Certains **éléments de vie (personne de confiance, statut marital, aidants...)** et la **profession** font également partie des informations considérées utiles.

C : « Après y a des courriers c'est intéressant de recevoir car on voit des événements de vie que l'on n'a pas connus. Moi j'ai beaucoup de patients âgés et on ne leur demande pas toujours leur ancienne profession, qui est l'aidant, ça c'est important la personne ressource, des fois ça ça peut aider. »

- Avoir l'ensemble des **éléments normaux et anormaux**

- Pour **savoir ce qui s'est passé** :

C : « Y a aussi comment il est arrivé à l'hôpital aussi : est ce qu'il est arrivé via les urgences, est ce que c'est toi qui l'a envoyé ? »

- Pour **savoir ce qui va être fait** :

2 : « est ce qu'il y a des examens à faire, est ce qu'il va falloir refaire un contrôle sanguin, est ce qu'il a un rendez-vous pour repartir à l'hôpital... »

- Pour **savoir ce qui peut arriver** :

2 : « surtout après les éléments de surveillance parce que nous on se retrouve avec des patients qui ont des thérapeutiques nouvelles par moment, on ne sait pas qu'est ce qui peut arriver. Et on a besoin de savoir dans ces courriers qu'est-ce qu'il va falloir surveiller [...] »

Comme dans la lettre de liaison, le **motif d'hospitalisation**, le **diagnostic posé**, les résultats des **examens complémentaires** normaux et anormaux doivent figurer sur le compte-rendu d'hospitalisation mais aussi des données de l'**examen clinique** et les **diagnostics différentiels** :

D : « c'est comme d'habitude... motif, antécédents, examen clinique, examens complémentaires, les événements, les traitements...et une synthèse. »

E : « c'est vrai que le fait d'avoir un examen clinique dans le courrier pour savoir si y avait des signes anormaux lors de l'hospitalisation ; parce que tu vas le réexaminer au niveau respiratoire, tu vas trouver des crépitants, des choses comme ça et tu vas te dire « est ce qu'il les avait au moment de l'hospitalisation ou pas ? » »

C : « on le voit par exemple pour une douleur abdo, nous on a pensé à une cholécystite, là il faut marquer « élimination de cholécystite » même si après on dit « troubles fonctionnels intestinaux... » ; ce qui a été éliminé avant. »

2.2.2 Utile dans un second temps

- Le compte-rendu permet aux médecins interrogés d'**avoir un temps de réflexion**

5 : « ça nous permet dans un deuxième temps quand on reçoit le courrier complet d'avoir un temps de réflexion »

8 : « On aime bien après prendre un temps de réflexion pour comprendre ce qu'il y a eu derrière, c'est évident. Mais ce temps-là, ce temps de réflexion, c'est un temps qu'on se prend en plus, à part, c'est pas au moment où on voit le patient, où il faut qu'on agisse sur le moment quoi. »

- Le compte-rendu d'hospitalisation est également utile pour le **suivi** du patient à long terme

5 : « ça m'arrive souvent de reprendre des courriers qui datent d'il y a 6 mois où je trouve des éléments qui m'intéressent pour avancer peut-être sur une pathologie différente mais qui me sont quand même très utiles. »

- Il permet d'**éviter la redondance d'actes**

A : « Ce qui a été fait, c'est logique, pour pas qu'on refasse les mêmes choses après, pour qu'il n'y ait pas de redondance dans la prise en charge. »

- Il est utile pour le **dossier médical** du patient

C : « autant la lettre de liaison c'est pour le médecin traitant, autant le compte-rendu d'hospitalisation est dans le dossier du patient. Par exemple un patient a été vu dans le service de cardio ou d'infectio et après il va dans un autre service par exemple de cancéro, je pense qu'il y a des services qui aiment bien savoir ce qui a été fait avant. Pareil pour les urgences... »

C : « des fois quand des patients partent, qu'ils veulent leur dossier, je ne leur imprime pas tout ce qu'il y a sur l'informatique, je leur imprime uniquement les comptes-rendus d'hospitalisation »

2.2.3 Un délai de transmission long

Son délai d'acheminement est généralement long

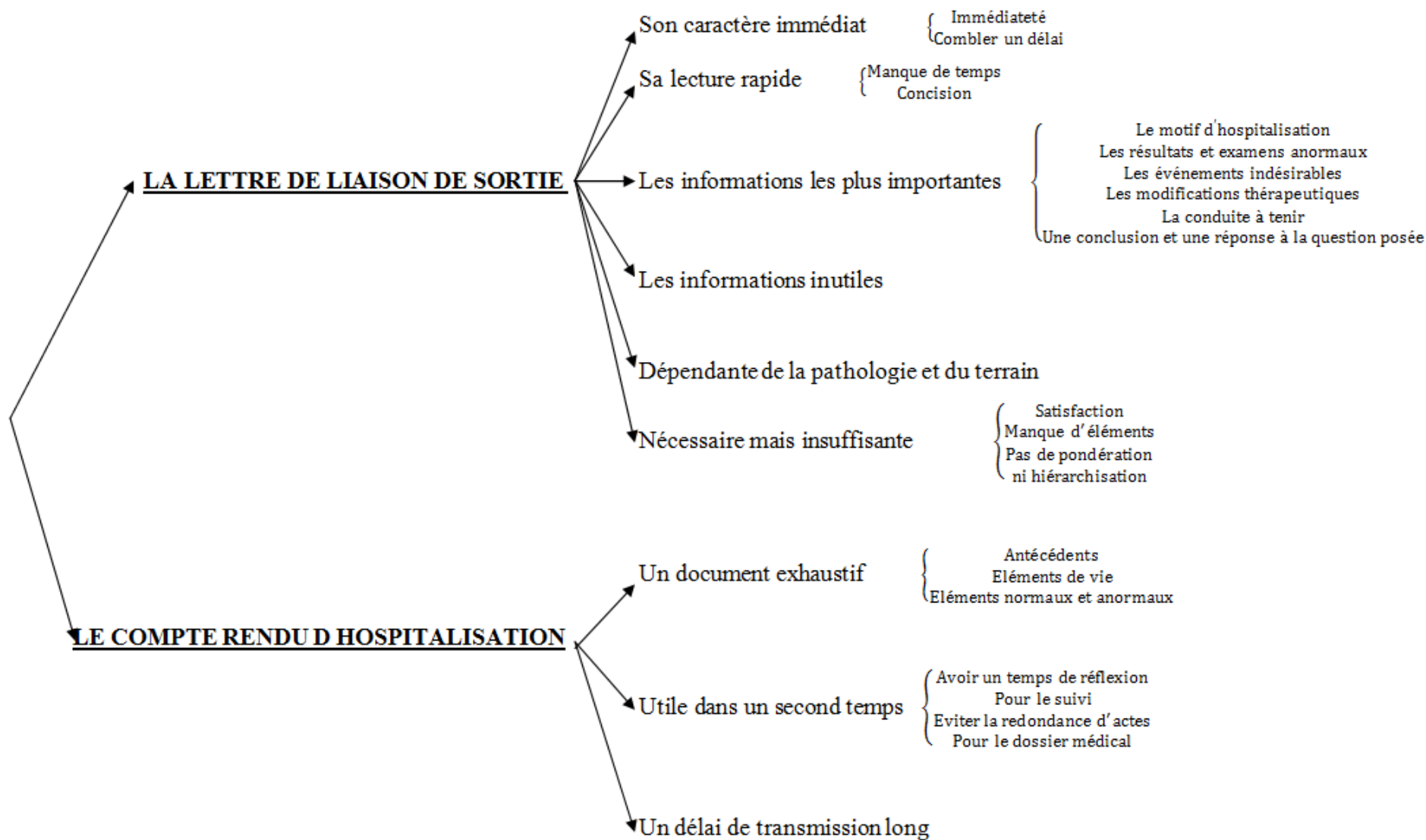
B : « nous on reçoit des comptes-rendus un mois, un mois et demi après »

Les médecins interrogés ont à plusieurs reprises évoqué le caractère contradictoire **de la création d'un document unique**, ne permettant pas de réunir à la fois le caractère synthétique et immédiat nécessaire en sortie d'hospitalisation et l'exhaustivité pour le suivi à moyen et long terme du patient.

A : « C'est impossible d'avoir cette fiche de liaison comme ça complète...on la recevra dans un délai...vous n'allez pas le faire à la main, quand est-ce que vous allez trouver le temps de la faire ? Donc moi je pense qu'il faut les deux, ce n'est pas possible autrement ! »

E : « Donc si on ne doit avoir que ça, ça va être infaisable parce que vous allez devoir soit faire quelque chose de synthétique et oublier de l'exhaustivité, soit il faut avoir quelque chose d'exhaustif et on va l'avoir...enfin la prise en charge du patient va être retardée quoi [...] y a une contradiction là entre les deux choses. »

LA NECESSITE DE DEUX DOCUMENTS



3) LA TRANSMISSION DES INFORMATIONS

3.1 LE MOYEN

3.1.1 Le support papier

- La transmission du courrier **par le biais du patient** est contestée par les médecins interrogés, avec une réception et un délai très aléatoires :

G : « Alors des fois les patients arrivent avec la lettre de liaison en consultation mais des fois on me les met dans la boîte aux lettres ! Et je ne sais pas dans combien de temps je le revois. »

F : « parce qu'après ils en font ce qu'ils veulent et on le reçoit un peu n'importe quand... »

1 : « le patient, il va le donner ou il ne va pas le donner, ou il va le perdre, ou il va le déchirer ou il va faire quoi avec...on ne sait pas ! »

2 : « il nous amène un courrier ou il ne l'amène pas parce qu'il l'a oublié »

1 : « donner un compte-rendu en papier à l'heure actuelle ça me paraît aberrant. »

- Ce mode de transmission est jugé **archaïque** :

2 : « le mode de transmission de l'information c'est de la préhistoire quoi ! Là on retourne aux cavernes ! Donc ça moi je trouve qu'au XXI^{ème} siècle, faire ce système de transmission de l'information au médecin généraliste, on est dans la préhistoire totale ! »

- Le support papier présente l'avantage d'être **utilisable partout** :

8 : « on peut voir ça dans l'espace aussi...cet objet-là (en désignant la LLSH), on peut l'avoir soit en consultation, soit en visite soit par exemple à la maison de retraite »

- Le support papier reste indispensable pour les quelques médecins **réfractaires à l'outil informatique**

