



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Création d'une lettre de liaison destinée aux médecins généralistes
du patient ayant subi un accident vasculaire cérébral ischémique :
obtention d'un consensus par méthode Delphi.**

Présentée et soutenue publiquement le 27 mai 2025 à 18h
au Pôle Formation
par **Joséphine Luchier**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Luc DEFEBVRE

Assesseur :

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Manon SWIDERSKI

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

AIC	Accident ischémique constitué
AIT	Accident ischémique transitoire
ALD	Affection longue durée
AOD	Anticoagulants oraux directs
AOMI	Artériopathie oblitérante des membres inférieurs
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARAI	Antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II
ARM	Angiographie par résonance magnétique
ATCD	Antécédent
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVK	Antivitamines K
CRH	Compte-rendu hospitalier
DFG	Débit de filtration glomérulaire
DT2	Diabète de type 2
ECG	Electrocardiogramme
ESUS	Embolic stroke of undetermined significance
EDTSA	Echodoppler des troncs supra aortiques
ETT	Echocardiographie transthoracique
ETO	Echocardiographie transœsophagienne
FA	Fibrillation auriculaire
FOP	Foramen ovale perméable
HAD	Hospitalisation à domicile
HbA1c	Hémoglobine glyquée
HTA	Hypertension artérielle
IEC	Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
INR	International Normalized Ratio
IRM	Imagerie par résonance magnétique
LDLc	Low density lipoproteins cholesterol
LL	Lettre de liaison
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MG	Médecin généraliste
MPR	Médecine physique et de réadaptation
NFS	Numération de la formule sanguine
NIHSS	National Institutes of Health Stroke Scale
OMS	Organisation mondiale de la santé
SAOS	Syndrome d'apnée obstructive du sommeil
SAPL	Syndrome des antiphospholipides
SSR	Soins de suite et de rééducation
TEV	Thromboembolie veineuse
USINV	Unité de Soins Intensifs Neurovasculaire
UNV	Unité neurovasculaire

Table des matières

I.	Introduction	7
1.	Epidémiologie	7
2.	Définition de l'AVC	7
3.	Prise en charge aigue	8
a)	Généralités	8
b)	Traitement par thrombolyse et/ou par thrombectomie.....	8
c)	Traitement antithrombotique.....	8
d)	Traitement antihypertenseur	9
e)	Hospitalisation en USINV	9
4.	Diagnostic étiologique.....	10
a)	Principales étiologies des AIC	10
b)	Examens complémentaires à réaliser	10
5.	Orientation étiologique et prise en charge.....	12
a)	Cause athéromateuse.....	12
b)	Cause cardio-embolique.....	13
c)	Infarctus lacunaire.....	14
d)	Dissection artérielle cervicale	14
e)	Cause non identifiée.....	15
6.	Fin d'hospitalisation et préparation au retour à domicile.....	15
7.	Prévention secondaire	15
a)	Généralités	15
b)	Gestion des facteurs de risque.....	16
8.	Prise en charge en ville.....	19
a)	Généralités	19
b)	Consultations et examens complémentaires	19
c)	Aides	19
d)	Rééducation.....	21
9.	Rôle du MG.....	22
a)	Généralités	22
b)	Prévention primaire.....	22
c)	Prévention secondaire	23
d)	Prévention tertiaire.....	24
10.	Problématique	24
II.	Objectifs de l'étude	27
III.	Matériels et méthodes.....	28

1.	Type d'étude.....	28
2.	Recrutement des experts.....	30
3.	Déroulement de l'étude	31
4.	Traitement des données et analyse statistique.....	33
	a) Critère de jugement principal.....	33
	b) Critère de jugement secondaire.....	35
5.	Ethique et réglementation.....	36
IV.	Résultats	37
1.	Présentation générale des données	37
	a) Chronologie.....	37
	b) Echantillon d'experts	37
	c) Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon	38
2.	Premier tour.....	40
	a) Résultats généraux	40
	b) Analyse de la partie « envoi et mise en page de la LL ».....	41
	c) Analyse de la partie « items à intégrer dans la LL ».....	44
	d) Analyse de la partie « questions générales ».....	56
3.	Deuxième tour.....	57
	a) Résultats généraux	57
	b) Analyse de la partie « envoi et mise en page de la LL ».....	59
	c) Analyse de la partie « items à intégrer dans la LL ».....	60
	d) Analyse de la partie « questions générales ».....	66
4.	Critère de jugement secondaire	67
V.	Discussion	69
1.	Résultat principal.....	69
	a) Généralités	69
	b) Mode d'envoi et format	70
	c) Items à intégrer dans la LL	70
2.	Discussion de la méthode choisie.....	72
	a) Forces.....	72
	b) Limites	72
3.	Comparaison avec les données de la littérature	74
	a) Généralités	74
	b) Mode d'envoi et format	74
	c) Importance du détail des traitements et des examens complémentaires à réaliser	75
	d) Amélioration de la transmission des informations.....	76
4.	Perspectives.....	76

a) Manque de moyens à domicile	76
b) Mise en œuvre difficile et manque de moyens à l'hôpital	77
VI. Conclusion.....	79
VII. Bibliographie	80
VIII. Annexes.....	91

I. Introduction

1. Epidémiologie

L'accident ischémique constitué (AIC) qui constitue 80% des cas d'accident vasculaire cérébral (AVC), représente un enjeu majeur de santé publique en France avec un nombre significatif de cas et de nombreuses récurrences. Chaque année, environ 150 000 personnes (1) sont atteintes d'un AVC et cette prévalence est en hausse en raison de l'accroissement de la population et de son vieillissement. Le risque d'AVC double tous les dix ans après 55 ans d'âge. Il est la première cause de handicap moteur acquis de l'adulte, la première cause de mortalité pour les femmes et la deuxième pour les hommes après les cancers ; et la deuxième cause de troubles cognitifs majeurs après la maladie d'Alzheimer (2).

2. Définition de l'AVC

L'AVC se caractérise par la survenue brutale d'un déficit neurologique focal résultant de l'interruption brutale de la circulation sanguine au niveau d'une partie du cerveau (1). Le fonctionnement cérébral nécessite un apport sanguin constant en oxygène et en glucose. En raison de l'absence de réserve en ces deux éléments dans le cerveau, toute réduction aiguë du flux artériel cérébral entraîne une souffrance du parenchyme cérébral situé en aval de l'occlusion artérielle.

Le terme d'AVC regroupe l'ensemble des pathologies vasculaires cérébrales d'origine artérielle ou veineuse :

- les ischémies cérébrales artérielles (80 %) :
 - transitoires : l'accident ischémique transitoire (AIT),

- constituées : les infarctus cérébraux,
- les hémorragies cérébrales ou intraparenchymateuses (20 %),
- les thromboses veineuses cérébrales (rares).

3. Prise en charge aigue

a) Généralités

Tout déficit neurologique focal d'apparition brutale constitue une urgence absolue qui nécessite l'appel du 15. Le patient doit être admis dans un hôpital adapté aux prises en charge des urgences neurovasculaires c'est-à-dire disposant d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) et d'une unité de soins intensifs de neurovasculaire (USINV) (1).

L'examen de référence en cas de suspicion d'AVC est l'IRM cérébrale.

b) Traitement par thrombolyse et/ou par thrombectomie

Si l'AIC est confirmé et en absence de contre-indication, le patient peut bénéficier :

- d'un traitement par thrombolyse qui doit être administré par voie intraveineuse dans les quatre heures et demie suivant l'apparition des symptômes et dans certains cas particuliers, dans un délai plus allongé,
- d'un traitement par thrombectomie dans les six heures en cas d'occlusion proximale d'une artère intracrânienne et jusqu'à vingt-quatre heures dans certaines indications très particulières (1).

c) Traitement antithrombotique

Si l'AIC est de cause non cardio-embolique et que le patient n'a pas bénéficié d'un traitement par thrombolyse ou par thrombectomie, un traitement antiagrégant antiplaquettaire à dose

élevée de 160 à 300 mg par jour est mise en place immédiatement, permettant de limiter la récurrence sans augmenter le risque hémorragique (3).

Si la cause de l'AIC est cardio-embolique, une anticoagulation peut être introduite en dehors de toute contre-indication et en fonction du volume de l'AIC.

d) Traitement antihypertenseur

Le patient bénéficie également d'un traitement anti-hypertenseur avec un respect des chiffres tensionnels permettant une meilleure perfusion cérébrale.

L'objectif de la pression artérielle en phase aiguë de l'AIC est fixé :

- à moins de 185/110 mmHg si le patient a bénéficié d'un traitement par thrombolyse ou par thrombectomie,
- à moins de 220/120 mmHg dans le cas contraire (1).

e) Hospitalisation en USINV

Enfin, le patient sera hospitalisé en USINV pour des soins appropriés et une surveillance neurologique clinique à l'aide du score National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS). Les échelles en pathologie neurovasculaire permettent dès la phase aiguë de l'ischémie cérébrale d'avoir une idée pronostique de la morbi-mortalité, une évaluation fiable et reproductible du handicap et une répétition possible pour le suivi évolutif. Les principaux scores utilisés sont le NIHSS et le Rankin.

Après identification de l'AIC, le patient nécessite une évaluation étiologique pour comprendre le mécanisme de l'AIC, idéalement dans les quarante-huit heures après le début de l'évènement. Le but est d'adapter le traitement pour éviter la récurrence (4).

4. Diagnostic étiologique

a) Principales étiologies des AIC

Les causes les plus fréquentes d'AIC (5) sont :

- l'athérosclérose (dans 30 à 43% des cas),
- la maladie cardio-embolique (dans 20 à 31% des cas),
- l'hypertension artérielle (HTA) qui cause des petits infarctus profonds également appelés lacunes (dans 10 à 23% des cas).

Plus rarement, dans 2 à 11% des cas, les AIC sont de causes inhabituelles : des dissections des artères cervico-encéphaliques (les artères carotidiennes et vertébrales), des vasculopathies, des états d'hypercoagulabilité, des troubles hématologiques, des shunts vasculaires droite-gauche et des dissections aortiques.

Dans 25% des cas (6), les AIC sont de causes indéterminées ou cryptogéniques lorsqu'aucune cause n'est identifiée lors du bilan.

Parmi les AIC cryptogéniques, un sous-groupe est constitué d'AIC d'origine embolique de source indéterminée (ESUS), représentant 17 % de l'ensemble des AIC. Ces cas concernent généralement des patients plus jeunes, avec un taux de récurrence annuel de 4 à 5 % (7). Les cancers représentent 5 à 10 % des AIC d'origine embolique de source indéterminée (8).

b) Examens complémentaires à réaliser

- Recherche d'athérome

Le bilan étiologique à la recherche d'athérome inclut une angiographie par résonance magnétique (ARM) ou un angioscanner cérébral et un échodoppler des troncs supra-aortiques

(EDTSA) et transcranien à la recherche d'une sténose, de thromboses, d'une dissection ou de vasculopathies.

- Bilan cardiaque

Le bilan étiologique inclut également une évaluation cardiaque.

Elle se fait tout d'abord par la réalisation d'un électrocardiogramme (ECG) à la recherche d'un trouble du rythme et ensuite par une surveillance continue par télémétrie effectuée pendant les vingt-quatre à soixante-douze premières heures en USINV à la recherche d'une FA paroxystique.

Le bilan se poursuit par la réalisation d'une échocardiographie transthoracique (ETT) et dans certains cas d'une échocardiographie transœsophagienne (ETO).

Pour les ESUS, une surveillance cardiaque en ambulatoire est réalisée pendant des semaines voir des années via un Holter ECG longue durée ou un moniteur implantable Reveal (3, 9).

- Bilan biologique

Le bilan étiologique inclut également un bilan biologique. Celui-ci comprend classiquement les dosages de la numération de la formule sanguine (NFS), du bilan de coagulation, de la glycémie à jeun, de l'hémoglobine glyquée (HbA1c), de la fonction rénale, du profil lipidique et du bilan thyroïdien.

Un bilan de thrombophilie est parfois nécessaire notamment pour les patients présentant des antécédents (ATCDs) de thromboembolie veineuse (TEV) non provoquée, de TEV dans des zones atypiques, des ATCDs familiaux de TEV, ainsi que pour ceux ayant des récurrences thrombotiques fréquentes.

5. Orientation étiologique et prise en charge

Après la réalisation des examens complémentaires initiaux mentionnés ci-dessus, il est possible de s'orienter vers une étiologie précise et d'adapter sa prise en charge.

a) Cause athéromateuse

La cause athéromateuse est évoquée lorsqu'une sténose significative (supérieure à 50 %) d'une artère située en amont de l'infarctus cérébral est présente, accompagnée de facteurs de risque vasculaire.

La prise en charge correspond à celle des facteurs de risque vasculaire et un traitement antiagrégant plaquettaire est introduit avec quelques spécificités (3,10) :

- Sténose athéromateuse symptomatique de la carotide interne extracrânienne

L'endartériectomie carotidienne est recommandée chez les patients dans les quinze jours après l'infarctus cérébral en absence de contre-indication chirurgicale, avec une sténose athéromateuse symptomatique de la carotide interne comprise entre 70 et 99 % (critères NASCET). L'endartériectomie carotidienne peut être recommandée chez les patients avec une sténose carotidienne comprise entre 50 et 69 % en prenant en considération certaines caractéristiques du patient et de l'AIC.

- Sténose athéromateuse de l'artère vertébrale extracrânienne

Un traitement endovasculaire ou chirurgical, après concertation pluridisciplinaire, peut être considéré chez les patients présentant des récurrences d'infarctus cérébral imputables à une sténose de l'artère vertébrale malgré un traitement médical maximal.

- Sténose athéromateuse intracrânienne

Après un infarctus cérébral imputable à une sténose intracrânienne, le traitement antithrombotique recommandé repose sur les antiagrégants plaquettaires : le patient bénéficie d'une double anti-agrégation plaquettaire pendant 3 mois puis d'une simple à vie. Les anticoagulants ne sont pas indiqués. Le traitement endovasculaire des sténoses intracrâniennes n'est pas recommandé.

- Athérome significatif de la crosse de l'aorte

Après un infarctus cérébral associé à une plaque athéromateuse de la crosse de l'aorte ≥ 4 mm d'épaisseur, le traitement recommandé repose sur une double anti-agrégation plaquettaire pendant 3 mois puis une simple à vie. En cas d'athérosclérose sévère avec élément mobile et/ou thrombus, un traitement anticoagulant par AVK de plusieurs semaines peut être envisagé

b) Cause cardio-embolique

Les AIC de cause cardio-embolique sont la conséquence d'une atteinte morphologique ou fonctionnelle du myocarde. La FA est de très loin la plus fréquente des cardiopathies emboligènes (1).

En cas de FA, un traitement anticoagulant sera introduit en dehors de toute contre-indication par anticoagulants oraux directs (AOD) dans les FA non valvulaires (Rivaroxaban, Dabigatran, Apixaban et Edoxaban) en fonction du volume de l'AIC. Le délai d'introduction sera en fonction de la clinique. Les AOD sont contre-indiqués chez les patients présentant une sténose mitrale modérée à sévère, une cardiopathie rhumatismale, des valvules cardiaques

mécaniques ou une insuffisance rénale sévère. Dans ces cas précis, le patient peut bénéficier d'un traitement anticoagulant par antivitamines K (AVK) avec un objectif d'International Normalized Ratio (INR) compris entre 2 et 3.

En cas de FOP, la fermeture est recommandée pour les patients ayant subi un AIC cryptogénique à moins de soixante ans avec un grand FOP ou un shunt prononcé de droite à gauche (11).

c) Infarctus lacunaire

En cas de petits infarctus profonds, de leucopathie vasculaire et/ou de microbleeds (microsaignements), il faut évoquer une maladie des petites artères. Ce type d'AIC se manifeste souvent par des symptômes peu prononcés ou très légers, en raison de la taille réduite des lésions cérébrales. Dans certains cas, l'AIC peut même passer inaperçu (4). La prévention repose sur le traitement d'une HTA et un traitement antiplaquettaire.

d) Dissection artérielle cervicale

Il faut suspecter une dissection artérielle cervicale en cas de contexte évocateur chez un sujet jeune : par exemple, un traumatisme crânien ou cervical récent, une manipulation chez un ostéopathe ou un port de charges lourdes.

Le traitement repose sur un traitement antiagrégant plaquettaire ou anticoagulant sans bénéfice supérieur retrouvé. La décision est à prendre au cas par cas en fonction des caractéristiques cliniques, radiologiques (sténose intra ou extra crânienne), et des comorbidités.

Le traitement antithrombotique pourra être arrêté si une recanalisation de l'artère est observée à l'imagerie de contrôle quelques mois après l'AIC.

En cas de sténose ou de dilatation anévrysmale résiduelle, un traitement antiagrégant plaquettaire au long cours est recommandé (10).

e) Cause non identifiée

En cas d'infarctus cérébral sans cause identifiée, un traitement par antiagrégant antiplaquettaire au long cours est recommandé.

6. Fin d'hospitalisation et préparation au retour à domicile

Après l'hospitalisation, il est souvent nécessaire que le patient séjourne en service de médecine physique et de réadaptation (MPR) ou en soins de suite et rééducation (SSR). Ce séjour a pour but la préparation à un retour à domicile en lui offrant des soins et une rééducation adaptée à ses déficits.

Le PRADO est un service de retour à domicile qui vise à anticiper les besoins des patients à leur sortie d'hôpital et à faciliter la transition vers la ville. Il peut être mis en place par l'hôpital avant la sortie d'hospitalisation du patient (12).

7. Prévention secondaire

a) Généralités

Malgré un bilan étiologique assez complet, parfois aucune cause n'est clairement distinguée. Les données épidémiologiques nord-américaines indiquent qu'environ 20 % des AIC sont des récives (13) s'expliquant par l'absence de cause clairement identifiée du premier AIC, c'est pourquoi la gestion des facteurs de risque vasculaire est très importante.

La prévention secondaire se définit selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) par toute intervention qui cherche à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ainsi, ce stade de la prévention recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution, ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque.

Après un premier AIC, le risque de récurrence est élevé : environ 10 % à 5 ans et 20 à 30 % à long terme (14). Le taux de récurrence le plus élevé est observé dans les causes cardio-embolique et athéromateuse (15). Les patients qui présentent une récurrence d'AIC ont deux fois plus de risque de décéder et ont des résultats fonctionnels moins bons qu'après un premier AIC (3). La prévention secondaire par la gestion des facteurs de risque, relève le principal défi bien qu'elle soit initiée immédiatement après un AIC. Les récurrences entraînent l'apparition de lésions cérébro-vasculaires plus étendues, ainsi que des déficiences qui peuvent provoquer des conséquences physiques et un handicap cognitif, entraînant un impact social important. La prévention secondaire dépend de la cause de l'infarctus cérébral (4). Elle se distingue de la prévention primaire par le traitement du mécanisme de l'AIC.

b) Gestion des facteurs de risque

Les facteurs de risque vasculaire modifiables (3) sont :

- **l'HTA** avec un objectif tensionnel préférentiel inférieur à 120-130/80 mmHg (16). On privilégiera un traitement par inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC), par antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2 (ARAII) ou par un diurétique thiazidique. Le traitement de l'HTA est le facteur de risque modifiable le plus important.

- **la dyslipidémie** avec un objectif de taux de LDLc dépendant de la cause. Un traitement par statine est recommandé pour les patients ayant présenté un AIC d'origine non cardiaque et ayant un LDLc $\geq 2,6$ mmol/l (1 g/l) (16) et chez les patients avec une maladie athéromateuse symptomatique avec pour objectif un taux de LDLc $<0,7$ g/l (16, 17) voir 0,55g/L (18).
- **le diabète de type 2 (DT2)** dont l'objectif de l'HbA1c (10) selon le profil du patient est mentionné dans le *tableau 1*.
- **l'obésité** en optimisant l'alimentation et l'activité physique,
- **le tabac** par traitement substitutif nicotinique et l'aide d'un tabacologue,
- **la sédentarité** par la pratique d'un sport aérobique dix minutes quatre fois par semaine,
- **la mauvaise alimentation** en limitant la consommation de sel et de graisse et en favorisant la consommation de fruits et légumes,
- **la consommation d'alcool** en consultant un addictologue,
- **le SAOS** : facteur de risque d'AIC, de récurrence et de mauvaise récupération fonctionnelle. Plus de la moitié des survivants d'un AIC présentent un SAOS pendant la phase aiguë (19). Il entraîne des complications cardio-vasculaires : HTA, maladie coronaire et cardiaque et troubles du rythme.

Tableau 1 : Objectifs glycémiques du DT2 selon le profil du patient

Profil du patient		HbA1c
Cas général	DT2 : <ul style="list-style-type: none"> • Avec comorbidité grave avérée et/ou une espérance de vie limitée (<5ans) • Ou avec des complications macrovasculaires évoluées* • Ou ayant une longue durée d'évolution du diabète (>10 ans) et pour lesquels la cible de 7% s'avère difficile à atteindre car l'intensification médicamenteuse provoque des hypoglycémies sévères 	≤ 8%
Personnes > 75 ans	Dites « vigoureuses » (en bon état de santé, indépendantes et bien intégrées socialement, c'est-à-dire autonomes d'un point de vue décisionnel et fonctionnel, qui sont assimilables aux adultes plus jeunes) dont l'espérance de vie est jugée satisfaisante	≤ 7 %
	Dites « fragiles », à l'état de santé intermédiaire et à risque de basculer dans la catégorie des malades (population vulnérable, avec des limitations fonctionnelles motrices et cognitives et une baisse des capacités d'adaptation)	≤ 8 %
	Dites « malades », dépendantes, en mauvais état de santé en raison d'une polyopathie chronique évoluée génératrice de handicaps et d'un isolement social	< 9 % et/ou glycémies capillaires préprandiales entre 1 et 2 g/l
Patients avec antécédents cardio-vasculaires	Patients avec ATCD de complication macrovasculaire considérée comme non évoluée	≤ 7 %
	Patients avec ATCD de complication macrovasculaire considérée comme évoluée*	≤ 8 %
Patients avec insuffisance rénale chronique	Insuffisance rénale chronique (IRC) modérée (Débit de filtration glomérulaire (DFG) entre 30 et 59 ml/min/1,73 m ²)	≤ 7 %
	IRC sévère (DFG entre 15 et 29 ml/min/1,73 m ²)	≤ 8 %
	IRC terminale (DFG < 15 ml/min/1,73 m ²)	
* : Les ATCD de complication macrovasculaire pouvant être considérée comme évoluée sont : -infarctus du myocarde (IDM) avec insuffisance cardiaque ; -atteinte coronarienne sévère (tronc commun ou atteinte tritronculaire ou atteinte de l'artère interventriculaire antérieure proximale) ; -atteinte polyartérielle (au moins deux territoires artériels symptomatiques) ; -artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) symptomatique ; -accident vasculaire cérébral récent (< 6 mois).		

La prévention secondaire est initiée dès le diagnostic de l'AIC et sera à poursuivre en ville.

8. Prise en charge en ville

a) Généralités

Les AIC sont des accidents fréquents, graves et pourvoyeurs de handicap. L'AIC est unique dans le champ de la santé : c'est à la fois une pathologie aiguë, nécessitant une prise en charge en urgence, et une affection chronique, dont les séquelles, pouvant être invalidantes, conduisent de nombreux patients à la fréquentation du système de santé sur une longue période.

b) Consultations et examens complémentaires

Après le retour à domicile, le patient bénéficiera d'un suivi et d'une prise en charge au long cours. Cela inclut des consultations régulières telles que chez son médecin généraliste (MG) ou auprès d'autres spécialistes (son neurologue, son cardiologue ou son diabétologue) et des examens complémentaires à réaliser notamment lorsque la cause de l'AIC n'a pas été identifiée. Ces examens peuvent comprendre un Holter ECG, un scanner TAP ou TEP corps entier, une polygraphie ou une polysomnographie ou un angioscanner thoracique.

Après la sortie d'hospitalisation, lors de la première consultation auprès du MG, il est nécessaire de refaire le point sur la situation du patient notamment ses séquelles et son degré d'autonomie afin de proposer des aides et une rééducation adaptée.

c) Aides

Si le patient présente des séquelles, il est essentiel de mettre en place des aides humaines, techniques et financières pour soutenir le patient dans son quotidien et faciliter son autonomie.

- Aides humaines

Tout d'abord, il est essentiel de garantir des soins à domicile, tels que ceux fournis par des infirmiers, des rééducateurs, des aides-soignants, des aides ménagères, des auxiliaires de vie et éventuellement une hospitalisation à domicile (HAD).

- Aides matérielles et aménagement du lieu de vie

Les aides matérielles à domicile, telles que la téléalarme et le fauteuil roulant, ainsi que l'aménagement du lieu de vie avec des rampes et l'adaptation de la salle de bain, jouent également un rôle essentiel.

- Aides financières

Le patient pourra également nécessiter d'un soutien financier.

La Prestation de Compensation du Handicap (PCH) est disponible pour les personnes présentant une perte d'autonomie significative, sous certaines conditions pour les moins de 60 ans. Pour les personnes de plus de 60 ans, il est possible de solliciter l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) (20).

Le patient aura besoin du soutien de son MG concernant sa situation professionnelle. Cela pourrait nécessiter un arrêt de travail ou une reprise avec des aménagements de son poste ou un reclassement professionnel. Il devra solliciter son médecin du travail. Celui-ci pourra faire le relai avec le MG. Une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) peut

être accordée par la MDPH. Si un retour au travail s'avère impossible, une pension d'invalidité pourra être envisagée.

Le MG pourra faire une déclaration en affection longue durée en cas d'accident vasculaire invalidant (ALD 30).

Concernant la reprise de la conduite automobile, le patient devra contacter un médecin agréé de la préfecture pour une réévaluation de sa capacité à conduire. Le MG veillera à transmettre les informations médico-légales relatives à la conduite automobile après un AIC.

d) Rééducation

La rééducation est très importante pour les patients qui présentent des déficits fonctionnels persistant après un AIC tels que des troubles de la marche, du langage ou de la déglutition. Elle nécessite un effort soutenu et coordonné de la part du patient et de l'équipe comprenant les médecins, les infirmiers, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les aides-soignants, les orthophonistes, les psychologues et les nutritionnistes (21-22). Le MG peut orienter le patient vers certains professionnels.