A : « ça ne va pas non ! Mais ils sont malades ! On envoie par courrier ! Moi les trucs sécurisés je ne les ai pas... »

3.1.2 Le support électronique

- La **messagerie sécurisée** est le mode de transmission de l'information à privilégier

6: « pour tout faire par messagerie sécurisée mais ça ce serait top, ça ce serait l'idéal, même en visite on a le logiciel sur le portable, on consulte le courrier, hop, c'est carré, pas de problème. »

F: « c'est quand même l'envoi par voie sécurisée »

- **Un gain de temps**

Le support papier nécessite d'être scanné le plus souvent pour être intégré au dossier médical informatisé, contrairement au support électronique

B: « moi la finalité de tous les courriers chez moi, enfin c'est mon organisation personnelle, je scanne tout et j'ai tout sur mon pc, voilà avoir un papier et le scanner alors que ça sort des ordis... »

- **L'immédiateté**

5: « le mail j'aurais tendance à dire effectivement oui c'est très très bien de l'avoir tout de suite »

- **Il n'y a pas de perte d'informations**

6: « nous ça nous simplifie la vie, le mail on le reçoit, on l'intègre directement, y a pas de feuilles volantes [...] »

Plusieurs médecins évoquent la nécessité de conserver un **double support** pour le moment : papier et électronique

4: « Moi je pense qu'il ne faut pas rester avec une seule optique, on est dans un moment de transition entre l'informatique et le papier, je crois qu'il faut avoir les deux éléments pour l'instant ! »

3.1.3 Le Dossier Médical Partagé

Il présente deux avantages :

- Il **centralise** les informations
- Il **sécurise** les informations et le secret médical

H : « Moi je pense au secret médical et plus les courriers se baladent sur la toile, plus, à mon avis, il y aura de risques d'avoir des soucis. S'il y a une centralisation des dossiers médicaux dans un centre qui conserve ça, avec le DMP ça me paraît plus sécurisé. »

- Mais n'est pour le moment pas utilisé par les médecins généralistes, jugé **non efficient**.

E : « Ce n'est pas très au point quand même... [...] Qu'il ne me mette pas 10 minutes à envoyer une ordonnance sur le DMP avec mon logiciel ! »

3.2 LE DELAI

3.2.1 L'immédiateté

L'immédiateté reste la priorité, quel que soit le support utilisé

1 : « Le mail on l'a tout de suite, et on peut même le lire AVANT d'aller chez le patient. On est déjà au courant ! »

3.2.2 L'information du médecin traitant en premier

L'accès à l'**information du médecin traitant en premier** a longuement animé le débat du deuxième focus groupe

1 : « On a besoin d'avoir l'information AVANT de voir le patient et que ce soit NOUS qui l'ayons. [...] Mais que la première personne qui ait accès à la lettre d'une manière totalement confidentielle et immédiate et non papier d'une manière numérisée ça me paraît... ça me paraît évident ! [...] à mon avis c'est aberrant que le mec arrive avec une lettre de sortie et que ce soit NOUS qui nous retrouvons en difficulté et à expliquer un truc qu'on est en train de découvrir, de devoir l'expliquer au patient qui est parfois un truc complexe [...] »

3.3 LES DESTINATAIRES

3.3.1 Le médecin traitant seul

- Le médecin traitant comme seul destinataire de la lettre de liaison de sortie d'hospitalisation peut poser problème en cas d'**absence** du médecin traitant

F : « Se pose le problème des vacances du médecin traitant et de sa messagerie sécurisée... Parce que s'il part 15 jours, le malade il rentre et voilà... Des fois c'est le médecin garde, le remplaçant, l'associé... »

- Le patient **non connu** du médecin

F : « C'est bien quand même de découvrir la lettre de liaison quand on est médecin de garde ou qu'on ne connaît pas très bien le patient... »

3.3.2 Le patient et le médecin traitant

- La problématique de la **confidentialité** des informations médicales a été soulevée par les deux groupes de médecins interrogés lorsque la lettre de liaison est remise au patient

5 : « il y a effectivement le problème de certaines informations, est ce que les patients doivent avoir toutes les informations ? Qui va lire le papier ? Est-ce que ça va être le patient, est ce que ça va être le frère, la sœur, le fils... Est-ce qu'on doit donner toutes les informations ? Il y a le problème de la confidentialité qui est difficile. Si c'est un jeune qui rentre qui je ne sais pas moi... qui est HIV positif, est-ce que sur le papier vous allez mettre HIV positif ? Parce que toute la famille va le savoir... comment gérer ce problème ? »

- Les médecins retiennent un problème de **compréhension** et d'**interprétation** des patients

2 : « il a le courrier mais il l'a lu et il ne comprend rien et il est paniqué [...] »

C : « ils voient « néoplasie = cancer » alors que c'est marqué « élimination » avant et ils viennent limite en pleurant « j'ai un cancer » »

3 : « parce que les gens, tu sais, à savoir comment ils ont compris ce qui a été expliqué à l'hôpital, ils peuvent voir marquer un diagnostic, ils vont considérer comme catastrophique, ils ne vont pas considérer qu'on leur a dit ça tu vois ? »

La lettre de liaison transmise au patient nécessite impérativement des **explications**

C : « je pense qu'il faut la rédiger et la lire avec le patient [...] Bien sûr c'est sa santé mais tu ne peux pas donner une information sans l'expliquer, même dans le vocabulaire »

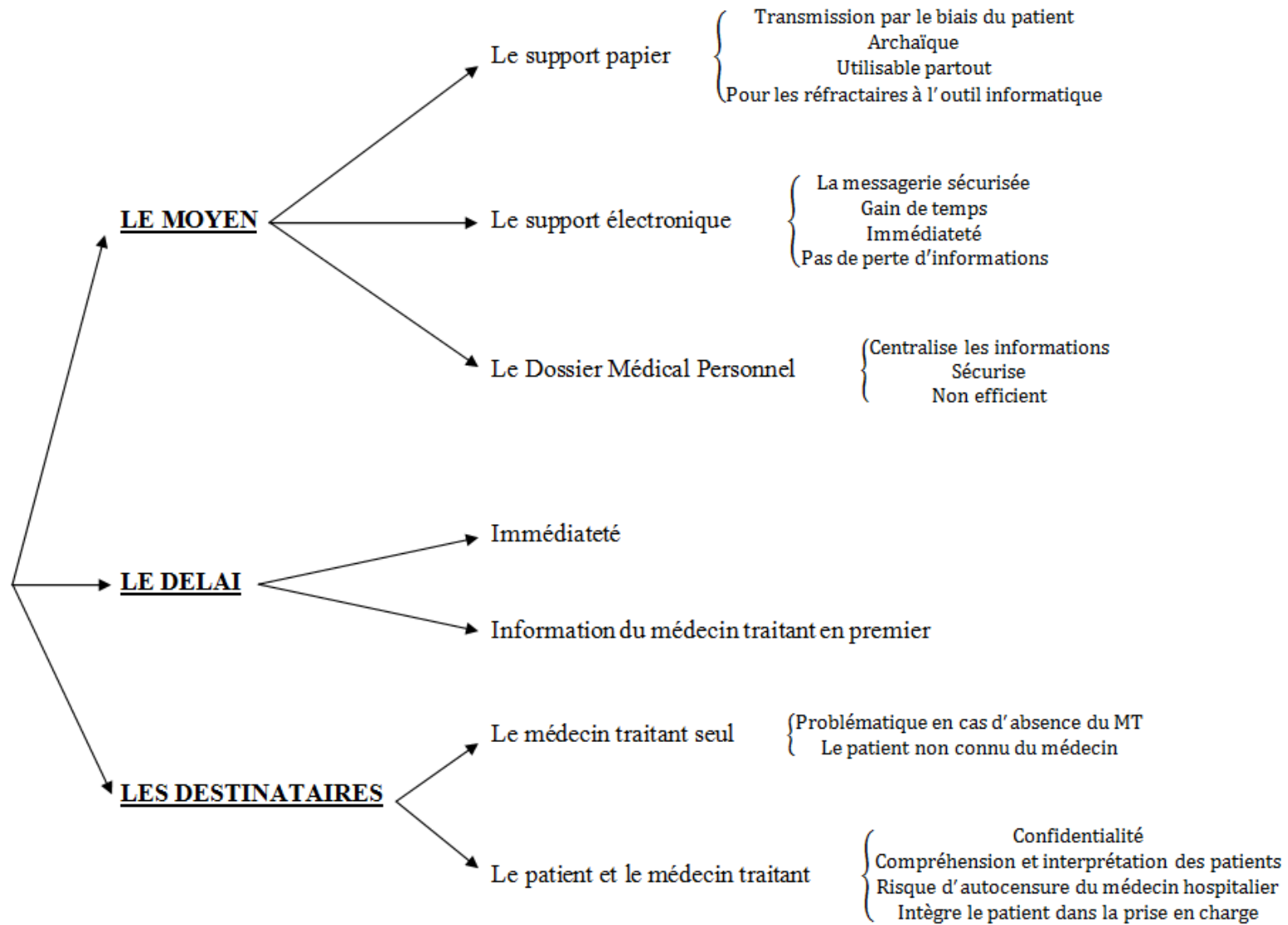
- Les médecins généralistes voient un risque d'**autocensure** du médecin hospitalier dans la rédaction de la lettre de la lettre de liaison lorsque cette lettre est remise au patient

7: « ça fait que l'information peut très bien être tronquée, peut très bien être édulcorée parce que justement il y a un risque que ce soit lu [...] c'est toi qui va édulcorer ton discours ; dans certains cas tu ne vas pas aller au fond de certaines choses parce que tu te dis « ça risque de... », tu ne veux pas choquer [...] La deuxième lettre qui permet véritablement de s'épancher et d'avoir une vraie communication entre deux médecins est une lettre qui est personnelle et qui n'est pas faite pour être lue par le patient, c'est complètement autre chose. »

- Certains médecins considèrent que remettre la lettre de liaison au patient permet de **l'intégrer** dans sa prise en charge et favorise le dialogue

E : « Parce qu'après c'est vrai que si on fait que sur messagerie sécurisée les patients peuvent avoir l'esprit de « ils ne se parlent qu'entre eux, ils ne veulent pas me parler ou me dire des choses »

LA TRANSMISSION DES INFORMATIONS



4) LE CAS DU DECES DU PATIENT

4.1 LE MOYEN

4.1.1 Le téléphone

En premier lieu, avant tout courrier, les médecins interrogés à l'unanimité attendent un coup de **téléphone** le jour-même en cas de décès d'un patient qu'ils suivent