En somme, après une hospitalisation, il reste encore beaucoup à faire. Le MG est le point de contact central pour le patient. Il a la responsabilité de coordonner les différents aspects des soins post-hospitalisation. Cela inclut la gestion des traitements, le suivi des examens complémentaires, et l'organisation des consultations avec des spécialistes si nécessaire.

9. Rôle du MG

a) Généralités

Le MG joue un rôle essentiel dans la santé publique, notamment en matière de prévention des AIC. La prise en charge rapide, pluridisciplinaire et efficace des AIC, améliore le pronostic mais la prévention demeure le meilleur moyen de limiter le risque global initial d'AIC (prévention primaire), d'améliorer le pronostic vital (prévention secondaire) et de diminuer les séquelles (prévention tertiaire) (23).

b) Prévention primaire

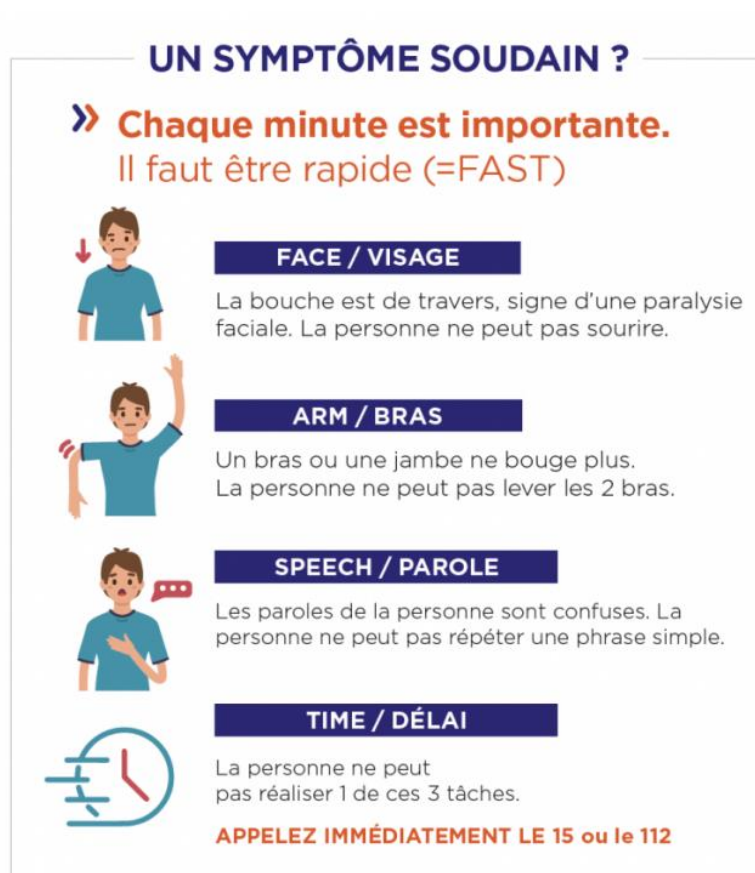
En termes de prévention primaire, la gestion des facteurs de risque vasculaire est primordiale pour éviter l'apparition des AIC.

Les facteurs de risque primordiaux de prévention primaire (24) sont :

- **l'HTA** qui est le facteur de risque modifiable le plus important pour l'AIC. Des recommandations récemment révisées visant à individualiser l'évaluation des risques définissent désormais une pression artérielle normale comme étant inférieure à 120/80 mmHg (25).
- **le DT2** dont les objectifs d'HbA1c sont référés dans le *tableau 1*,
- **la dyslipidémie** pour laquelle un traitement par statine est recommandé quel que soit le taux de LDLc chez les patients diabétiques ou ayant un ATCD coronarien (10),
- **la modification du mode de vie et du régime alimentaire**,
- **l'anticoagulation dans la FA** chez certains patients en fonction des scores CHA₂DS₂-VASc et HAS-BLED.

Le MG a un rôle informatif car il explique aux patients notamment ceux à haut risque d'un évènement vasculaire les manifestations cliniques évocatrices d'AVC avec les critères FAST (Face, Arm, Speech, Time) et leur rappelle la consigne d'appeler le 15. Il peut également mettre dans sa salle d'attente une affiche comme par exemple celle représentée dans la *figure 1*.

Figure 1 : Signes d'alerte d'AVC. Source Institut du Cerveau.



c) Prévention secondaire

Dans le cadre de la prévention secondaire, le MG gère les facteurs de risque vasculaire. Il aide à l'observance et à l'éducation thérapeutique.

d) Prévention tertiaire

En ce qui concerne la prévention tertiaire, le MG joue un rôle clé dans le dépistage des complications éventuelles après un AIC.

Il dépiste les séquelles psychologiques en écoutant les préoccupations du patient et en l'accompagnant dans cette période de transition. Il recherche également les séquelles invisibles les plus fréquentes telles que la fatigue, la lenteur et les troubles de l'humeur (26). De plus, il aide les patients en les guidant dans leur parcours de soins et en les aidant à s'adapter à leur nouvelle vie.

Il met en place une rééducation adaptée pour aider les patients à retrouver leur autonomie.

Le suivi régulier est fondamental. Le MG réévalue constamment l'état de santé de ses patients, en recherchant les conséquences des séquelles, comme la détection d'escarres si le patient est alité. Sa connaissance approfondie de chaque patient, de ses besoins et de son environnement lui permet d'offrir un accompagnement personnalisé et efficace.

10. Problématique

Ainsi, l'AIC qui représente la plus grande proportion des AVC, exige une prise en charge optimale et continue entre l'hôpital et la ville, particulièrement lorsque l'origine de l'AIC n'est pas identifiée (7, 27). Le MG joue un rôle indispensable dans cette continuité des soins. Sa vigilance dans la gestion des facteurs de risque vasculaire est cruciale pour prévenir une éventuelle récurrence. En surveillant régulièrement l'état de santé de ses patients et en ajustant les traitements en conséquence, il contribue à réduire les risques et à améliorer la qualité de vie des personnes touchées. Ainsi, le MG est un acteur clé dans la prévention des complications futures et dans l'accompagnement des patients vers une meilleure santé (27).

Mais cette continuité des soins se révèle souvent fragile (28).

Du point de vue des MG, ce lien est affaibli par un manque de contacts directs avec les médecins hospitaliers. Ils ne se sentent pas pleinement associés au projet thérapeutique de leurs patients. Les délais de réception des comptes-rendus hospitaliers (CRH) sont souvent longs et il arrive même qu'ils ne les reçoivent pas du tout (29). Quand ils sont trop longs, les MG peinent à les lire.

De leur côté, les neurologues ressentent également un sentiment d'insatisfaction lorsqu'ils constatent à la consultation post-AVC que les examens ou les thérapeutiques qu'ils avaient préconisés n'ont pas été réalisés (29). Parfois, les facteurs de risque sont mal contrôlés (3).

Obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2017 (30), la lettre de liaison (LL), destinée aux MG, est un document clé (31-34) de la prise en charge efficace du patient, elle assure la transmission de l'information depuis l'hôpital vers la médecine de ville, contribuant ainsi à garantir la sécurité et la qualité des soins après la sortie d'hospitalisation (35). Elle contient les informations concernant le diagnostic, les traitements, les recommandations pour le suivi et les résultats pertinents des examens. C'est un document concis, orienté vers la continuité des soins, permettant l'implication du MG. La LL de sortie doit être rédigée par le médecin de l'établissement de santé ayant pris en charge le patient au cours de son hospitalisation et intégrer l'ensemble des éléments fixés par le décret du 26 juillet 2016 (30), notamment les traitements médicamenteux et la planification des soins à la sortie (*cf Annexe 1*).

Elle se distingue du CRH qui est un bilan détaillé de toute l'hospitalisation du patient. Il contient les informations complètes sur l'historique médical du patient, les examens réalisés, les traitements administrés, l'évolution de l'état de santé et les conclusions médicales.

La LL paraît être un document tout à fait adéquat pour améliorer la continuité des soins et la communication entre les MG et les neurologues et il nous semblait pertinent de réfléchir à son

contenu. Nous souhaitons comprendre les attentes du neurologue vis-à-vis du MG pour la continuité de la prise en charge des AIC, tout en cherchant à savoir quelles informations le MG attendait dans la LL.

II. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude était l'élaboration d'une lettre de liaison destinée aux médecins généralistes du patient ayant fait un accident vasculaire cérébral ischémique par méthode de consensus Delphi. Le critère de jugement principal était l'évaluation des items proposés à intégrer dans la lettre de liaison selon une échelle de Likert à 9 points.

L'objectif secondaire était l'évaluation de l'accord inter-observateur selon les profils médecin généraliste et médecin neurologue sur les différents items proposés de la lettre de liaison. Le critère de jugement secondaire était le calcul de l'indice d'accord entre les médecins généralistes et les médecins neurologues.

III. Matériels et méthodes

1. Type d'étude

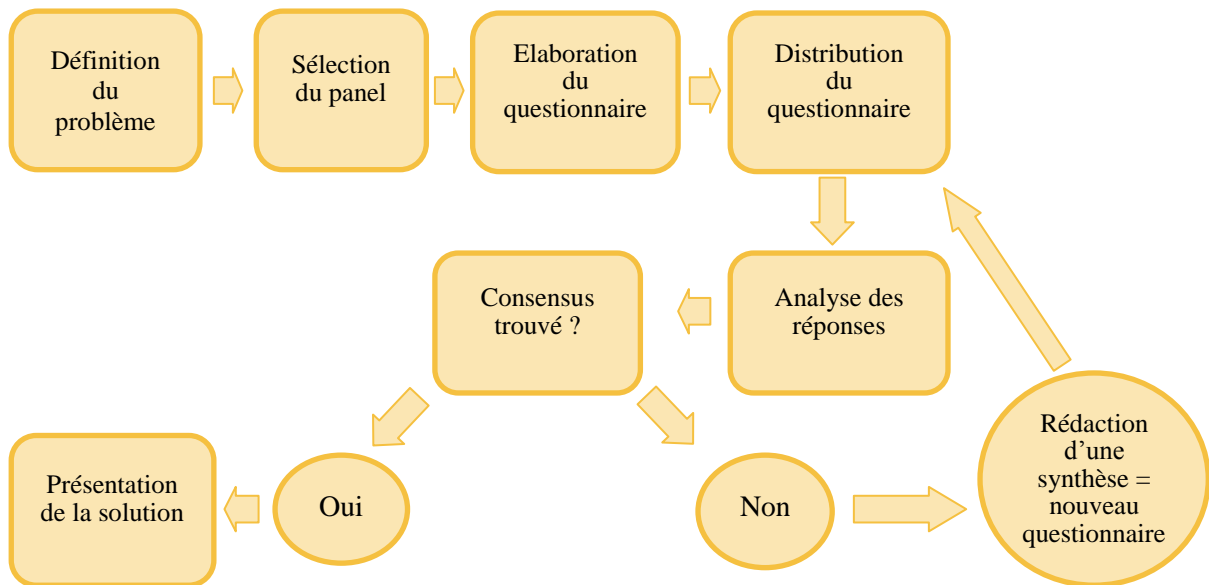
Le type d'étude choisi était la méthode de consensus Delphi (36).

Les méthodes de consensus permettent de synthétiser l'information et de confronter des avis divergents dans le but de définir le degré de l'accord au sein d'un groupe d'individus sélectionnés. Le but de la méthode Delphi est d'atteindre un accord entre divers experts sur un sujet spécifique, en évaluant des items proposés. Cette évaluation vise à garantir la validité et la pertinence des informations choisies, tant sur le plan du contenu que de la forme. Cette méthode se déroule en plusieurs cycles d'envoi de questionnaires générés par les analyses des réponses des questionnaires précédents, afin de parvenir à une réflexion consensuelle. En théorie, le processus peut être continuellement répété jusqu'à ce que le consensus soit atteint. Deux à quatre itérations sont souvent suffisantes pour collecter les informations nécessaires et parvenir à un consensus dans la plupart des cas.

Le déroulé était le suivant (*cf Figure 2*) :

- définition du problème,
- sélection du panel,
- élaboration des questionnaires,
- distribution des questionnaires : cotation et commentaires individuels anonymes,
- analyse des réponses :
 - consensus trouvé : présentation de la solution,
 - consensus non trouvé : rédaction d'une synthèse et élaboration d'un nouveau questionnaire pour un nouveau tour.

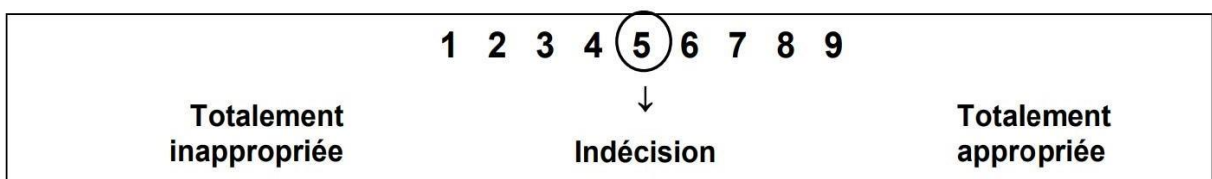
Figure 2 : Schéma expliquant le déroulé de la méthode Delphi



Les experts devaient évaluer les items selon l'échelle de Likert à 9 points (cf Figure 3) :

- **la valeur 1** signifie que la proposition est « totalement inappropriée » (ou non indiquée, ou non acceptable),
- **la valeur 9** signifie que la proposition est « totalement appropriée » (ou indiquée, ou acceptable),
- **les valeurs 2 à 8** traduisent les situations intermédiaires possibles,
- **la valeur 5** correspond à l'indécision ou la neutralité.

Figure 3 : Echelle de Likert



2. Recrutement des experts

Les experts étaient des spécialistes du sujet abordé : ils étaient neurologues ou MG. Ils avaient l'expérience et le jugement nécessaire pour évaluer les propositions élaborées. Dans notre étude, le recrutement s'est réalisé durant le début du mois de novembre 2024. Le nombre d'experts pressentis était de dix-huit selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (35) car nous avons deux sous-groupes (un groupe de MG et un groupe de neurologues) et chaque sous-groupe devait comprendre au minimum neuf membres afin de respecter les critères de validité étudiés. Il nous a semblé pertinent que les sous-groupes soient équilibrés en nombre pour favoriser un échange constructif. Nous avons élargi au maximum ce nombre pour anticiper d'éventuels perdus de vue.

Nous avons recruté à la fois des MG et des neurologues, car ce sujet les concerne tout autant. En effet, les neurologues prennent en charge les patients durant la phase aiguë de l'AIC à l'hôpital, tandis que les MG continuent le suivi en ville.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- être MG thésé, installé ou non, en libéral, exerçant dans les départements du Nord ou du Pas de Calais, prenant en charge des patients ayant fait un AIC,
- ou être neurologue thésé hospitalier, universitaire ou non, exerçant dans les départements du Nord ou du Pas de Calais, prenant en charge des patients ayant fait un AIC en phase aiguë.

Le critère de non inclusion était le refus de la proposition de participer à l'étude.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- avoir une spécialité autre que médecine générale ou neurologie,

- ne pas prendre en charge des patients ayant fait un AIC,
- ne pas être thésé,
- exercer dans un département autre que le Nord ou le Pas de Calais.

Les MG auxquels nous nous sommes intéressées, n'avaient pas tous le même profil mais avaient tous un intérêt particulier pour la neurologie. Je les ai sélectionnés de façon aléatoire en me servant de mon réseau de connaissance. Je les ai contactés par téléphone et leur ai présenté mon sujet de thèse. S'ils étaient d'accord pour participer, ils me faisaient parvenir leur adresse e-mail afin de leur envoyer le questionnaire.

Concernant le recrutement des neurologues, je les ai contactés via le listing de l'Association Lilloise des Internes En Neurologie (ALIEN).

3. Déroulement de l'étude

Suite à la sélection de notre panel, nous avons élaboré le questionnaire pour le premier tour dans le but de construire la LL. Les éléments du questionnaire ont été déterminés à partir d'une recherche bibliographique sur PubMed et des critères HAS (35), puis validés par ma directrice de thèse et mon statisticien.

Ces éléments ont été choisis en fonction de leur pertinence pour être intégrés dans la LL. Le thème a été discuté lors d'une réunion entre neurologues de la région, ainsi que lors d'un appel téléphonique avec le Docteur Dequatre, spécialiste en neurovasculaire au CHRU de Lille. Cela a confirmé l'importance et la pertinence du sujet.

Nous avons établi le questionnaire via le logiciel Sphinx.

Le premier questionnaire (*cf Annexe 2*) incluait une introduction décrivant l'objectif de mon étude ainsi que la méthode Delphi. Il se composait ensuite de quatre parties :

- une première partie sur le profil du participant (âge, sexe, profession, mode d'exercice, durée d'exercice, éventuelle surspécialité),
- une deuxième partie sur l'envoi et la mise en page de la LL (quinze questions) cherchant à décrire le mode d'envoi le plus approprié, la durée de réalisation, l'organisation en catégories et le choix de ces catégories ainsi que le nombre de pages idéal,
- une troisième partie dédiée au choix des items à intégrer dans la LL (cinquante questions) parmi de nombreuses catégories comprenant par exemple les traitements, les facteurs de risque vasculaire ou les examens complémentaires,
- une quatrième partie avec deux questions générales et des questions ouvertes à propos d'items à inclure qui n'ont pas été mentionnés ou à propos d'items à exclure,
- et enfin une conclusion pour remercier les participants tout en les invitant à participer au second tour.

Nous avons envoyé aux experts le premier questionnaire courant novembre 2024. Ils ont coté soixante-sept items sur l'échelle de Likert de 1 à 9 et ont laissé le maximum de commentaires. Les réponses pour la cotation de 1 à 9 étaient obligatoires tandis que les commentaires étaient fortement recommandés. Nous avons obtenu les réponses au bout de quinze jours.

L'analyse des réponses a été réalisée en quinze jours. Elle comprenait l'analyse statistique et la reformulation des questions en tenant compte des commentaires (*cf Annexe 4*). Les statistiques ont été réalisées par le Dr Degrandel, médecin de santé publique, en calculant les médianes de chaque question via Excel. La reformulation des questions impliquait une approche qualitative : nous avons trié et synthétisé les commentaires en s'appuyant sur les résultats statistiques. Ensuite, nous avons procédé à une triangulation des données ce qui

impliquait une analyse des commentaires par un tiers. Ensemble, nous avons reformulé les questions grâce aux commentaires, à l'aide de l'analyse statistique.

Mi-décembre 2024, nous avons envoyé le nouveau questionnaire pour le second tour (*cf Annexe 3*) via l'adresse e-mail des experts. Le questionnaire comportait vingt-quatre items à coter. Nous avons joint à l'e-mail les commentaires qui nous ont aidés à la reformulation des questions.

Au bout d'un mois, après plusieurs relances, nous avons obtenu de nouvelles réponses. Nous avons de nouveau réalisé une analyse statistique et une analyse qualitative des commentaires (*cf Annexe 5*). Nous avons décidé de nous arrêter au deuxième tour car les réponses variaient parfois entre le premier et le second tour, ainsi qu'entre les experts eux-mêmes ce qui rendait la poursuite difficile. Cependant, nous avons réussi à constituer une trame à notre LL grâce aux propositions jugées appropriées, aux commentaires et aux critères HAS.

4. Traitement des données et analyse statistique

a) Critère de jugement principal

L'objectif de l'étude était la création d'une LL via le critère de jugement principal qui est l'évaluation des items proposés selon l'échelle de Likert à 9 points.

Selon la méthode Delphi, plusieurs tours sont nécessaires afin de trouver un consensus. A chaque tour, les données étaient analysées (*cf Tableau 2*) :

- Les items **définitivement validés** sont les items appropriés avec un accord fort (médiane ≥ 7 et une répartition des cotations entre [7 – 9]).
- Les items **définitivement éliminés** sont les items inappropriés avec un accord fort (médiane ≤ 3 et une répartition des cotations entre [1 – 3]).

- Les items **modifiés ou reformulés** pour être inclus au tour suivant sont :
 - les items appropriés avec un accord relatif (médiane ≥ 7 et une répartition des cotations entre [5 – 9]),
 - les items inappropriés avec un accord relatif (médiane ≤ 3 et une répartition des cotations entre [1 – 5]),
 - les items incertains avec indécision (médiane de 4 à 6.5, et une répartition des cotations entre [1 – 9]),
 - les items avec absence de consensus (médiane ≥ 7 avec au moins une valeur < 5 ou médiane $\leq 3,5$ avec au moins une valeur > 5).

Le *tableau 2* représente le jugement retenu à l'issue de l'analyse statistique du premier tour.

Tableau 2 : Conditions d'obtention d'un accord entre les experts

Valeur de la médiane	Interprétation	Répartition des cotations dans l'intervalle	Degré d'accord du groupe	Proposition soumise au prochain tour
≥ 7	Approprié	[7 – 9]	Accord fort	Non, la recommandation est acceptée telle quelle.
		[5 – 9]	Accord relatif	Oui
≤ 3	Inappropriée	[1 – 3]	Accord fort	Non, la recommandation est rejetée telle quelle.
		[1 – 5]	Accord relatif	Oui
Comprise dans [4-6,5]	Incertaine	Quelle que soit la répartition.	Indécision	Oui
≥ 7 avec au moins une valeur < 5		Au moins une valeur < 5	Absence de consensus	Oui
$\leq 3,5$ avec au moins une valeur > 5		Au moins une valeur > 5		Oui

Le premier tour est plus conservateur, afin de discuter en réunion de toute situation où il y a une incertitude. L'analyse au second tour tolère pour un groupe de 16 à 30 experts d'exclure deux valeurs opposées à la majorité du groupe, en vue de juger du caractère approprié ou non de la proposition soumise au vote (*cf Tableau 3*).

Tableau 3 : Jugement retenu à l'issu du second tour

Valeur de la médiane	Interprétation	Répartition des cotations dans l'intervalle	Degré d'accord du groupe	Proposition soumise au prochain tour
≥ 7	Approprié	Toutes les réponses comprises entre [7-9], sauf deux < 7 .	Accord fort	Non, la recommandation est acceptée telle quelle.
		Toutes les réponses comprises entre [5-9], sauf deux < 5 .	Accord relatif	Oui
≤ 3	Inappropriée	Toutes les réponses comprises entre [1-3], sauf deux > 3 .	Accord fort	Non, la recommandation est rejetée telle quelle.
$\leq 3,5$		Toutes les réponses comprises entre [1-5], sauf deux, manquantes ou > 5 .	Accord relatif	Oui
comprise dans [4-6,5]	Incertaine	Quelle que soit la répartition des réponses.	Indécision	Oui
≥ 7 avec au moins une valeur < 5		Au moins trois valeurs < 5 .	Absence de consensus	Oui
$\leq 3,5$ avec au moins une valeur > 5		Au moins trois valeurs > 5 .		Oui

b) Critère de jugement secondaire

Le critère de jugement secondaire était le calcul de l'indice d'accord entre les MG et les neurologues.

Afin d'évaluer la variabilité des réponses entre l'ensemble des experts et entre les groupes professionnels (MG, neurologues), le coefficient de corrélation intra-classe (CCI) a été utilisé avec son intervalle de confiance à 95 %. Le CCI permet de déterminer le degré de concordance des résultats. Un CCI inférieur à 0,50 sera interprété comme indiquant une faible concordance entre les évaluateurs, tandis qu'un CCI supérieur à 0,75 signalera une bonne concordance. En cas de faible concordance, les réponses discordantes seront analysées afin d'identifier les facteurs socioprofessionnels susceptibles d'expliquer ces divergences.

5. Ethique et réglementation

Le recueil des données a débuté après la validation de la fiche de thèse et l'avis favorable de la Commission de Recherche des Départements de Médecine et de Maïeutiques de la FMM (CRD2M). Cette étude n'a pas nécessité l'avis d'un comité éthique. Les réponses étaient anonymes. Le protocole de recherche a été validé par un Délégué à la Protection des Données (DPO). L'étude a été enregistrée au registre de traitement des données par le règlement général de protection des données (RGPD).

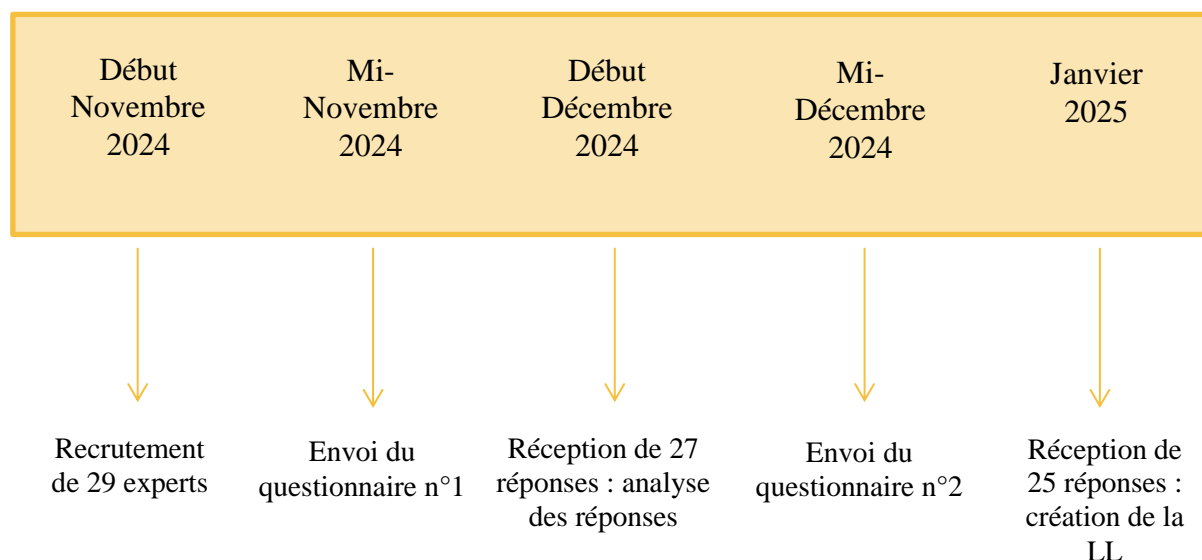
IV. Résultats

1. Présentation générale des données

a) Chronologie

Au début du mois de novembre 2024, vingt-neuf experts ont été recrutés. Nous leur avons envoyé le questionnaire n°1 au cours du mois de novembre 2024. Nous avons obtenu vingt-sept réponses au bout de quinze jours après plusieurs relances. Deux experts n'ont pas donné suite à l'étude sans raison de leur part. Nous avons procédé à l'analyse des réponses et envoyé le questionnaire n°2 courant du mois de décembre 2024. Nous avons obtenu vingt-cinq réponses durant le mois de janvier 2025 (cf Figure 4).