D : « J'attends déjà d'être informée le jour-même, ce serait bien. Un coup de téléphone lorsque le patient décède ce serait bien. »

1 : « moi ce que j'attends c'est d'avoir un coup de fil ! Une des premières personnes à être au courant quoi, un coup de fil ! Et moi, combien de fois, combien de fois ! J'ai appris le décès par la rumeur ! Par la rumeur ! »

4.1.2 Le support électronique

L'utilisation de la **messagerie sécurisée** a également été évoquée pour relayer cette information et pourrait être utilisée, **en complément du téléphone**

7 : « le mail ! Ce n'est pas aberrant qu'on reçoive un mail, on va le lire automatiquement, enfin en principe...enfin dans la journée. »

1 : « les deux ! Un coup de fil, on comprend très bien que la personne qui a passé le coup de fil n'a peut-être pas le temps pendant ¼ d'heure d'expliquer, il n'y a pas besoin d'expliquer, elle nous dit « voilà, Mr Machin est décédé, on vous envoie un mail qui va expliquer tout ce qu'il y a, qui vont vous expliquer les principaux trucs importants » ; donc le coup de fil et le mail. »

C : « Je pense que la messagerie sécurisée ça pourrait être pas mal... Notamment pour les week-ends. »

4.1.3 Par un membre de l'équipe médicale ou paramédicale

L'information doit être transmise par un **membre de l'équipe médicale OU paramédicale**, la priorité étant d'avoir l'information

A : « Mais on n'a pas besoin que ce soit absolument un médecin...en général c'est un médecin. »

F : « J'ai envie de dire, peu importe, l'infirmière, l'interne...tout est bon ! »

4.1.4 Le journal

Les médecins regrettent d'avoir l'information régulièrement par le biais du **journal** local

A : « c'est quand même un peu triste de l'apprendre par le Sud-Ouest ! [...] Ce n'est pas pour rien si on est abonné à Sud-Ouest hein ! »

G : « Souvent on apprend les décès par les familles qui appellent et souvent on apprend en lisant le Sud-Ouest aussi. »

4.2 LE DELAI

4.2.1 L'immédiateté

Les médecins attendent d'avoir l'information d'un décès **immédiatement**

2 : « le décès, l'information principale il faut qu'on soit prévenu immédiatement, voilà en précisant éventuellement la cause »

4.2.2 Contact parfois en amont du décès

Les médecins souhaitent avoir un **contact** avec le médecin hospitalier dans **certains cas avant le décès**

8 : « Ensuite, les derniers moments, il faut qu'on soit au courant un minimum et si on a à répondre à une famille ou autre chose... »

4 : « S'il y a un décès, il faut surtout que le milieu hospitalier, s'ils voient que l'ambiance est mauvaise, que la mort est mal vécue il faut qu'on soit au courant très rapidement pour essayer un petit peu de calmer la sauce [...] Je pense que si les hospitaliers se rendent compte qu'il y a un problème, il faut qu'ils nous préviennent. »

4.2.3 Le médecin traitant en premier informé

Les médecins souhaitent avoir l'information d'un décès **en premier** pour ne pas être mis en difficulté vis-à-vis de la famille notamment.

8 : « et parfois il faut savoir parler à la famille, déjà on est plus à l'aise quand on est au courant, c'est rare mais on l'a tous vécu, ça arrive de temps en temps, y a une espèce de petit malaise avec la famille... Dans un sens ou dans un autre. »

F : « Ben oui, on voit la veuve en consultation médicale « tiens vous allez l'air fatiguée vous » ; « ben mon mari est mort hier soir ! » Tu passes pour un con ! »

4.3 LE CONTENU DE LA LETTRE

4.3.1 La cause du décès

La lettre de liaison doit renseigner le médecin traitant sur la **cause du décès**

4 : « on a besoin de savoir... le diagnostic, pourquoi la personne est morte. »

4.3.2 Les circonstances du décès

La lettre de liaison informe le médecin sur le déroulement de l'hospitalisation qui a conduit au décès

7 : « Il a été hospitalisé pour telle raison, visiblement l'évolution...on a posé tel diagnostic et puis malheureusement couic ! »

4.3.3 Répondre aux questions des familles

Elle doit permettre de répondre aux **questions des familles**

7 : « mais l'urgence c'est pouvoir expliquer à la famille pour quelle raison...couic ! »

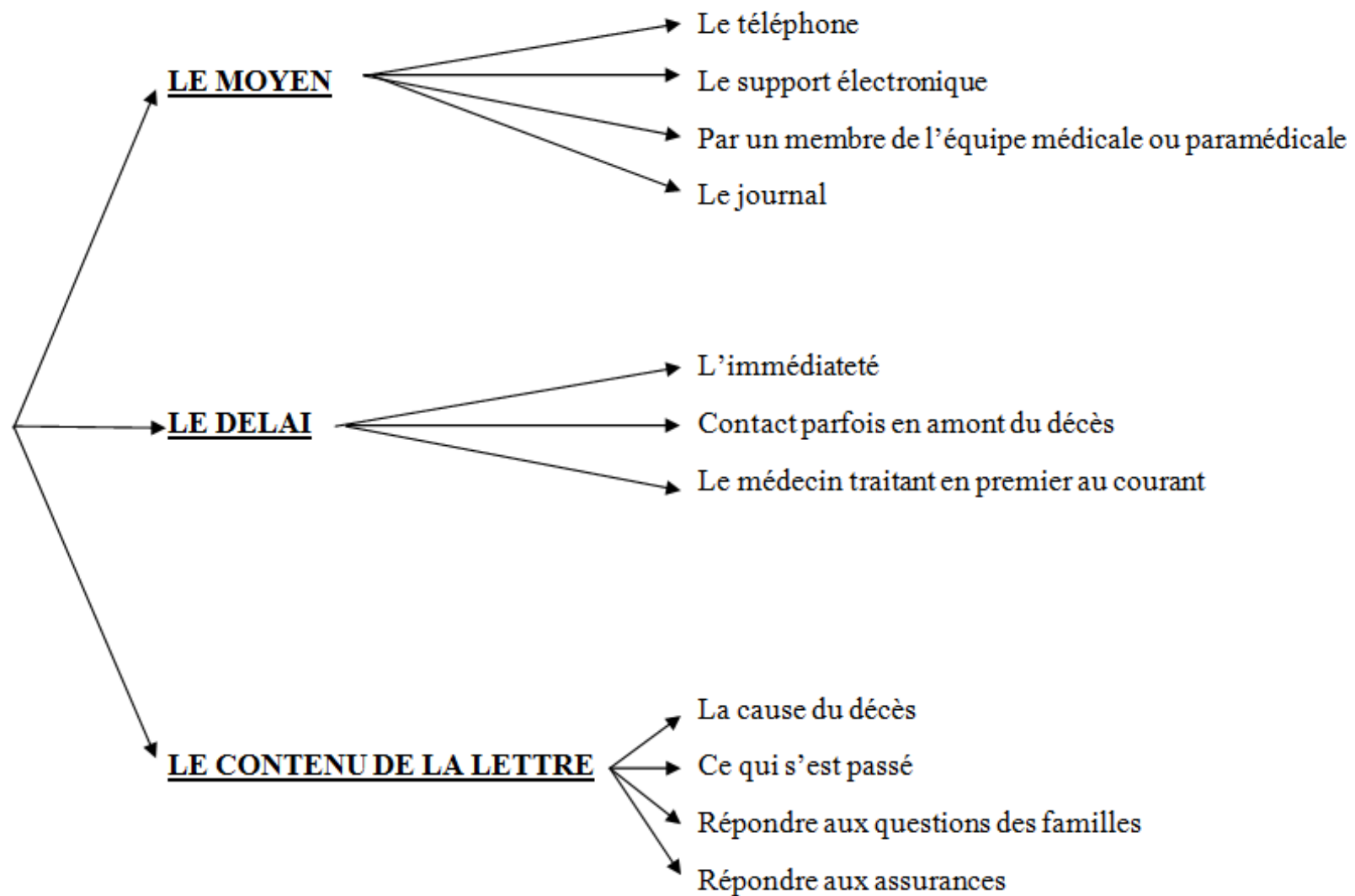
4.3.4 Répondre aux assurances

Le contenu de la lettre de liaison de décès doit permettre de remplir certains certificats demandés par les **assurances**

G : « Des fois les familles viennent nous voir pour remplir des certificats. Par exemple un suicide, décès par maladie... Quand il y a des dossiers à remplir pour l'assurance... »

8 : « Parfois il faut pouvoir répondre aux assurances... »

LE CAS DU DECES



DISCUSSION

I) FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

1) FORCES DE L'ETUDE

1.1 LIEES A LA METHODE

La méthode qualitative est un point fort de cette étude pour répondre à une question sur le vécu et sur le ressenti des médecins généralistes.

Cette méthode permet d'explorer les expériences personnelles des médecins généralistes, leurs pratiques et de mieux comprendre leur raisonnement.

Cette méthode a pour avantage de multiplier les opinions, réactions et différences de points de vue grâce à la dynamique du groupe qu'elle crée. Chaque participant enrichit le débat de ses propres idées et incite les autres à s'exprimer, à argumenter et à apporter des éléments nouveaux à la discussion.

Les contradictions et les avis divergents permettent d'approfondir les points importants et de faire ressortir les différences de pratiques et d'opinions.

L'analyse qualitative permet également de limiter le biais de suggestion comme pourraient le faire les questionnaires des études quantitatives.

Sur le plan pratique, il s'agit d'une méthode d'analyse facile à mettre en œuvre puisque les candidats ne doivent pas répondre à des critères de représentativité de la population étudiée.

Il existe peu d'études qualitatives dans la littérature, la plupart des études réalisées sur cette thématique sont quantitatives.

1.2 UN ECHANTILLON RICHE

La composition homogène des groupes a permis de surseoir à un éventuel effet «hiérarchique», délétère pour la réflexion collective.

L'expérience du modérateur du 1^{er} focus groupe a permis de limiter la monopolisation de la parole par d'éventuels « leaders » et a favorisé l'expression des plus introvertis. Chacun a pu à tour de rôle s'exprimer et défendre ses opinions.