Figure 4 : Frise chronologique du déroulé de l'étude

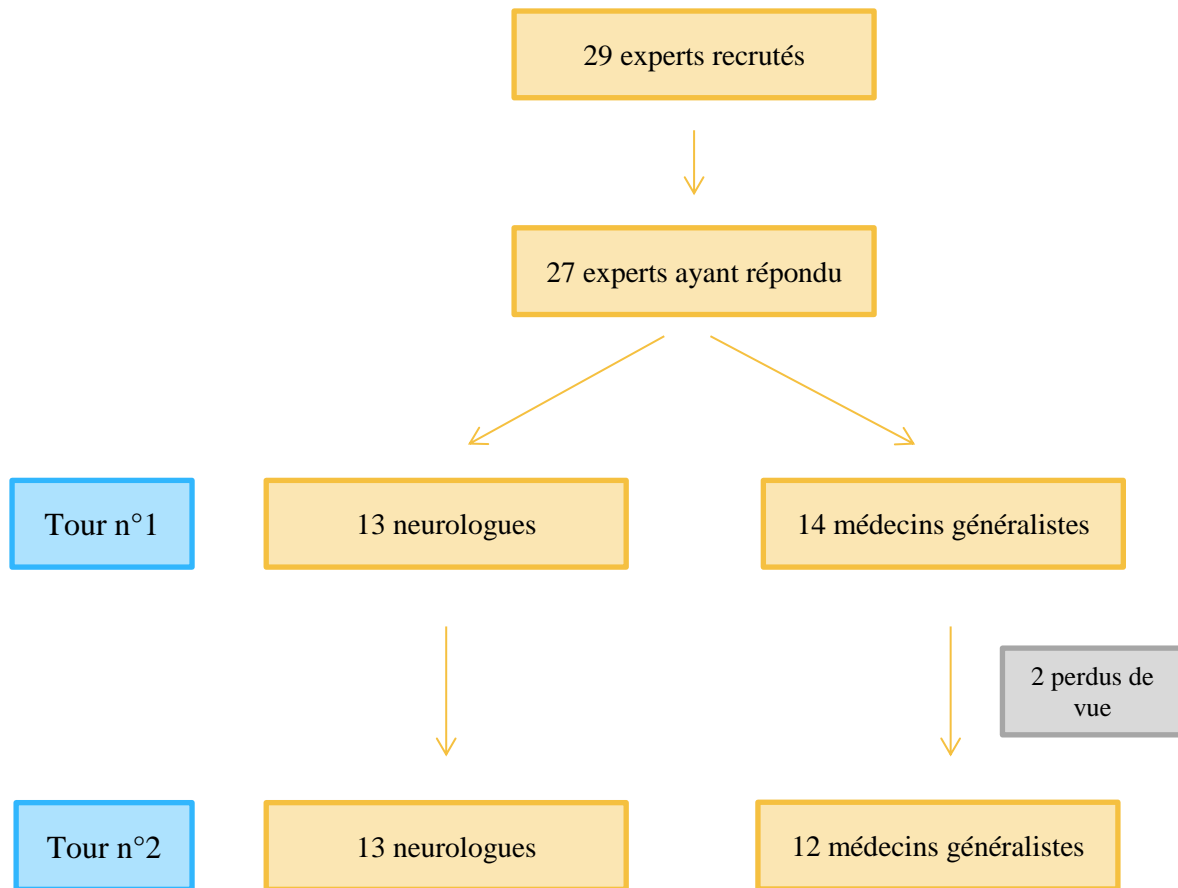


b) Echantillon d'experts

Les vingt-sept experts ayant décidé de participer à l'étude et ayant répondu au tour n°1 étaient quatorze MG et treize neurologues. Les deux groupes étaient ainsi équilibrés. Au tour n°2,

nous avons obtenu vingt-cinq réponses soit deux perdus de vue (2 MG) malgré la relance de deux e-mails (cf *Figure 5*).

Figure 5 : Diagramme de flux



c) Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

On comptait 14 MG (52%) et 13 neurologues (48%). Les vingt-sept participants avaient une moyenne d'âge de 39 ans, avec un âge minimal de 28 ans et un âge maximal 66 ans. La parité était équilibrée avec 12 femmes (44%) et 15 hommes (56%). La durée d'exercice moyenne était de 10 ans variant de 1 à 36 ans d'exercice.

Concernant les MG, la répartition départementale d'exercice était équilibrée avec 8 médecins qui exerçaient dans le Nord et 6 dans le Pas-de-Calais. Les MG exerçaient uniquement en secteur libéral.

Concernant les neurologues, ils travaillaient tous à l'hôpital et prenaient en charge des patients en phase aiguë d'un AIC. Parmi eux, 9 exerçaient dans le Nord (au CHRU de Lille, au CH Saint-Vincent de Paul, au CH Tourcoing ou au CH Valenciennes) et 4 dans le Pas-de-Calais (au CH Boulogne-sur-Mer).

Parmi les 13 neurologues, 9 neurologues étaient surspécialisés soit 69% dont :

- 3 en neurologie neurovasculaire,
- 3 en neuro-inflammatoire,
- 2 en mouvements anormaux,
- 1 en troubles cognitivo-comportementaux.

Le *tableau n°4* représente les caractéristiques sociodémographiques des experts. L'âge et la durée d'exercice sont exprimés en moyenne avec les valeurs minimales et maximales. Les autres variables sont exprimées en nombre d'effectifs avec un pourcentage.

Tableau 4 : Caractéristiques sociodémographiques des experts au tour n°1

	Population
Caractéristiques	N = 27
Age (ans)	39 ¹ (28, 66)
Genre	
Femme	12 ² (44%)
Homme	15 (56%)
Durée d'exercice (ans)	10 (1,36)
Spécialité	
Médecin généraliste thésé	14 (52%)
Neurologue thésé	13 (48%)
Lieu d'exercice principal	
Hospitalier	13 (48%)
Libéral	14 (52%)
¹ Moy (Min, Max); ² n (%)	

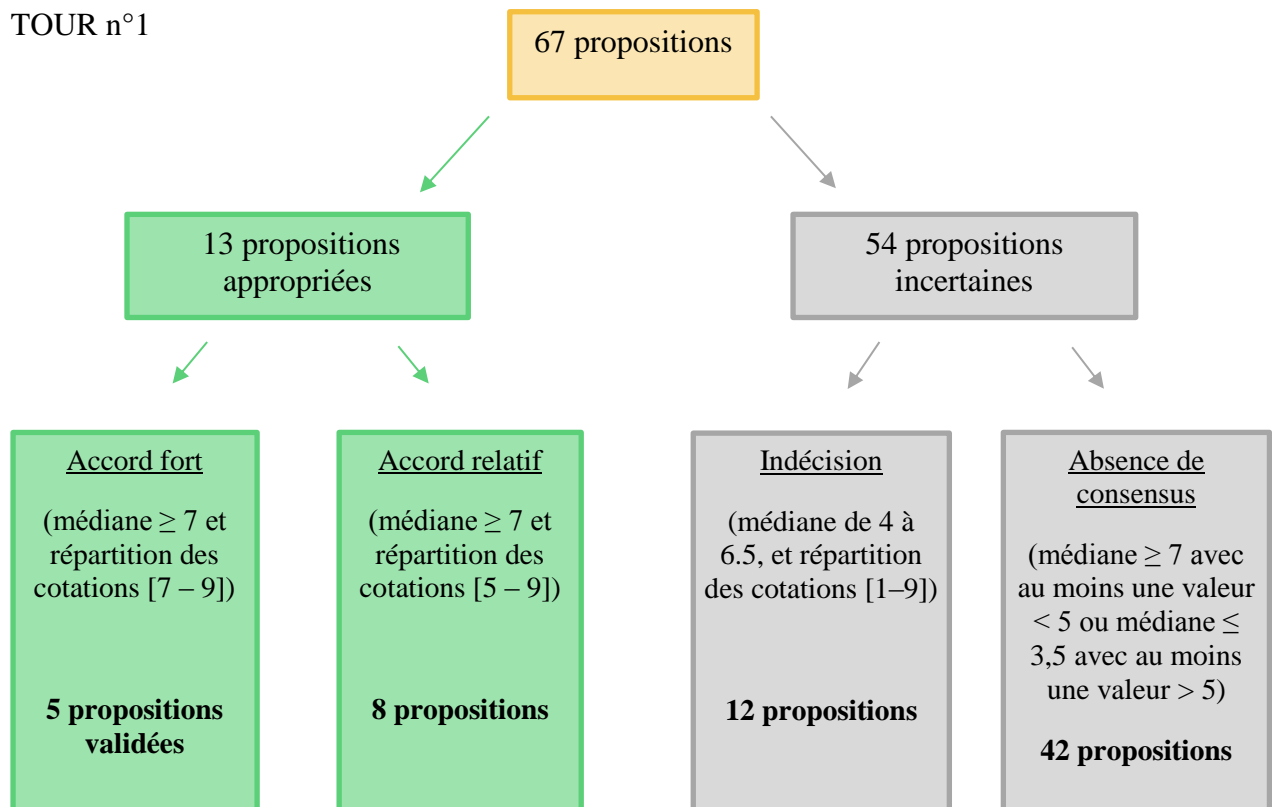
2. Premier tour

a) Résultats généraux

Lors du premier tour, 67 propositions ont été jugées par les experts sur l'échelle de Likert (cf *Figure 6*). Parmi elles :

- 13 propositions ont été jugées appropriées :
 - 5 propositions ont obtenu un accord fort et ont été validées.
 - 8 propositions ont obtenu un accord relatif.
- 54 ont été jugées incertaines :
 - 12 propositions ont été jugées indécises.
 - 42 propositions n'ont pas obtenu de consensus.
- Aucune n'a été jugée inappropriée.

Figure 6 : Diagramme des résultats Tour n°1



b) Analyse de la partie « envoi et mise en page de la LL »

Dans la partie « envoi et mise en page de la LL », sur les 15 questions posées :

- 4 propositions ont été jugées appropriées :
 - 1 proposition a obtenu un accord fort et a été validée.
 - 3 propositions ont obtenu un accord relatif.
- 11 propositions ont été jugées incertaines :
 - 1 proposition a été jugée indécise.
 - 10 propositions n'ont pas obtenu de consensus.

L'envoi de la LL par voie électronique ou en format papier n'a pas trouvé de consensus. Cependant, d'après les commentaires, il ressort qu'à destination du MG, l'envoi de la LL est préférable par voie électronique via la messagerie sécurisée, car cela permet une réception rapide, évitant ainsi le gaspillage de papier. De plus, cette méthode d'envoi garantit que la lettre sera lue sans risque de spam (*cf* Tableau 5).

Tableau 5 : Résultats partie « envoi et mise en page de la LL » Tour n°1 (1)

Variable	Med*	Min*	Max*	Interprétation
Format électronique	9	2	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Commentaires ayant servis à la reformulation : « plus rapide », « par messagerie sécurisée »				
Reformulation pour le second tour : <i>Selon vous, trouvez-vous approprié de privilégier un envoi de la lettre de liaison au médecin généraliste par voie électronique via sa messagerie sécurisée afin qu'il puisse la recevoir rapidement sans gâchis de papier ni risque de perte ?</i>				
* : Med : Médiane ; Min : Minimum ; Max : Maximum.				

L'envoi de la LL au patient n'a pas trouvé d'accord, mais les experts estiment qu'il serait bénéfique que le patient reçoive également cette lettre, car elle le concerne directement. Cela lui permettrait de mieux comprendre sa prise en charge et d'améliorer son éducation thérapeutique. Le format idéal pour lui serait en papier, car il est plus lisible.

Concernant le délai de réalisation de la LL et son envoi, aucun consensus n'a été atteint, car cela dépend du temps disponible du neurologue et de la disponibilité du secrétariat. Cependant, il est souhaitable que le patient sorte d'hospitalisation avec son CRH et sa LL, et que le MG les reçoive dans les 48 heures (cf *Tableau 6*).

Tableau 6 : Résultats partie « envoi et mise en page de la LL » Tour n°1 (2)

Variable	Med	Min	Max	Interprétation
Format papier	7	1	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Envoi de la LL au patient	6	1	9	Incertaine, indécision, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Délai de réception de 48H	7	1	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Délai de réalisation de 48H	8	2	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Commentaires ayant servis à la reformulation :				
Format papier : « reçu plusieurs semaines/mois après la sortie d'hospitalisation », « doit être scanné puis détruit », « gâchés de papier »				
Envoi de la LL au patient : « le concerne », « lien avec d'autres professionnels de santé »				
Délai de réception de 48h : « le patient doit sortir avec sa LL », « trop long », « à la sortie d'hospitalisation »				
Délai de réalisation de 48h : « réalisable par voie électronique », « si secrétariat en effectif suffisant »				
Reformulation pour le second tour :				
<i>Selon vous, trouvez-vous approprié que le patient sorte de son hospitalisation avec sa lettre de liaison en format papier afin de favoriser une meilleure éducation thérapeutique et de faciliter le lien avec les autres professionnels de santé si les conditions le permettent (secrétariat avec effectif suffisant) ?</i>				

En ce qui concerne l'organisation par catégories, il n'y a pas de consensus général, mais cela semble plus clair. La catégorie des traitements est celle qui suscite l'accord le plus fort et a été validée. Un accord relatif a également été atteint pour les catégories suivantes : les références des médecins, le diagnostic et l'étiologie de l'AIC, ainsi que pour les consultations à programmer. Il serait pertinent de réduire le nombre de catégories afin de rester concis et d'éviter les redondances avec le CRH. L'objectif est de limiter le document à une page recto-verso, voire à une seule page (cf Tableau 7).

Tableau 7 : Résultats partie « envoi et mise en page de la LL » Tour n°1 (3)

Variable	Med	Min	Max	Interprétation
LL organisée en catégories	8	3	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Références des médecins	9	5	9	Appropriée, accord relatif, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Diagnostic et étiologie de l'AVC	9	6	9	Appropriée, accord relatif, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Traitements	9	7	9	Appropriée, accord fort, discutée en réunion cotation = Non, Soumise au 2e tour = Non
Facteurs de risque vasculaire	9	4	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Examens complémentaires	8	3	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Consultations programmées	9	5	9	Appropriée, accord relatif, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Rééducation	9	4	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Aides sociales	8	3	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Une page recto-verso max	8	1	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui

Suite du tableau 7

Commentaires ayant servis à la reformulation :

LL organisée en catégories : « plus lisible »

Détail des catégories : « toutes ces catégories sont un doublon du compte rendu hospitalier », « le plus important c'est les traitements »

une page recto-verso max : « dépend du patient », « variable avec le patient », « impossible si toutes les catégories sont mentionnées »

Reformulation pour le second tour :

Selon vous, trouvez-vous approprié de privilégier la catégorie des traitements par rapport aux autres catégories, afin de limiter la lettre de liaison à une seule page ?

c) Analyse de la partie « items à intégrer dans la LL »

Dans la partie « items à intégrer dans la LL » :

- 8 propositions ont été jugées appropriées :
 - 4 propositions ont obtenu un accord fort et ont été validées.
 - 4 propositions ont obtenu un accord relatif.
- 42 propositions ont été jugées incertaines :
 - 11 propositions ont été jugées indécises.
 - 31 propositions n'ont pas obtenu de consensus.

Concernant les références des médecins, il n'y a pas eu de consensus sur la nécessité de noter le nom du médecin référent et son numéro de téléphone. Cependant, les commentaires suggèrent qu'il serait intéressant d'inclure le nom du neurologue, sans nécessairement fournir son numéro de téléphone, car en général, le MG arrive à contacter le service. D'autres experts

proposent de donner le numéro de téléphone uniquement aux MG, afin d'éviter d'éventuels appels urgents des patients qui nécessitent plutôt un appel du 15 (cf *Tableau 8*).

Tableau 8 : Résultats partie "items à intégrer dans la LL" Tour n°1 (1)

Variable	Med	Min	Max	Interprétation
Nom du médecin référent	9	2	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Numéro du service de neurologie	9	3	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Commentaires ayant servis à la reformulation :				
Nom du médecin référent : « peut servir »				
Numéro du service de neurologie : « important », « l'ennui est que certains patients appellent dans le service »				
Reformulation pour le second tour :				
<i>Selon vous, trouvez-vous approprié de fournir les coordonnées du médecin référent lors de l'hospitalisation aux médecins généralistes pour faciliter l'échange avec le neurologue tout en excluant ces coordonnées des patients ?</i>				

Concernant la partie sur le diagnostic et l'étiologie de l'AIC, un accord relatif a été atteint sur l'intégration dans la LL du traitement éventuel par thrombolyse ou thrombectomie. Cependant, il n'y a pas eu de consensus sur le diagnostic, l'étiologie et le profil du patient (autonomie, marche etc) (cf *Tableau 9*).

Tableau 9 : Résultats partie "items à intégrer dans la LL" Tour n°1 (2)

Variable	Med	Min	Max	Interprétation
Diagnostic avec topographie	9	3	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Etiologie de l'AVC	9	3	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Profil patient à sa sortie	9	3	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui

Suite du tableau 9

Variable	Med	Min	Max	Interprétation
Traitement éventuel thrombolyse ou thrombectomie	7	5	9	Appropriée, accord relatif, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Commentaires ayant servis à la reformulation : « on voit l'essentiel d'emblée », « permet au médecin généraliste d'avoir une évaluation de son patient »				
Reformulation pour le second tour : <i>Selon vous, trouvez-vous approprié de faire une synthèse du patient (diagnostic avec topographie, étiologie de l'AVC, profil du patient à sa sortie, traitement éventuel par thrombolyse ou thrombectomie) ?</i>				

Les commentaires des experts suggèrent que les scores NIHSS et Rankin ne sont pas indispensables pour les MG (*cf Tableau 10*).

Tableau 10 : Résultats partie "items à intégrer dans la LL" Tour n°1 (3)

Variable	Med	Min	Max	Interprétation
Scores NIHSS et Rankin	6	1	9	Incertaine, indécision, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Commentaires ayant servis à la reformulation : « scores NIHSS et Rankin utiles pour les neurologues mais pas pour les médecins généralistes »				
Reformulation pour le second tour : <i>Selon vous, trouvez-vous approprié d'exclure les scores NIHSS et Rankin afin de se concentrer sur les informations les plus utiles pour le médecin généraliste ?</i>				

Concernant la partie des traitements, un consensus a été atteint sur l'intégration dans la LL des éléments suivants : les traitements arrêtés, les traitements à réévaluer et les nouveaux traitements et un accord relatif a été trouvé sur la mention des traitements suspendus. En

revanche, aucun consensus n'a été trouvé concernant la reprise du traitement habituel et la durée des traitements (cf *Tableau 11*).

Tableau 11 : Résultats partie "items à intégrer dans la LL" Tour n°1 (4)

Variable	Med	Min	Max	Interprétation
Reprise du traitement habituel	9	4	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Traitement suspendu	9	5	9	Appropriée, accord relatif, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Traitement arrêté	9	7	9	Appropriée, accord fort, discutée en réunion cotation = Non, Soumise au 2e tour = Non
Traitement à réévaluer	9	7	9	Appropriée, accord fort, discutée en réunion cotation = Non, Soumise au 2e tour = Non
Nouveaux traitements	9	7	9	Appropriée, accord fort, discutée en réunion cotation = Non, Soumise au 2e tour = Non
Durée de traitement	9	4	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Commentaires ayant servis à la reformulation : « évite les erreurs », « alourdissant », « en théorie tous les traitements sont à réévaluer », « si besoin : se référer au compte rendu hospitalier »				
Reformulation pour le second tour :				
<i>Selon vous, trouvez-vous approprié de mentionner la reprise du traitement habituel ?</i>				
<i>Selon vous, trouvez-vous approprié de mentionner les éventuels traitements suspendus ?</i>				
<i>Selon vous, trouvez-vous approprié de mentionner la durée du traitement uniquement si elle est limitée dans le temps ?</i>				
<i>Selon vous, trouvez-vous approprié d'exclure les traitements contre-indiqués afin d'éviter un doublon avec le compte-rendu hospitalier ?</i>				

Les commentaires soulignent l'importance d'expliquer les traitements, sans insister sur la liste des traitements contre-indiqués ni la justification des nouveaux traitements ou de l'arrêt de certains, car ces informations sont déjà notées dans le CRH (cf *Tableau 12*).

Tableau 12 : Résultats partie "items à intégrer dans la LL" Tour n°1 (5)

Variable	Med	Min	Max	Interprétation
Traitements contre-indiqués	7	2	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Justification de nouveaux traitements	8	2	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Justification de l'arrêt de traitement	8	2	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Commentaires ayant servis à la reformulation : « moins utile », « alourdi », « si besoin, se référer au courrier d'hospitalisation »				
Reformulation pour le second tour : <i>Selon vous, trouvez-vous approprié d'exclure la justification contextuelle à l'arrêt ou à l'introduction d'un traitement afin d'éviter un doublon avec le compte-rendu hospitalier ?</i>				

De plus, il ne serait pas nécessaire de préciser les informations concernant l'ordonnance remise au patient car ces informations sont apportées par l'ordonnance en elle-même (cf *Tableau 13*).

Tableau 13 : Résultats partie "items à intégrer dans la LL" Tour n°1 (6)

Variable	Med	Min	Max	Interprétation
Remise de l'ordonnance au patient	4	1	9	Incertaine, indécision, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Ordonnance, quantité suffisante pour	4	1	9	Incertaine, indécision, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Ordonnance hiérarchisée	5	1	9	Incertaine, indécision, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Commentaires ayant servis à la reformulation : « pas très utile », « pas vraiment utile car écrit sur l'ordonnance de sortie »				
Reformulation pour le second tour : <i>Selon vous, trouvez-vous approprié d'exclure les informations relatives à l'ordonnance de sortie (remise au patient, la quantité suffisante pour, le contenu) étant donné que l'ordonnance est d'office remise au patient à sa sortie d'hospitalisation et contient déjà ces informations ?</i>				

Concernant la gestion des facteurs de risque vasculaire, aucun consensus n'a été atteint. Certains commentaires suggèrent qu'il s'agit de simples recommandations de prévention secondaire (gestion de l'hypertension artérielle, de la dyslipidémie ou du DT2), qui sont tout à fait gérables par le MG. Les objectifs doivent toujours être adaptés au patient, ce qui rend difficile l'établissement d'objectifs précis (cf *Tableau 14*).

Tableau 14 : Résultats partie "items à intégrer dans la LL" Tour n°1 (7)

Variable	Med	Min	Max	Interprétation
Objectifs pression artérielle	7	1	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Objectifs LDLc	8	1	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Objectifs hémoglobine glyquée	6	1	9	Incertaine, indécision, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Traitement substitutif du tabac	7	1	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Suivi addictologie	7	2	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Commentaires ayant servis à la reformulation : « difficile de mettre les objectifs nets », « objectifs mieux connus par les médecins généralistes »				
Reformulation pour le second tour : <i>Selon vous, trouvez-vous approprié d'exclure la gestion des facteurs de risque vasculaire étant donné que le médecin généraliste est déjà au fait des recommandations et des objectifs spécifiques de ses patients ?</i>				

Concernant la partie des examens complémentaires, un accord fort a été établi, il s'agit des examens à réaliser. Un accord relatif a été trouvé pour la mention des dates des examens déjà programmés. Les commentaires soulignent qu'il est difficile de prévoir la conduite à tenir en fonction des résultats, car il peut y avoir de nombreuses possibilités, avec un risque médico-légal si un résultat est imprévu. De plus, la prise en charge pourrait revenir au médecin qui réalise l'examen (par exemple, dans le cas d'un Holter ECG par le cardiologue). Le MG est

aussi en mesure de réagir face aux résultats. Lister les examens déjà effectués est inutile, car cela est consigné dans le CRH. En revanche, il serait utile de mentionner ceux à programmer ou en attente. Il arrive que les dates des examens ne soient pas connues au moment de la sortie d'hospitalisation. L'idéal serait que tous les examens complémentaires soient programmés dès la sortie. Le délai n'a pas besoin d'être précisé, car il dépend de la disponibilité des spécialistes (cf *Tableau 15*).

Tableau 15 : Résultats partie "items à intégrer dans la LL" Tour n°1 (8)

Variable	Med	Min	Max	Interprétation
Examens complémentaires réalisés	8	2	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Examens complémentaires à réaliser	9	7	9	Appropriée, accord fort, discutée en réunion cotation = Non, Soumise au 2e tour = Non
Statut des examens complémentaires (hôpital, médecine de ville, ...)	9	2	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Date des examens complémentaires déjà programmés	8	5	9	Appropriée, accord relatif, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Conduites à tenir selon les résultats	8	1	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Commentaires ayant servis à la reformulation : « conduite à tenir dépend trop des résultats », « conduite à tenir peut être inadaptée », « dates souvent non connues à la sortie d'hospitalisation », « moins utile de reprendre les examens déjà réalisés », « les examens à réaliser en ville devraient être programmés par l'hôpital », « délai de réalisation en fonction des professionnels »				

Suite du tableau 15

<p>Reformulation pour le second tour :</p> <p><i>Selon vous, trouvez-vous approprié d'exclure les examens complémentaires déjà réalisés ?</i></p> <p><i>Selon vous, trouvez-vous approprié de préciser la date des examens complémentaires uniquement si elle est connue, tout en excluant le délai souhaité étant donné qu'il dépend du professionnel de santé ?</i></p> <p><i>Selon vous, trouvez-vous réalisable que tous les examens complémentaires soient programmés par l'hôpital ?</i></p> <p><i>Selon vous, trouvez-vous approprié d'exclure les conduites à tenir en fonction des résultats étant donné que les options sont trop nombreuses et comportent des risques d'imprévu ?</i></p>

La présentation des examens complémentaires sous forme de tableau a été éliminée car la plupart des commentaires trouvaient la réalisation impossible (cf *Tableau 16*).