De surcroît, ces médecins généralistes étaient pour la plupart habitués aux groupes d'échange de pratiques ou se connaissaient antérieurement, ce qui a favorisé un échange confraternel et chaleureux, particulièrement tangible dans le deuxième focus groupe.

La réalisation d'un focus groupe en milieu plutôt urbain et d'un second en zone rurale a permis de confronter les attentes de ces deux modes d'exercice.

La richesse et la variété des médecins de notre échantillon confèrent une certaine solidité à cette étude. Cela nous assure d'avoir des points de vue multiples représentant différentes façons de travailler.

Nous avons réussi à avoir des participants ayant des pratiques différentes, venant de territoires variés (semi rural, urbain, proches du CH, éloignés du CH), avec une expérience plus ou moins ancienne (ancienneté d'installation allant de 1 à 36 ans), des âges très éloignés (de 30 à 66 ans), avec des modes d'exercices différents (avec une nette majorité exerçant en cabinet de groupe) et des deux sexes (70% d'hommes et 30% de femmes).

Le deuxième focus groupe présentait un intérêt majeur : ces médecins, du fait de leur localisation géographique, avaient des correspondants médicaux hospitaliers beaucoup plus diversifiés que les participants du 1^{er} focus groupe. Ces médecins avaient une plus grande expérience des diverses Lettres de Liaison de Sortie d'Hospitalisation existantes selon les habitudes des différents établissements hospitaliers et leurs outils informatiques.

1.3 L'ORIGINALITE DU SUJET

Des nombreux travaux se sont déjà intéressés à l'avis des médecins généralistes au sujet des comptes-rendus d'hospitalisation, mais peu ont été réalisés dans les suites des modifications de recommandations de l'HAS [10] puis sur la mise en place de la lettre de liaison qui est encore récente.

En pratique, il existe à ce jour peu de données disponibles concernant le ressenti et les attentes des médecins généralistes sur ces lettres de liaison de sortie d'hospitalisation telles qu'elles ont été définies par le décret du 20 juillet 2016. Les dernières études concernent les comptes-rendus d'hospitalisation ou l'élaboration de projets de lettre de liaison, non évaluées a posteriori.

1.4 LA TRIANGULATION DE L'ANALYSE

La triangulation de l'analyse a renforcé la validité des données. La triangulation possède plusieurs avantages :

- le second chercheur n'avait aucun lien de près ou de loin avec les Lettres de Liaison de Sortie d'Hospitalisation et n'avait pas d'a priori sur les propos des médecins interrogés.
- lorsque des points de vue différents quant au codage ont été constatés, un consensus a été trouvé sur le codage final à retenir.
- le fait que les deux chercheurs aient le même avis sur le codage à retenir a permis de conforter l'auteur de la recherche dans sa démarche.

Ceci a permis de réduire au minimum la subjectivité propre à chacun lors du codage et de limiter le biais d'interprétation.

1.5 LA PROXIMITE CHERCHEUR – PARTICIPANTS – OBJECTIF DE RECHERCHE

Le fait d'avoir un objectif de recherche visant à faciliter le travail des participants et à intensifier leurs liens avec l'hôpital a représenté un net avantage.

Cet avantage s'est trouvé renforcé par l'expérience du chercheur de la médecine libérale qui conforte sa légitimité dans la réalisation de ce travail de recherche et la portée potentielle des résultats.

1.6 LA TRANSCRIPTION

La transcription mot à mot des données enregistrées a évité une déperdition des données. Au cours des focus groupes il n'y a eu aucun problème technique, donc aucune intervention oubliée.

2) FAIBLESSES DE L'ETUDE

2.1 LIEES A LA METHODE DU FOCUS GROUPE

Un effet d'entraînement de groupe peut créer une dynamique bloquante pour certaines personnes à cause de la timidité ou d'une gêne à prendre la parole en public. Cela provoque un lissage des informations avec un potentiel effet de censure.

Les participants peuvent rester dans des idées considérées comme « socio-culturellement correctes » avec une volonté de rester confraternels et déontologiques vis-à-vis du chercheur.

D'autre part, l'analyse des données est longue et les résultats d'une étude par focus groupe ne peuvent pas être généralisés ni utilisés pour un consensus car le groupe n'a pas été constitué dans un but de représentativité d'une population source.

Les résultats peuvent être utilisés secondairement pour l'élaboration du questionnaire d'une enquête quantitative sur un échantillon représentatif.

2.2 LIEES AUX PARTICIPANTS

L'échantillon était raisonné donc non probabiliste ; la population sélectionnée répondait à l'ensemble des critères recherchés. Ce choix a été fait en partie par commodité pour s'assurer de la bonne participation des médecins lors de chaque focus groupe et d'une bonne cohésion de groupe.

Les participants aussi différents étaient-ils avaient un point commun : ils étaient volontaires, ce qui constitue un biais de recrutement.

Les focus groupes étaient réalisés le soir en semaine après la journée de travail ce qui demandait un effort important des participants.

Les médecins qui se sont rendus disponibles étaient très certainement plus sensibles aux problématiques de communication ville/hôpital et de coordination des soins.

La plupart des participants se connaissaient entre eux, travaillant au quotidien dans le même cabinet médical ou grâce à la Formation Médicale Continue (FMC). Le même lieu d'exercice et/ou la FMC peuvent uniformiser leur façon de penser.

Le caractère homogène des deux groupes constitués rend l'échantillon moins représentatif. Cependant dans cette méthodologie, il est admis une faible représentativité des participants, le focus groupe n'ayant pas pour objectif de déterminer la fréquence des perceptions mais l'existence même des perceptions.

Afin d'obtenir un maximum de participants, la thématique du travail a été présentée dès le recrutement de l'échantillon. Cela a pu amener les participants des focus groupes à réfléchir sur le sujet, en influençant peut-être leur comportement ou la spontanéité de paroles lors des entretiens.

L'avis des médecins généralistes remplaçants et spécialistes de ville n'a pas été pris en compte dans cette étude.

Même si le médecin généraliste reste le destinataire principal du document de sortie d'hospitalisation, les médecins généralistes remplaçants et d'autres médecins spécialistes peuvent également participer au réseau de soins primaires de la médecine de ville et à la continuité des soins. Il aurait également pu être intéressant d'avoir leur avis au sujet de ces documents de sortie.

2.3 LIEES AUX MODERATEURS

Le modérateur du 2^{ème} focus groupe connaissait la plupart des participants dans le cadre professionnel ; il est possible que sa présence ait influencé l'expression de certaines opinions.

Ayant lui-même travaillé personnellement sur l'élaboration de la Lettre de Liaison de Sortie d'Hospitalisation au Centre Hospitalier de Dax en 2017, il connaissait parfaitement les problématiques potentielles soulevées par cette thématique, étant directement impliqué.

Les interventions des modérateurs pendant les focus groupes avaient pour but de guider et dynamiser la discussion. Cependant, cela a pu induire, moduler des réponses ou non-réponses via des reformulations, questions directes ou intonations, plus particulièrement lors du 2^{ème} focus groupe.

Enfin, le modérateur du 2^{ème} focus groupe n'était pas expérimenté à la pratique du focus groupe ; sa présence en tant qu'observateur de la modération lors du 1^{er} focus groupe avait eu pour objectif de pallier ce manque d'expérience.

2.4 LIEES AU CHERCHEUR

En tant qu'observateur et auteur de ce travail, par mon statut d'ancien médecin généraliste remplaçant, exerçant désormais en milieu hospitalier et rédacteur de Lettres de Liaison de Sortie d'Hospitalisation, je n'étais pas neutre même si j'ai tenté d'être la plus objective possible dans le recueil, l'analyse et l'interprétation des données.

Mon absence d'expérience dans l'analyse qualitative rend certainement le traitement des données imparfait, malgré la triangulation de l'analyse.

2.5 SATURATION DES DONNEES

Malgré deux focus groupes et l'avis de 16 médecins généralistes, des idées nouvelles ont été développées lors du deuxième focus groupe avec l'apparition de nouveaux codes suggérant que le nombre de focus groupes était insuffisant. Nous sommes en revanche arrivés à saturation des thèmes et des sous-thèmes.

II) DISCUSSION DES RESULTATS

1) DISCUSSION DES RESULTATS AVEC LES DONNEES DE LA LITTERATURE

1.1 REPONDRE AUX BESOINS

1.1.1 Du médecin généraliste

Les médecins interrogés des deux focus groupes ont évoqué le rôle majeur du document de sortie d'hospitalisation dans leur pratique quotidienne pour assurer la **continuité et la cohérence des soins** des patients en sortie d'hospitalisation.

Détailler le plan de suivi du patient est un élément primordial de la Lettre de Liaison de Sortie d'Hospitalisation. C'est sans doute l'effet de la continuité des soins sur la réduction de la morbi-mortalité au décours d'une hospitalisation qui en fait un élément tant attendu par les médecins généralistes.

C'est une donnée largement retrouvée dans la littérature. [8, 33-36]

La lettre de liaison doit être un **outil de collaboration** entre les médecins hospitaliers et généralistes.

Les médecins interrogés ont insisté sur la nécessité d'avoir un discours unique entre la prise en charge hospitalière et ambulatoire pour paraître plus crédibles vis-à-vis des patients et rendre cohérente la prise en charge.

Les données de la littérature retrouvent l'absence de sentiment de collaboration entre généralistes et hospitaliers. Pourtant le Code de Déontologie stipule clairement cette nécessaire collaboration et le devoir pour les médecins hospitaliers d'associer le médecin traitant « aux décisions essentielles ». [37]

La discussion du deuxième focus groupe est fréquemment revenue sur la **dimension explicative et pédagogique** du document de sortie d'hospitalisation. Comprendre le raisonnement médical est essentiel pour eux et c'est ce qui leur manque dans la lettre de liaison actuelle : un cheminement logique. L'information, pour être efficace, doit expliquer le raisonnement médical et la démarche intellectuelle.

Ce **caractère formateur** des lettres de liaison avait déjà été retrouvé dans le travail qualitatif de Reboud [31] ; c'est une dimension en revanche non explorée par les différentes études quantitatives portant sur cette thématique.

La lettre de liaison de sortie d'hospitalisation doit être courte pour **pouvoir être lue rapidement** puisque les médecins en prennent le plus souvent connaissance face au patient et pour rendre possible une prise en charge immédiate. La notion d'une longueur de 1 à 2 pages est souvent revenue.

Les médecins ne se prononçaient pas en faveur d'une longueur maximale à ne pas dépasser pour le compte-rendu d'hospitalisation, sa longueur devant être adaptée à la situation.

Dans la méta-analyse de Clanet [38], la taille optimale d'un compte-rendu d'hospitalisation est évaluée à 4 ½ pages; dans l'étude de Seygo-Saunier [35], aucun compte-rendu n'était considéré trop long mais parfois trop court.

Dans l'étude de Van Walraven et Rokosh [39] la qualité diminue significativement quand la longueur du compte-rendu excède 2 pages.

L'HAS ne donne aucune directive concernant la longueur attendue de la lettre de liaison.

De façon rationnelle, il est souhaitable que les documents de sortie d'hospitalisation ne soient pas trop longs lorsque l'on connaît le temps consacré par les médecins généralistes à leur lecture : 3.5 minutes dans notre étude, 4.9 minutes pour les médecins interrogés par Reboud [31]. D'après Devaux [40], un médecin généraliste lit en moyenne 25 courriers en 12 minutes.

Dans les deux focus groupes, les médecins ont insisté sur la nécessité de **ne pas surcharger d'informations inutiles, exhaustivité ne rimant pas avec informations pertinentes**.

Ainsi, une lettre de liaison réunissant l'ensemble des critères de l'HAS n'est pas forcément lue si elle comporte une accumulation de données sans lien logique.

La mission de la lettre de liaison doit rester la transmission de l'information médicale au médecin traitant.

Même si la lettre de liaison remplit d'autres fonctions pour les établissements de santé, ses différentes missions doivent être remplies sans surcharger d'informations inutiles le médecin généraliste.

C'est ainsi qu'un médecin a fait mention de la cotation des actes, information dénuée de pertinence dans une lettre de liaison.

Cherchant à réaliser un document synthétique, Bansard [34] propose que certaines données soient notées dans le dossier médical hospitalier et exclues de la lettre de liaison.

Les médecins interrogés ont exprimé leur crainte d'avoir des courriers de plus en plus techniques par la **standardisation des courriers**.

Néanmoins, la standardisation des informations échangées a pour objectif de pallier le caractère peu homogène et généralement trop complexe des comptes-rendus d'hospitalisation, souvent reproché dans la littérature et par les médecins de cette étude.

Les données de la littérature suggèrent ainsi qu'une standardisation des documents de sortie procure des documents de meilleure qualité, plus complets, délivrés plus rapidement [8,38].

De plus, les médecins interrogés par Reboud [31] estimaient que l'uniformisation des documents de sortie aidait à trouver plus facilement l'information cherchée.

Un effort portant sur la **mise en page** de la lettre de liaison ou du compte-rendu d'hospitalisation lors de sa rédaction semble également être un élément important pour les médecins destinataires avec la mise en évidence des informations essentielles par l'utilisation d'une **typographie** adaptée.

Ces résultats sont cohérents avec plusieurs études récentes [31, 34, 36, 41, 42]

L'utilisation du **manuscrit** doit être abandonnée au profit d'un **support informatique**, le manuscrit générant une perte de temps et un risque de perte d'informations par son caractère fréquemment illisible.

Paradoxalement, l'HAS indique [43] qu'il n'y aurait aucune différence entre des comptes-rendus rédigés à la main et des compte-rendus de sortie électroniques par rapport à la sécurité et la qualité de ces documents.

L'idée d'avoir **accès aux données du dossier médical hospitalier** est revenue dans les deux groupes de notre étude. Les médecins souhaiteraient pouvoir accéder à tout moment à l'ensemble du dossier médical : cela leur permettrait de retrouver une information a posteriori en cas de récurrence ou de tout autre problème et d'éviter la redondance d'examens.

Disposer de l'ensemble des examens paracliniques fait régulièrement débat dans la littérature : les médecins attendent des résultats pertinents et utiles pour la prise en charge immédiate dans la lettre de liaison. En revanche ils souhaitent avoir l'ensemble des résultats normaux et anormaux dans le compte-rendu d'hospitalisation sauf s'ils peuvent avoir accès à l'information par un autre moyen comme suggéré ci-dessus ou par le biais du DMP.

Certains résultats fournis par notre étude n'ont pas été retrouvés dans la littérature.

Il s'agit de l'importance pour les médecins interrogés d'avoir **l'information en premier** pour pouvoir **anticiper** la prise en charge.

Un médecin du premier focus groupe l'a indiqué : recevoir le jour-même de la sortie par messagerie sécurisée une lettre de liaison résumant le séjour et informant que le patient a regagné son domicile peut permettre au médecin traitant de prendre l'initiative d'une visite à domicile précocement, notamment pour les patients à haut risque de réhospitalisation.

Le **droit de regard** du médecin généraliste sur le courrier rédigé par le médecin hospitalier se justifie par la crainte d'une éventuelle mise en cause du médecin généraliste par des informations erronées, portées directement à la connaissance du patient puisque la lettre de liaison lui est remise en main propre. Les médecins interrogés craignent une perte de crédibilité et de confiance des patients à leur égard.

1.1.2 Du médecin hospitalier

De façon plus surprenante, les participants ont abordé l'apport des documents de sortie d'hospitalisation du point de vue du médecin hospitalier, donnée non retrouvée dans la littérature.

Le statut de médecin hospitalier du modérateur du 2^{ème} focus groupe et de l'observateur expliquent certainement en partie cet intérêt pour les médecins hospitaliers.

Les médecins des deux focus groupes ont souligné l'intérêt du compte-rendu d'hospitalisation pour la **relecture et la possibilité d'approfondir** certains dossiers, l'utilité pour la constitution du **dossier médical** notamment en cas de réhospitalisation ultérieure et la collaboration avec les médecins généralistes.

Il ne faut pas non plus méconnaître que les documents de sortie d'hospitalisation sont une sorte de « vitrine » de l'hôpital auprès des médecins généralistes, ces documents donnant une image de la qualité et de la pertinence des soins apportés au patient lors de son séjour à l'hôpital.

Certains auteurs [3] font même l'analogie de la relation médecin généraliste-hôpital avec la relation-client et le sérieux d'un confrère pourrait être remis en question sur la base de la qualité d'une lettre de liaison ou d'un compte-rendu d'hospitalisation.

Le compte-rendu d'hospitalisation et les autres documents de sortie seraient l'un des principaux critères d'évaluation de la considération ressentie par les médecins généralistes ambulatoires : un CRH soigné donnerait l'impression d'une meilleure attention des médecins hospitaliers à l'égard des demandes de leurs confrères et consœurs ambulatoires.

Par ailleurs, même si cela n'a pas été abordé par les médecins de notre étude, la lettre de liaison, au-delà de transmettre l'information médicale, assure d'autres missions.

Une de ses fonctions est la rémunération des établissements de santé depuis l'instauration de la tarification à l'activité (T2A).

Les actes effectués, les antécédents et l'évolution permettent le codage des diagnostics associés significatifs (DAS) par les Départements d'Information Médicale (DIM). Ces derniers ont besoin d'éléments fiables, contenus pour partie dans les lettres de liaison, pour valoriser financièrement les séjours hospitaliers, sans avoir à perdre du temps pour obtenir des précisions ou rechercher des données dans des dossiers auprès des médecins.

La lettre de liaison sert également à l'analyse épidémiologique et la recherche clinique. Disposer d'une lettre de liaison exhaustive et du codage ad hoc permettent de pratiquer une analyse épidémiologique et sert également les intérêts de la recherche clinique.

La lettre de liaison s'avère être un élément vital au système de soins. La produire dans les délais, pour la remettre au patient à sa sortie d'hospitalisation avec toute la qualité requise est un défi pour les établissements de santé.

1.1.3 Du patient

Les médecins de notre étude l'ont souligné, la lettre de liaison répond à une **évolution de notre système de santé**.

Les patients sont de plus en plus acteurs et impliqués dans leur prise en charge, à la recherche d'informations sur leur état de santé.

C'est une des volontés de la Haute Autorité de Santé par le biais de la lettre de liaison : impliquer le patient dans sa prise en charge avec un accès facilité aux données médicales concernant son état de santé.

1.2 LA NECESSITE DE DEUX DOCUMENTS

Les médecins généralistes interrogés considèrent que la lettre de liaison de sortie d'hospitalisation et le compte-rendu d'hospitalisation sont des **documents complémentaires** et n'envisagent pas la création d'un document unique.

Cette donnée conforte les hypothèses et propositions émises par l'étude de Clanet [38] dans sa revue systématique de la littérature : la création de deux documents distincts de sortie d'hospitalisation, la lettre de liaison et le compte-rendu d'hospitalisation, répondant aux attentes des médecins français et étrangers. [8, 42]

Les médecins de notre étude concèdent qu'une lettre de liaison de sortie d'hospitalisation unique pourrait être créée dans les cas « simples » mais qui ne représentent pas la majorité des situations, notamment dans les services de médecine accueillant les plus souvent des patients âgés et poly-pathologiques.

L'analyse des textes et travaux parlementaires relatifs à la loi de modernisation de notre système de santé révèle que la lettre de liaison de sortie d'hospitalisation et le compte-rendu d'hospitalisation coexistent : la notion de « compte-rendu d'hospitalisation » demeure inscrite dans la loi.

Les travaux parlementaires évoquent la remise au patient d'un document lors de la sortie de l'établissement de santé « *distinct du compte-rendu d'hospitalisation* ». [43]

Dans l'esprit du législateur, la lettre de liaison peut même « être complétée dans un second temps et si besoin par l'envoi du CRH (résultats d'examens disponibles après la sortie du patient...) ». [44]

L'abord de ce sujet par la Haute Autorité de Santé est un peu différent : son référentiel des informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité des soins en sortie d'hospitalisation de 2014 évoque indifféremment le compte-rendu d'hospitalisation, la lettre rédigée à l'occasion de la sortie, la lettre ou le document de liaison ou le courrier de fin d'hospitalisation.

Pour la Haute Autorité de Santé, peu importe la dénomination retenue. En revanche, le document remis au patient à la sortie d'une hospitalisation et adressé aux professionnels de santé amenés à le prendre en charge en aval du séjour doit respecter certaines garanties de qualité et de sécurité des soins. Il doit comporter l'intégralité des informations prévues par les dispositions du décret du 20 juillet 2016.

Il revient donc aux établissements de santé de concevoir leur(s) document(s) de sortie d'hospitalisation et d'envisager ou non la création d'un document unique.