Tableau 16 : Résultats partie "items à intégrer dans la LL" Tour n°1 (9)

Variable	Med	Min	Max	Interprétation
Examens complémentaires, présentation sous la forme d'un tableau	8	3	9	Incertaine, absence de consensus
Commentaires : « non réalisable », « pas indispensable »				
Interprétation : proposition éliminée.				

Concernant la partie des consultations programmées, une proposition a trouvé un accord relatif, il s'agit de la mention de la date si la consultation est déjà programmée. Cependant, les informations telles que l'énumération des consultations à prévoir et leur statut sembleraient utiles. Les experts estiment qu'en pratique, les consultations devraient être programmées à la sortie d'hospitalisation. De plus, l'indication du délai pour revoir le patient semble inutile car

généralement le MG revoit son patient rapidement après sa sortie d'hospitalisation (cf *Tableau 17*).

Tableau 17 : Résultats partie "items à intégrer dans la LL" Tour n°1 (10)

Variable	Med	Min	Max	Interprétation
Liste des consultations à programmer	9	3	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Statut des consultations	9	3	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Date des consultations déjà programmées	9	5	9	Appropriée, accord relatif, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Délai pour revoir le MG	8	1	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Commentaires ayant servis à la reformulation :				
« devraient être organisées par l'hôpital », « le médecin généraliste voit généralement son patient dans les 48h après une hospitalisation »				
Reformulation pour le second tour :				
<i>Selon vous, trouvez-vous approprié d'exclure la date à laquelle le patient doit consulter son médecin généraliste sachant que celui-ci voit ses patients dès que possible à leur sortie d'hospitalisation ?</i>				
<i>Selon vous, trouvez-vous réalisable que toutes les consultations soient programmées par l'hôpital ?</i>				

La présentation des consultations sous forme de tableau a été éliminée car la plupart des commentaires trouvaient la réalisation impossible (cf *Tableau 18*).

Tableau 18 : Résultats partie "items à intégrer dans la LL" Tour n°1 (11)

Variable	Med	Min	Max	Interprétation
Consultation, présentation sous la forme d'un tableau	7	3	9	Incertaine, absence de consensus
Commentaires : « non réalisable », « pas indispensable »				
Interprétation : proposition éliminée.				

Concernant la biologie sanguine, aucun consensus n'a été atteint sur les différents items. Les informations telles que la liste des éléments souhaités, les délais de réalisation et la fréquence ne semblent pas pertinentes ni utiles. En général, les éléments à reconstruire sont connus par le MG car il s'agit d'un suivi classique de prévention secondaire (cf Tableau 19).

Tableau 19 : Résultats partie "items à intégrer dans la LL" Tour n°1 (12)

Variable	Med	Min	Max	Interprétation
Liste des bilans biologiques à réaliser	7	2	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Délai de réalisation de la biologie	8	2	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Fréquence de la réalisation de la biologie	7	1	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Commentaires ayant servis à la reformulation : « les médecins généralistes savent mieux »				
Reformulation pour le second tour : <i>Selon vous, trouvez-vous approprié d'exclure les bilans biologiques à réaliser étant donné qu'il s'agit principalement d'un suivi simple de prévention secondaire qui peut être facilement géré par le médecin généraliste ?</i>				

La présentation des consultations sous forme de tableau a été éliminée car la plupart des commentaires trouvaient la réalisation impossible (cf Tableau 20).

Tableau 20 : Résultats partie "items à intégrer dans la LL" Tour n°1 (13)

Variable	Med	Min	Max	Interprétation
Bilan biologique, présentation sous la forme d'un tableau	5	1	9	Incertaine, indécision
Commentaires : « non réalisable », « pas indispensable »				
Interprétation : proposition éliminée.				

Concernant la rééducation, les avis sont différents. Le détail de la rééducation (type, délai et fréquence) ne semble pas relever du médecin prescripteur mais dépend du professionnel en charge de la rééducation. En général, il est recommandé de commencer la rééducation le plus tôt possible (*cf* Tableau 21).

Tableau 21 : Résultats partie "items à intégrer dans la LL" Tour n°1 (14)

Variable	Med	Min	Max	Interprétation
Type de rééducation	7	2	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Délai de réalisation de la rééducation	6	1	9	Incertaine, indécision, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Fréquence de la réalisation de la rééducation	5	1	9	Incertaine, indécision, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Commentaires ayant servis à la reformulation : « délai et fréquence en fonction du professionnel », « dépend de la disponibilité du professionnel », « dépend de l'évolution du patient »				
Reformulation pour le second tour : <i>Selon vous, trouvez-vous approprié de mentionner le besoin éventuel de rééducation tout en excluant le délai et la fréquence qui sont du ressort du professionnel ?</i>				

En ce qui concerne les aides et le domaine social, aucun accord n'a été atteint. La majorité des experts estiment que certaines situations ne nécessitent pas une intervention urgente et peuvent donc être intégrées uniquement dans le CRH. En revanche, si des aides essentielles

sont nécessaires, elles devront être mises en place avant la sortie de l'hôpital. Par ailleurs, le MG a la capacité d'évaluer lui-même la nécessité d'une aide (cf Tableau 22).

Tableau 22 : Résultats partie "items à intégrer dans la LL" Tour n°1 (15)

Variable	Med	Min	Max	Interprétation
Demande ALD	6	1	9	Incertaine, indécision, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Médecin de la préfecture pour la conduite automobile	8	1	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Médecine du travail pour la reprise de l'emploi	7	1	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Aides financières	7	1	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Aides paramédicales	7	1	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Téléalarme	6	1	9	Incertaine, indécision, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Aides ménagères	6	1	9	Incertaine, indécision, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Recours au PRADO	7	1	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Commentaires ayant servis à la reformulation : « devraient être mises en place avant la sortie d'hospitalisation », « le médecin généraliste connaît son patient et son environnement », « pas de réaction urgente donc pas utile dans la lettre de liaison »				
Reformulation pour le second tour : <i>Selon vous, trouvez-vous approprié d'exclure la liste des aides à apporter sachant que celles qui sont primordiales devront être organisées avant la sortie d'hospitalisation ?</i>				

d) Analyse de la partie « questions générales »

Dans la partie « questions générales » :

- 1 proposition a été jugée appropriée avec un accord relatif.
- 1 autre a été jugée incertaine et n'a pas obtenu de consensus.

Un accord relatif a été obtenu concernant le fait que la création de cette LL pourrait améliorer la coordination des soins entre l'hôpital et la ville. Cependant, il n'y a pas de consensus à propos du fait que la LL pourrait répondre aux besoins des experts interrogés. En effet, certains experts soulignent le risque de doublon avec le CRH et le risque d'une charge administrative supplémentaire. Il n'y a pas de remise en cause des MG lorsque les examens ou bilans ne sont pas réalisés. Certains experts estiment que la LL pourrait servir d'intermédiaire en attendant la mise en place du CRH (*cf* *Tableau 23*)

De plus, un expert propose d'ajouter des consignes d'urgence.

Tableau 23 : Résultats partie "questions générales" Tour 1

Variable	Med	Min	Max	Interprétation
LL répond aux besoins	8	3	9	Incertaine, absence de consensus, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Amélioration de la coordination ville-hôpital	8	5	9	Appropriée, accord relatif, discutée en réunion cotation = Oui, Soumise au 2e tour = Oui
Commentaires ayant servis à la reformulation : « risque de doublon avec le compte rendu hospitalier », « utile si compte rendu hospitalier non fourni dans un délai convenable », « serait plus rapide »				
Reformulation pour le second tour : <i>Selon vous, trouvez-vous que la lettre de liaison trouve d'autant plus une utilité si le compte rendu hospitalier n'est pas disponible à la sortie d'hospitalisation ?</i>				

3. Deuxième tour

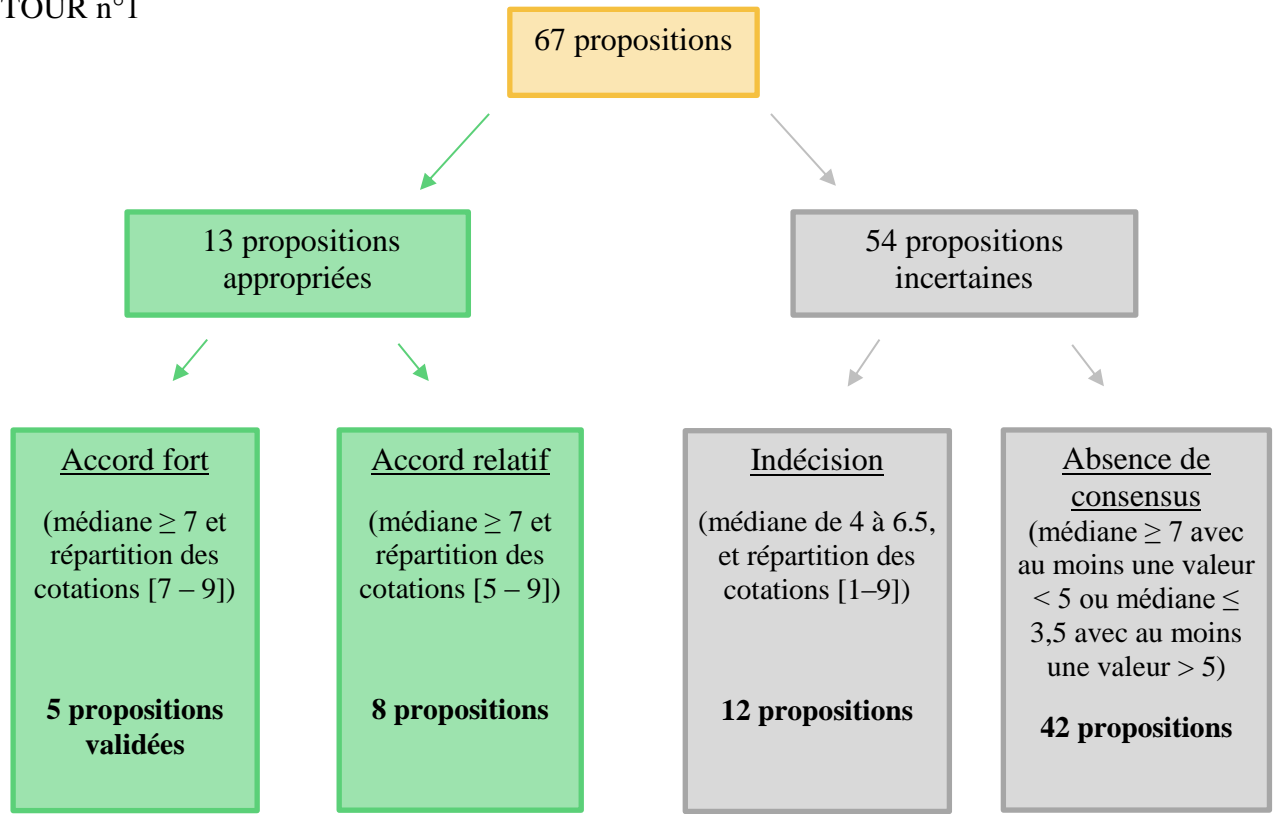
a) Résultats généraux

Lors du deuxième tour, 24 propositions ont été jugées par les experts sur l'échelle de Likert (*cf Figure 7*). Parmi elles :