Il n'existe à ce jour aucun frein législatif pour le Centre Hospitalier de Dax de poursuivre la rédaction de deux documents de sortie d'hospitalisation.

Le **contenu attendu** de ces documents est assez consensuel.

Les médecins de notre étude sont en attente d'une **lettre de liaison de sortie concise** apportant tous les éléments importants utiles à la prise en charge immédiate du patient en sortie d'hospitalisation.

Cette lettre de liaison doit préciser le motif d'hospitalisation, le diagnostic posé, répondre à la problématique du médecin qui a adressé le patient, renseigner sur les principaux résultats anormaux, les modifications de traitement et la justification de ces modifications, les éléments de surveillance, les rendez-vous éventuels et une conduite à tenir. Elle doit permettre une immédiateté de la prise en charge du patient et s'oppose sur de nombreux points au compte-rendu d'hospitalisation.

Disposer des modifications de traitement et leur justification dans la lettre de liaison est primordial pour les médecins de notre étude ; cela corrobore les résultats des récentes études de De Jerphanion et de Masselin [36, 46].

Le défaut d'information dans cette rubrique est la première source d'effets indésirables et de réadmissions évitables.

De plus, il est probable que les médecins généralistes poursuivent davantage les modifications thérapeutiques s'ils en comprennent la logique.

La méta-analyse de Clanet [38] montrait que les rubriques recherchées par les médecins généralistes sont par ordre d'importance : le traitement de sortie, le diagnostic principal, les suites à donner en terme de prise en charge diagnostique ou thérapeutique et le motif d'admission.

Ces rubriques sont également jugées utiles dans les études menées en 2004 à Poitiers [42], en 2012 à Rouen [35] et en 2014 à Toulouse [47].

Ces mêmes rubriques sont celles que l'on retrouve dans les recommandations de l'HAS [13] et en partie dans la nouvelle loi de 2016 sur la LLSH (motif d'hospitalisation, synthèse médicale du séjour, événements indésirables, traitements de sortie, suites à donner).

Le **compte-rendu d'hospitalisation doit être exhaustif** et expliciter le raisonnement médical. Il pourra être réutilisé a posteriori par le médecin en cas de survenue d'un nouvel événement médical et éviter la redondance d'examens. Son caractère exhaustif n'est pas adapté pour répondre de façon immédiate aux patients. Outre les informations contenues dans la lettre de liaison, le compte-rendu d'hospitalisation doit renseigner le médecin généraliste sur les diagnostics différentiels, l'ensemble des examens normaux et anormaux y compris l'examen clinique.

La mention des antécédents peut être utile pour permettre aux généralistes de mettre à jour leur dossier médical ou comprendre certaines modifications thérapeutiques directement liées aux antécédents. L'importance accordée par les médecins à cette rubrique est corroborée par d'autres études [33-35]

La mention de certains éléments de vie (statut marital, profession, personne de confiance...) est jugée utile par les médecins interrogés, ces informations n'étant pas toujours portées à leur connaissance.

1.3 LA TRANSMISSION DES INFORMATIONS

La **rapidité de transmission** de la lettre de liaison de sortie d'hospitalisation est indispensable pour assurer la continuité des soins du patient en sortie d'hospitalisation pour les médecins interrogés.

Cette rapidité de transmission est une des principales attentes des généralistes, avant le contenu [8, 40, 46, 48].

Dans le travail de P. Reboud [31], les médecins insistent sur la nécessité absolue de disposer du document de sortie dès la première consultation post-hospitalisation pour la poursuite de la prise en charge.

La revue de la littérature de Clanet [38] indique que plus de deux tiers des médecins généralistes ne disposaient pas du document de sortie ou du compte-rendu d'hospitalisation suivant la sortie d'hospitalisation.

Le délai entre la sortie d'hospitalisation et la première consultation chez le médecin traitant est de 2 jours pour 22% des patients, entre 2 et 7 jours pour 52% des patients [38] justifiant la nécessité pour les médecins généralistes d'avoir l'information très rapidement.

Le **support** de la lettre de liaison doit être **multiple**.

La **messagerie sécurisée** a été largement plébiscitée par les deux focus groupes pour sa rapidité de transmission et son gain de temps pour l'archivage.

Le **support papier** doit parallèlement être conservé pour les patients non connus par le médecin et sa commodité d'utilisation en dehors du cabinet médical (visite à domicile ou en EHPAD). Enfin, il reste indispensable pour les médecins réfractaires à l'utilisation de l'outil informatique même s'ils sont de moins en moins nombreux.

Les récentes études de Guillet [41], Ortega [49] et De Jerphanion [36] semblent confirmer cette préférence pour la lettre dématérialisée : la voie électronique est à privilégier pour 79.6% les médecins traitants face à la voie postale (20.4%) [41].

C'est davantage que dans des études antérieures où la messagerie sécurisée n'était désirée que par 30 à 60% des médecins [3, 42]. Cette différence s'explique certainement par l'informatisation croissante des cabinets médicaux ces dernières années.

On peut imaginer que le nombre de médecins désirant utiliser ce mode de transmission augmentera dans les années à venir.

La messagerie sécurisée est le mode de transmission suggéré par le Code de la Santé Publique et l'HAS. [13, 16]

La transmission de la lettre de liaison **par l'intermédiaire du patient est peu plébiscitée** par les médecins de notre étude, de façon comparable aux travaux de Reboud [31] et De Jerphanion [36].

En pratique, l'indicateur qualité de la lettre de liaison à la sortie en 2018 précisait que la lettre de liaison de sortie d'hospitalisation n'était remise au patient qu'une fois sur quatre [50].

Les médecins de notre étude ont insisté sur la nécessité d'accompagner la lettre de liaison remise au patient **d'explications** pour **éviter une interprétation erronée** et potentiellement source d'anxiété pour les patients.

Les **difficultés de respect de la confidentialité** des informations médicales transmises directement au patient ont été soulevées.

La lettre de liaison remise directement au patient pose particulièrement question chez les patients atteints de troubles cognitifs.

De façon légitime, les médecins de notre étude craignent une **autocensure des médecins hospitaliers** dans le contenu des lettres de liaison et à juste titre un des médecins du deuxième focus groupe indiquait que *« la deuxième lettre qui permet véritablement de s'épancher et d'avoir une vraie communication entre deux médecins est une lettre qui est personnelle et qui n'est pas faite pour être lue par le patient, c'est complètement autre chose. »*

Il paraît par exemple difficile d'imaginer pour un médecin hospitalier d'évoquer des éléments pronostiques sombres au sujet d'un patient à un confrère généraliste dans une lettre de liaison remise en main propre au principal intéressé.

1.4 LE CAS DU DECES

Le cas du décès est un des points forts de l'étude car il n'est classiquement pas abordé dans la recherche sur les lettres de liaison de sortie d'hospitalisation.

Cette thématique n'a pas fait débat : il transparaît clairement dans les deux focus groupes la consternation d'apprendre le décès d'un de leur patient par le biais du journal local ou la rumeur et la **carence de communication autour du décès**.

Dans l'étude de Guillet [41], 94.9% des médecins interrogés rapportaient avoir déjà été confrontés au décès d'un de leurs patients et en avoir été informés par la famille avant l'hôpital.

Pour les médecins généralistes de notre étude, il est primordial **d'avoir l'information du décès rapidement** comme les 94.6% médecins de cette même étude.

Comparativement à l'étude de Reboud [31], les résultats de notre étude indiquent que cette information doit passer par deux voies : le **téléphone et la messagerie sécurisée**.

De plus, cette information peut être communiquée **par tout membre de l'équipe** médicale ou paramédicale.

Dans un deuxième temps, ils attendent d'avoir une lettre explicitant **ce qui s'est passé et la cause du décès** ; les informations attendues dans cette lettre ne sont pas aussi exhaustives que celles d'une hospitalisation classique.

Cette lettre doit leur permettre de **répondre aux questions des familles, apaiser des tensions** et éviter dans certains cas des conflits avec l'hôpital.

Comme l'a souligné un médecin du 2^{ème} focus groupe, « *l'important c'est la prise en charge de ceux qui restent* ».

Il n'existe pas de texte législatif précis concernant le cas du décès qui reste pourtant un événement majeur de l'hospitalisation.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) recommande néanmoins dans ses commentaires au Code de Déontologie de prévenir téléphoniquement le médecin traitant du décès d'un de ses patients. [37]

2) PROPOSITIONS DE PISTES D'AMELIORATION DE LA LLSH AU CENTRE HOSPITALIER DE DAX

A la lumière des résultats de ce travail, on pourrait proposer quelques pistes d'amélioration des Lettres de Liaison de Sortie d'Hospitalisation correspondant mieux aux attentes des médecins généralistes correspondants du Centre Hospitalier de Dax :

- Une saisie informatique de la LLSH et l'abandon du manuscrit. Cela permettra de moduler la longueur du courrier à la situation. La saisie informatique évitera également la perte de temps et les difficultés de compréhension des manuscrits illisibles.
- La poursuite de la remise en main propre de la LLSH au patient en sortie d'hospitalisation par un membre de l'équipe médicale ou paramédicale pour continuer de répondre aux exigences de l'HAS.
- La LLSH devra, dans l'idéal, être expliquée au patient par son rédacteur pour éviter d'éventuels malentendus. Le manque de temps, soulevé par les médecins interrogés, restera le principal frein à cette mesure.
- De façon concomitante à la sortie d'hospitalisation du patient, l'envoi par messagerie sécurisée de la LLSH informatisée.
Le Centre Hospitalier de Dax n'est actuellement pas en conformité avec le référentiel de l'HAS puisque la LLSH n'est communiquée au médecin traitant que par le biais du patient et le médecin n'est pas directement destinataire de la LLSH (contrairement au CRH).
L'utilisation de la messagerie sécurisée et la dématérialisation est une demande forte des médecins généralistes, retrouvée dans les deux focus groupes mais aussi dans les travaux menés sur le sujet ces dernières années.
- La création d'un document unique dans les situations jugées simples par le médecin hospitalier est envisageable, en faisant apparaître au médecin destinataire qu'il n'y aura pas de document complémentaire. Ce document unique permettra au médecin hospitalier d'avoir plus de temps à consacrer à la rédaction élaborée de comptes-rendus d'hospitalisation pour des situations complexes. Cela permettra également de soulager les secrétariats de certains courriers et peut-être de réduire les retards de saisie et les délais d'acheminement des comptes-rendus d'hospitalisation.

- La création d'un document unique dans les situations jugées complexes ne paraît pas raisonnable et envisageable : la LLSH actuelle permet d'assurer la prise en charge immédiate mais est inadaptée dans les situations complexes et pour la prise en charge à moyen et long terme des patients. Il paraît donc souhaitable de maintenir deux documents de sortie d'hospitalisation pour toutes les situations complexes (tout particulièrement dans les services de médecine) ; le critère de complexité d'un dossier sera laissé à l'appréciation du médecin hospitalier.
- Réduire l'hétérogénéité des lettres de liaison de sortie d'hospitalisation constatée entre les rédacteurs et les services en respectant une certaine standardisation.
- Redéfinir l'intitulé « motif d'hospitalisation ». Séparer le « motif d'hospitalisation » et la « synthèse médicale du séjour » qui sont source de confusion pour les médecins hospitaliers et les médecins généralistes.
- Etre vigilant sur la bonne identification du rédacteur de la LLSH ; la saisie informatique devrait permettre de rectifier ce problème.
- Supprimer les intitulés type « QCM » qui permettent de répondre aux critères qualité de l'HAS mais en aucun cas ne renseignent qualitativement le médecin généraliste destinataire. A défaut laisser une section « commentaires » pour expliciter le propos (par exemple rapporter quel a été l'événement indésirable survenu pendant l'hospitalisation).
- Généraliser l'appel téléphonique systématique du médecin traitant en cas de décès d'un patient.
De façon concomitante, un message informant le médecin traitant du décès et de sa cause doit être envoyé par messagerie sécurisée. Le certificat de décès est déjà complété et envoyé par voie électronique ; il ne paraît pas difficile d'imaginer que l'information pourrait parvenir au médecin traitant sans manipulation supplémentaire du médecin hospitalier.

Ces différentes mesures devraient permettre de remplir les objectifs de la LLSH telle qu'elle a été créée: améliorer la coordination hôpital-ville, sécuriser la prise en charge des patients en sortie d'hospitalisation, diminuer les réhospitalisations précoces, le risque iatrogénique et renforcer la collaboration hôpital-ville. Parallèlement, ces pistes d'amélioration devraient permettre d'être au plus près des besoins des médecins généralistes correspondants du Centre Hospitalier de Dax.

CONCLUSION

L'échange d'informations médicales entre professionnels de soins du secteur ambulatoire et hospitalier à l'occasion de l'hospitalisation d'un patient est un gage déterminant pour une prise en charge coordonnée et sécurisée tout au long du parcours de soins. De plus, l'information du patient le jour-même de sa sortie permet de l'associer à la continuité et à la sécurité de sa prise en charge (en particulier si des dispositions sont à assurer par le patient au retour à son domicile).

Cette information passe par la Lettre de Liaison de Sortie d'Hospitalisation, véritable trait d'union entre les soins en établissement et les soins de ville.

Cette Lettre de Liaison de Sortie d'Hospitalisation permet aussi, comme ce travail le démontre, de rendre le médecin généraliste acteur de la prise en charge du patient en sortie d'hospitalisation, par la précocité de la transmission de l'information et de lui donner pleinement son rôle de chef d'orchestre des soins.

La mise en place d'un DMP efficient permettrait de constituer un relais sécurisé et immédiat de cette lettre de liaison et pourrait permettre de regrouper les différentes attentes des médecins généralistes : immédiateté de l'information, accès à des données exhaustives si la situation le nécessite, sécurisation des données pour préserver le secret médical, centralisation des informations.

Il reste maintenant à le rendre pleinement opérationnel pour qu'il devienne, en complément de la Lettre de Liaison de Sortie d'Hospitalisation, un outil efficace dans l'amélioration de la continuité des soins et la communication entre médecins hospitaliers et médecins généralistes.

Il faudra rester vigilant pour que les praticiens hospitaliers ne deviennent pas des techniciens et laisser transparaître le raisonnement médical, essentiel pour les médecins généralistes que nous avons interrogés.

L'amélioration de la qualité de la lettre de liaison de sortie d'hospitalisation devrait aboutir à une meilleure transmission de l'information à la sortie de l'hôpital. Cependant la qualité du document de sortie d'hospitalisation ne suffit pas toujours à garantir la continuité des soins. L'HAS recommande, pour les cas complexes, qu'un professionnel de santé coordonne l'organisation de la sortie d'hospitalisation

Dans le prolongement de cette étude et en miroir, il serait intéressant d'interroger les praticiens hospitaliers pour connaître leur ressenti sur ces lettres de sortie d'hospitalisation, identifier les éléments qui leur paraissent importants à transmettre à leurs confrères généralistes, les préoccupations n'étant certainement pas les mêmes qu'en ambulatoire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Jaffré 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: EHESP; 2012.
2. Thomas C. Qualité de la communication entre médecins généralistes et hospitaliers à propos des traitements médicamenteux, lors de l'hospitalisation d'un patient. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2011.
3. François P, Boussat B, Fourny M, Seigneurin A. Qualité des services rendus par un centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes. Santé Publique. 2014;26(2):189-97.
4. Makeham MA, Mira M, Kidd MR. Lessons from the TAPS study - communication failures between hospitals and general practices. AustFam Physician. 2008;37(9):735-6.
5. Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. Ann Intern Med. 2003;138(3):161-7.
6. Perrillat-Amede S. 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 de médecine, Grenoble: Université Joseph Fourier; 2008.
7. Haute Autorité de Santé. Comment réduire le risque de ré-hospitalisations évitables des personnes âgées ? [Internet]. Juin 2013 [Cité le 14 juillet 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parours_rehospitalisations_evitables_vf.pdf
8. Kripalani S. et al. 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.
9. Hesselink G. et al. Quality and safety of hospital discharge: a study on experiences and perceptions of patients, relatives and care providers. Int J QualHealth Care. 2013;25(1):66-74.

10. ANAES. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Préparation de la sortie du patient hospitalisé. 2001; 72p. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/preparation_de_la_sortie_du_patient_hospitalise_guide_2001.pdf
11. Légifrance Art. 1112-2 CSP 2°a) modifié [Internet]. [Cité le 14 juillet 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006908160&dateTexte=&categorieLien=cid>
12. ANAES. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé: dossier du patient: amélioration de la qualité de la tenue et du contenu: réglementation et recommandations. 2003; 201 p. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier_du_patient_-_fascicule_1_reglementation_et_recommandations_-_2003.pdf
13. Haute Autorité de Santé. Document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24h [Internet]. Nov 2014 [Cité le 14 juillet 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1777678/fr/document-de-sortie-d-hospitalisation-superieure-a-24h
14. Assemblée Nationale. Projet de loi de modernisation de notre système de santé [Internet]. 2015 [Cité le 14 juillet 2019]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/ta/ta0505.asp>
15. Haute Autorité de Santé. Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » en MCO– mars 2019 [Internet]. [Cité le 14 juillet 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-01/fiche_descriptive_qls_mco_2019.pdf
16. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison (J.O. 22 juillet 2016) [Internet]. [Cité le 14 juillet 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032922482&categorieLien=id>
17. Ducreux J, Causse D. Guide-annuaire d'amélioration des relations entre médecine de ville et médecine hospitalière. Fédération hospitalière de France. Pôle organisation sanitaire et médico-sociale. 2007.
18. Hubert G. La circulation de l'information médicale: évaluation du lien complexe ville-hôpital. Thèse de médecine, Paris: Université Paris 13; 2006.

19. Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale: de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? Presse Med. 2009;38(10):1404-9.
20. François P, Boussat B, Fourny M, Seigneurin A. Qualité des services rendus par un Centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes. Santé Publique. 2014;26(2):189-97.
21. Augy T. Parcours complet d'une hospitalisation d'un patient gériatrique poly-pathologique: enquête épidémiologique et descriptive sur le point de vue des médecins généralistes. Thèse de médecine, Paris: Université Paris Descartes; 2013.
22. Reid R, Haggerty J, Mckendry R. Dissiper la confusion: concepts et mesures de la continuité des soins [Internet]. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002. [Cité le 14 juillet 2019]. Disponible sur: https://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_contcare_f.pdf
23. 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.
24. Mesteig M, Helbostad JL, Sletvold O, Røssstad T, Saltvedt I. Unwanted incidents during transition of geriatric patients from hospital to home: a prospective observational study. BMC HealthServRes. 2010 Jan 4;10:1.
25. Amalberti R. La sortie de l'hôpital: phase de transition à très haut risque. Le Concours Médical. 2012;134(8):651-53.
26. Haute Autorité de Santé. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé [Internet]. Février 2018 [Cité le 14 juillet 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf
27. Moreau A. S'approprier la méthode du focus group. La Revue du Praticien – Médecine Générale. 2004;18(645):382-384.
28. Aubin-Auger I. et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84:142-5
29. Baribeau C. L'analyse des données des entretiens de groupe. Recherche Qualitative. 2009;28(1):133-48.

30. Duchesne S. L'enquête et ses méthodes: l'entretien collectif. Paris: Ed Armand Colin; 2008.
31. Reboud P. Lettre de liaison de sortie d'hospitalisation: attentes des médecins généralistes du bassin carcassonnais en 2016. Thèse de médecine, Montpellier: Université de Montpellier; 2016.
32. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris : Ed Armand Colin; 2012.
33. O'Leary KJ, Liebovitz DM, Feinglass J, Liss DT, Baker DW. Outpatient physicians' satisfaction with discharge summaries and perceived need for an electronic discharge summary. J Hosp Med. 2006;1(5):317-20.
34. Bansard M, Clanet R, Raginel T. Proposition d'un contenu standardisé et raisonné pour les lettres de liaison et les comptes-rendus d'hospitalisation à destination du médecin traitant. Santé Publique. 2017;29(1):57-70.
35. Seygo-Saunier A, Briand-Capet C. Compte-rendu d'hospitalisation : évaluation selon la réglementation, point de vue des médecins généralistes Thèse de médecine, Rouen: Université de Rouen; 2012.
36. De Jerphanion C. Document de sortie d'hospitalisation de médecine gériatrique: attentes des médecins généralistes. Thèse de médecine, Lyon: Université de Lyon; 2018.
37. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [Cité le 14 juillet 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/rapport-medecins-membres-professions-sante-art-56-68-1/article-63-information>
38. Clanet R. Revue systématique sur les documents de sortie d'hospitalisation et les attentes des médecins généralistes. Santé Publique. 2015;27(5):701-11.
39. Van Walraven WC, Rokosh E. What is necessary for high quality discharge summaries? Am J Med Qual. 1999;14(4):160-9.
40. Devaux X. Evaluation par les médecins traitants de la qualité du compte-rendu d'hospitalisation en unité de soins aigus et de soins de suite et réadaptation en gériatrie au CHRU de Montpellier. Thèse de médecine, Montpellier : Université de Montpellier; 2013.

41. Guillet M. Document de sortie d'hospitalisation en médecine polyvalente : les attentes des médecins généralistes. Thèse de médecine, Nantes: Université de Nantes; 2018.
42. Bureau ML. 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 de médecine, Poitiers: Université de Poitiers; 2012.
43. Haute Autorité de Santé Document de sortie d'hospitalisation. Vers un format électronique. [Internet]. 2013 [Cité le 14 juillet 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/document_sortie_-_analyse_bibliographique.pdf
44. Légifrance. Etude d'impact du projet de loi relatif à la santé [Internet], 14 octobre 2014 [Cité le 14 juillet 2019] https://www.legifrance.gouv.fr/content/download/7221/101960/version/1/file/ei_s_ante_cm_15.10.2014.pdf
45. Rapport n°2673 fait au nom de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur le projet de loi relatif à la santé [Internet], 20 mars 2015 [Cité le 14 juillet 2019]. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rapports/r2673.asp>
46. Masselin C. Attentes des médecins généralistes du Douaisis sur les courriers de sortie d'hospitalisation du centre hospitalier de Douai. Thèse de médecine, Lille: Université de Lille; 2018.
47. Fabre L. Communication ville-hôpital : qu'attendent les médecins généralistes de Midi-Pyrénées ? Thèse de médecine, Toulouse : Université de Toulouse; 2014.
48. Alao O. La communication ville - hôpital: un modèle pour améliorer la continuité des soins. Dans: Les Cahiers du Numérique, volume 2. Lavoisier; 2001. p.37-55.
49. Ortega N. Audit de pratique sur la communication entre l'hôpital de Vienne et les médecins généralistes : étude évaluative. Thèse de médecine, Lyon: Université - Claude Bernard; 2017.
50. Haute Autorité de Santé. Qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé: résultats 2018 [Internet]. 10 décembre 2018 [Cité le 14 juillet 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-12/presse_dp_indicateurs_resultats_2018.pdf

ANNEXES

ANNEXE 1 : Indicateur de la Qualité et de la Sécurité des Soins « Qualité de la lettre de Liaison à la sortie » en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) défini en 2019 par la Haute Autorité de Santé [15]:

Les critères indispensables sont les suivants :

- Lettre de liaison à la sortie retrouvée ;
- Lettre de liaison à la sortie datée du jour de la sortie (il s'agit de la date de rédaction et non de la date d'envoi ou de remise de la lettre).

Si l'un de ces deux critères n'est pas rempli, le score total de l'indicateur QLS est égal à 0 et les autres critères ne sont pas recherchés.

Les critères médico-administratifs sont les suivants :

- Remise au patient de la lettre de liaison à la sortie ;
- Nom et coordonnées du médecin destinataire ;
- Identification du patient ;
- Date d'entrée et date de sortie ;
- Nom et coordonnées du signataire de la lettre de liaison ;

Les critères médicaux sont les suivants :

- Motif de l'hospitalisation ;
- Synthèse médicale du séjour ;
- Actes techniques et examens complémentaires ;
- Traitements médicamenteux à la sortie;
- Planification des soins.

Cet indicateur de qualité 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.

ANNEXE 2 : Une lettre de liaison de sortie d'hospitalisation d'un service de médecine au Centre Hospitalier de Dax



Centre Hospitalier de Dax Côte-d'Argent

Pôle de médecine

Service de Maladies infectieuses

et de lits identifiés en Soins Palliatifs

N° FINESS : 40 0 78019 3



Dr Yann Gérard
Infectiologue
e-mail : gerardy@ch-dax.fr
N° RPPS : 10002251147



Dr Katell André
Infectiologue
e-mail : andrek@ch-dax.fr
N° RPPS : 10100182053



Dr Laurence Caunègre
Praticien hospitalier
e-mail : caunegrel@ch-dax.fr
N° RPPS : 10002785037



Dr Francisco Osorio Perez
Praticien hospitalier
e-mail : osorioperezf@ch-dax.fr
N° RPPS : 10004387212



Dr Sanowber Khan
assistante des hôpitaux
e-mail : khans@ch-dax.fr
N° RPPS : 10101129269



Cadre de Santé
Marie-Christine Bercuingt
☎ 05 58 90 55 91
e-mail : bercuingtm@ch-dax.fr

Infirmières
☎ 05 58 91 49 72
Fax : 05 58 35 65 78

Infirmière Éducation Thérapeutique
Marie Pascale Mora
☎ 05 58 91 48 96
e-mail : morap@ch-dax.fr

Secrétaire médicale
Cathy Damestoy
☎ : 05 58 91 48 51
Fax : 05 58 91 39 51
e-mail : damestoyc@ch-dax.fr

Centre de vaccinations internationales
Conseils aux voyageurs
Prise de rendez-vous
☎ : 05 58 91 49 57

CeGIDD
Centre Gratuit d'Information de Dépistage
et Diagnostique des IST

CLAT
Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse
☎ : 05 58 57 92 60

Dr

Dax, le

Exemplaire remis au patient oui non

Hospitalisation du _____ au _____

Provenance :

Sortie :

Étiquette patient

Motif d'hospitalisation et/ou synthèse médicale de séjour

Résultats significatifs aux examens complémentaires

Traitements de sortie

Vous trouverez son traitement de sortie en pièce jointe.

Modifications thérapeutiques significatives du traitement habituel :

Médicament(s) arrêté(s)

Médicament(s) introduit(s)

Suite à donner (y compris volet médico-social)

Surveillance :

Rendez-vous ultérieur :

Autres éléments :

Patient(e) porteur/contact de BMR (ou BHRe)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Transfusion sanguine ou produits dérivés du sang	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Pose DMI (Dispositif Médical Implantable) pendant l'hospitalisation	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Événements indésirables survenus au cours de l'hospitalisation	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Vous recevrez, ultérieurement, un compte rendu de son hospitalisation.
En vous remerciant de votre confiance, bien confraternellement.

Dr

ANNEXE 3 : Guide d'entretien pour le focus groupe

Pour le modérateur : présenter en bref la méthode des focus groupes, ses buts et ses étapes

Focus groupe :

Entretien de groupe, groupe d'expression

Méthode d'investigation qualitative s'opposant aux méthodes quantitatives-questionnaire par exemple

Evalue des comportements et des opinions- attentes, besoins, satisfactions, motivations

Fait émerger des idées inattendues, nouvelles avant de les tester éventuellement par méthode quantitatives

Déroulement de la séance

Echanges libres qui explorent les différents points de vue des participants sur quelques sujets généraux

Chaque participant défend ses priorités, ses préférences, ses valeurs et son vécu

La discussion permet de préciser et clarifier les pensées

Il ne s'agit pas d'établir un consensus, toute opinion est prise en compte

En pratique

Rappeler l'accord de tous les participants pour enregistrer

Appel par le prénom, anonymat

Pas de téléphone portable

Respect de la parole de chacun, pas de jugement

Identifier les sujets leaders-à modérer et les silencieux-à faire parler

Rappeler aux participants de s'identifier par leur prénom avant de prendre la parole ou de les identifier

Présenter l'observateur et donner son rôle : observe et n'intervient pas

Durée approximative 1h30

Questionnaire semi-dirigé

1^{er} tour de table de présentation des participants: Nom, Prénom, lieu d'exercice, mode d'exercice, cabinet informatisé ou non

Question 1 : *ouverture* :

Lettres de liaison de sortie d'hospitalisation et comptes-rendus d'hospitalisation : pour vous, quelle(s) différence(s) ?

Question 2 : *contenu de la lettre de liaison (fond)*

Quelles informations attendez-vous dans la lettre de liaison de sortie d'hospitalisation ? A quelles questions doit-elle répondre ?

- Diagnostic
- Examen clinique
- Examens complémentaires
- Evolution et thérapeutiques
- Eléments de suivi et de surveillance
- Informations délivrées au patient

Certaines informations habituellement présentes dans les lettres de liaison de sortie d'hospitalisation vous semblent-elles inutiles ?

Question 3: *dans la forme: mode de transmission/délai de transmission de l'information/style de présentation de la lettre de liaison- mode de rédaction narratif ou synthétique ?longueur ?*

Sous quel support attendez-vous la lettre de liaison de sortie d'hospitalisation ? (courrier, e-mail, fax, ...) Lorsqu'elle est transmise via le patient, en disposez-vous ?

Comment présenter la lettre de liaison de sortie d'hospitalisation pour qu'elle vous aide dans votre pratique quotidienne ?

Comment faire ressortir les informations importantes ?

Y-a-t-il d'après vous une longueur maximale à ne pas dépasser ?

Question 4: *le cas du décès*

Lorsque le patient décède à l'hôpital attendez-vous le même compte-rendu ?

Question 5 : *clôture*

Y-a-t-il d'autres éléments qui vous paraissent importants et que nous n'avons pas abordés ?

ANNEXE 4 : Questionnaire quantitatif

QUESTIONNAIRE QUANTITATIF : caractéristiques des participants

I. Vous

- Sexe : M/F
- Age :
- Nombre d'années d'installation :
- Mode d'exercice : rural / semi rural / urbain
- Mode d'exercice : cabinet seul / groupe
- Etes-vous informatisé ? Si oui, utilisez-vous une messagerie sécurisée (type « Apicrypt® ») ?

II. Vos liens avec le Centre Hospitalier de Dax

- Distance d'exercice par rapport au Centre Hospitalier de Dax :

III. Votre approche des lettres de liaison de sortie d'hospitalisation

- A quel moment lisez-vous les lettres de liaison de sortie d'hospitalisation ?
- Combien de temps en moyenne consacrez-vous à une lettre de liaison de sortie d'hospitalisation ?
- Lisez-vous les lettres de liaison de sortie d'hospitalisation dans leur intégralité ?

O/N

- Que faites-vous des lettres de liaison de sortie d'hospitalisation que vous recevez par le biais des patients?

- Scanner
- Dans le dossier papier
- Poubelle
- Autre

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels 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 leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des 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 pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

Je n'entreprendrai rien qui 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.