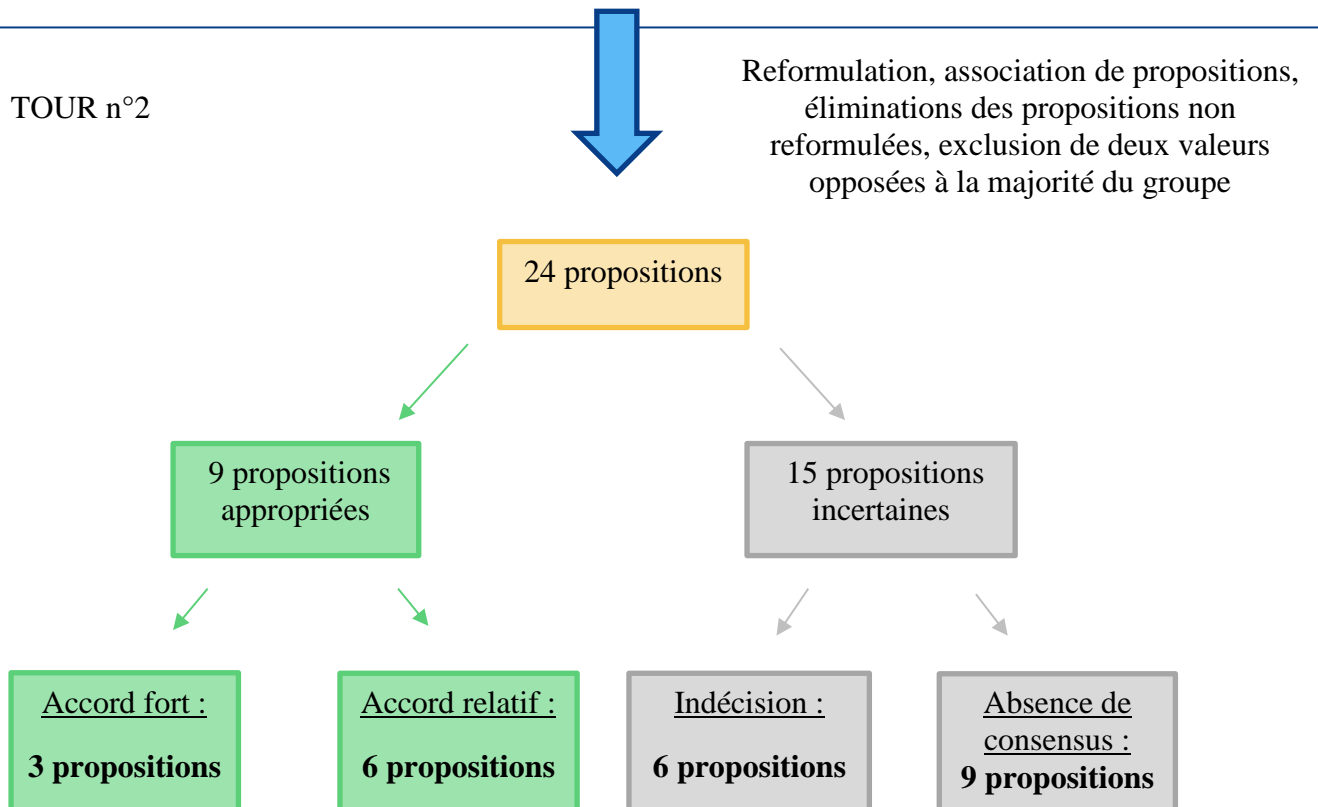
- 9 propositions ont été jugées appropriées :
 - 3 propositions ont obtenu un accord fort et ont été validées.
 - 6 propositions ont obtenu un accord relatif.
- 15 propositions ont été jugées incertaines :
 - 6 propositions ont été jugées indécises.
 - 9 propositions n'ont pas obtenu de consensus.
- Aucune n'a été jugée inappropriée.

Figure 7 : Diagramme des résultats Tour n°2

TOUR n°1



TOUR n°2



b) Analyse de la partie « envoi et mise en page de la LL »

Dans la partie « envoi et mise en page de la LL », les trois propositions ont été jugées appropriées : 1 proposition a été validée avec un accord fort et 2 propositions ont obtenu un accord relatif.

Il semble que l'envoi au MG par voie électronique via une messagerie sécurisée soit privilégié (accord relatif), à condition que cela fonctionne et que les médecins consultent leurs e-mails. Cela faciliterait un transfert d'informations plus rapide (cf *Tableau 24*).

Tableau 24 : Résultats de la partie "envoi et mise en page de la LL" Tour n°2 (1)

Variable	Med	Min	Max	Interprétation
Privilégier le format électronique	9	6	9	Appropriée, accord relatif
Commentaires ayant servis à l'analyse : « plus rapide », « mieux au cas où le patient ne consulterait pas son MG rapidement », « certains hôpitaux n'arrivent pas à envoyer correctement un mail sur Apicrypt », « à condition que tous les MG soient équipés d'une messagerie sécurisée et qu'ils consultent régulièrement leurs mails »				

Par ailleurs, un format papier serait plus approprié pour les patients (accord fort), car il leur permettrait, ainsi qu'à leur famille, d'accéder aux informations de manière plus simple à domicile et de transmettre ces données aux autres spécialistes (cf *Tableau 25*).

Tableau 25 : Résultats de la partie "envoi et mise en page de la LL" Tour n°2 (2)

Variable	Med	Min	Max	Interprétation
Sortie d'hospitalisation du patient avec le format papier	9	7	9	Appropriée, accord fort
Commentaires ayant servis à l'analyse : « plus simple à gérer à domicile », « le patient lit souvent le courrier, sa famille aussi », « permet au patient et à sa famille de comprendre et à transmettre les informations aux autres spécialistes s'ils n'ont pas reçu le courrier »				

Les avis restent les mêmes qu'au premier tour concernant l'importance de la catégorie des traitements dans la LL afin de limiter la LL à une seule page (cf *Tableau 26*).

Tableau 26 : Résultats de la partie "envoi et mise en plage de la LL" Tour n°2 (3)

Variable	Med	Min	Max	Interprétation
Privilégier la partie des traitements pour limiter à une seule page	7	5	9	Appropriée, accord relatif
Commentaires ayant servis à l'analyse : « information principale », « doit être mise en évidence »				

c) Analyse de la partie « items à intégrer dans la LL »

Dans la partie « items à intégrer dans la LL » :

- 5 propositions ont été jugées appropriées :
 - 1 proposition a obtenu un accord fort et a été validée.
 - 4 propositions ont obtenu un accord relatif.
- 14 propositions ont été jugées incertaines :
 - 5 propositions ont été jugées indécises.
 - 9 propositions n'ont pas obtenu de consensus.

Concernant la catégorie des traitements, 1 proposition a obtenu un accord fort. Il s'agit de la mention de la durée des traitements uniquement si elle est limitée. Deux autres propositions ont reçu un accord relatif, il s'agit des traitements suspendus et de la reprise du traitement habituel. Une fois de plus, les commentaires mettent en avant l'importance cruciale de détailler les traitements du patient. Les traitements contre-indiqués peuvent être simplement

mentionnés dans le CRH. En ce qui concerne la justification contextuelle pour l'arrêt ou l'introduction d'un traitement, la réponse reste incertaine. Cependant, lors du premier tour, les opinions indiquaient plutôt que cela pourrait être facilement intégré dans le CRH (cf *Tableau 27*).

Tableau 27 : Résultats de la partie "items à intégrer dans la LL" Tour n°2 (1)

Variable	Med	Min	Max	Interprétation
Mention de la reprise du traitement habituel	8	5	9	Appropriée, accord relatif
Mention des traitements suspendus	9	6	9	Appropriée, accord relatif
Mention de la durée des traitements uniquement si limitée	9	8	9	Appropriée, accord fort
Exclusion des traitements contre-indiqués	5	1	9	Incertaine, indécision
Exclusion de la justification contextuelle des traitements	7	1	9	Incertaine, absence de consensus
Commentaires ayant servis à l'analyse :				
Mention de la reprise du traitement habituel et des traitements suspendus : « plus de clarté », « important de connaître les modifications thérapeutiques », « nécessité d'avoir l'ensemble du traitement de sortie avec toutes les informations pour éviter des problèmes iatrogéniques »				
Mention de la durée des traitements uniquement si limitée : « oui, ça permet d'être sûr qu'ils ne sont pas oubliés ! »				
Exclusion des traitements contre-indiqués : « Pas vraiment d'intérêt »				
Exclusion de la justification contextuelle des traitements : « Ici ça peut surcharger la lettre et faire doublon avec le courrier effectivement »				

Il est nécessaire d'inclure les coordonnées du médecin neurologue référent (accord relatif) au MG. Pour certaines questions ne nécessitant pas une réponse rapide, un échange par e-mail est adapté. Pour cela, il est préférable d'indiquer les coordonnées du service (cf *Tableau 28*).

Tableau 28 : Résultats de la partie "items à intégrer dans la LL" Tour n°2 (2)

Variable	Med	Min	Max	Interprétation
Coordonnées du neurologue référent au MG	9	5	9	Appropriée, accord relatif
Commentaires ayant servis à l'analyse : « Oui pour contact si questionnement mais peut aussi passer par adresse mail générique du service ou secrétariat car si question urgente et neurologue absent pour x ou y raison, peut ralentir la communication alors qu'un autre neurologue du service aurait éventuellement pu répondre à la question en remplacement »				

Il serait également utile de rédiger une synthèse concise de la clinique du patient (accord relatif) afin de faciliter la compréhension, en mentionnant brièvement le déficit sans inclure les scores de Rankin et NIHSS qui sont plus pertinents pour le neurologue (cf Tableau 29).

Tableau 29 : Résultats de la partie "items à intégrer dans la LL" Tour n°2 (3)

Variable	Med	Min	Max	Interprétation
Synthèse clinique du patient	8	5	9	Appropriée, accord relatif
Exclusion scores NIHSS et Rankin	7	2	9	Incertaine, absence de consensus
Commentaires ayant servis à l'analyse : Synthèse clinique du patient : « la synthèse doit permettre de renseigner le dossier médical et le traitement le plus vite possible, sans avoir besoin de lire le détail du courrier » « nécessité pour le médecin traitant de bien connaître les symptômes, le diagnostic et les traitements pour vérifier que le patient suit bien les consignes données » « Evite de passer à côté d'informations sur des courriers parfois longs » Exclusion scores NIHSS et Rankin : « Intérêt pour moi de préciser de manière succincte le déficit résiduel », « privilégier topographie du déficit et retentissement sur les activités plus que le score de Rankin qui ne doit pas trop avoir de sens pour les MG »				

La section à propos des informations sur les ordonnances est à supprimer (cf Tableau 30).

Tableau 30 : Résultats de la partie "items à intégrer dans la LL" Tour 2 (4)

Variable	Med	Min	Max	Interprétation
Exclusion des informations au sujet de l'ordonnance	8	1	9	Incertaine, absence de consensus
Commentaires ayant servis à l'analyse : « Tout à fait d'accord pour ne pas faire figurer ces infos », « aucun intérêt », « Info inutile à mon sens sur une feuille de liaison »				

Pour la gestion des facteurs de risque vasculaire, aucun accord n'a été retrouvé avec des réponses discordantes entre les deux tours. Lors du second tour, cet aspect est mentionné important (*cf Tableau 31*) alors que lors du premier tour, il semblait être une simple prévention secondaire de cardiologie, facilement gérable par le MG (*cf Tableau 14*).

Tableau 31 : Résultats de la partie "items à intégrer dans la LL" Tour n°2 (5)

Variable	Med	Min	Max	Interprétation
Exclusion de la gestion des facteurs de risque vasculaire	6	1	9	Incertaine, indécision
Commentaires ayant servis à l'analyse : « paraîtra peut être intéressant après 10-20 ans d'exercice », « une piqure de rappel ne fait pas de mal »				

Concernant l'exclusion de la liste des examens complémentaires déjà effectués, l'avis entre les experts est très divergent alors qu'au premier tour, la tendance était plutôt à son exclusion car cette information est déjà détaillée dans le CRH (*cf Tableau 15*).

Il est important d'inscrire la date des examens complémentaires si celle-ci est connue tout en excluant le délai souhaité étant donné qu'il dépend du professionnel de santé.

La programmation des examens complémentaires et des consultations par l'hôpital dépend du degré de dépendance du patient. Il est important de partager les tâches : si le patient est autonome, il peut prendre ses rendez-vous lui-même, notamment quand il a son propre cardiologue. En revanche, en cas de forte perte d'autonomie, il est préférable que l'hôpital s'occupe de la programmation.

Concernant l'exclusion des conduites à tenir en fonction des résultats des examens complémentaires, la décision n'est pas définitive, mais initialement, c'était un refus en raison des risques médico-légaux et du nombre élevé de possibilités (*cf* *Tableau 32*).

Tableau 32 : Résultats de la partie "items à intégrer dans la LL" Tour n°2 (6)

Variable	Med	Min	Max	Interprétation
Exclusion liste des examens complémentaires déjà réalisés	4	1	8	Incertaine, indécision
Date connue des examens complémentaires	8	1	9	Incertaine, absence de consensus
Programmation des examens complémentaires par l'hôpital	7	1	9	Incertaine, absence de consensus
Exclusion des conduites à tenir des résultats d'examens complémentaires	7	1	9	Incertaine, absence de consensus
Programmation des consultations par l'hôpital	6	1	9	Incertaine, indécision

Suite du tableau 32

Commentaires ayant servis à l'analyse :

Exclusion liste des examens complémentaires déjà réalisés : « peut faire doublon avec le courrier de sortie », « Détaillés dans le courrier normalement, plutôt mettre les examens prévus ou à prévoir »

Programmation des examens complémentaires par l'hôpital : « partage de tâche, dépend du patient, de son entourage, si étayage compliqué: préférable que ce soit l'hôpital qui le fasse », « à adapter selon entourage médical, familial du patient et degré de perte d'autonomie »

Exclusion des conduites à tenir des résultats d'examens complémentaires : « Dépend du contexte », « Adaptations à faire au cas par cas »

Programmation des consultations par l'hôpital : « tout à fait possible durant l'hospitalisation », « le patient a déjà des spécialistes dans le privé »

Il ne paraît pas nécessaire de préciser la date souhaitée pour la consultation avec le MG, car celui-ci voit généralement son patient lors de sa sortie d'hospitalisation (cf *Tableau 33*).

Tableau 33 : Résultats de la partie "items à intégrer dans la LL" Tour n°2 (7)

Variable	Med	Min	Max	Interprétation
Exclusion de date de consultation du médecin généraliste	8	3	9	Incertaine, absence de consensus
Commentaires ayant servis à l'analyse : « Oui, dépend des délais pour obtenir une consultation qui peut être différent en fonction des moments et des médecins généralistes »				

Le détail du bilan biologique peut être omis, car il est entièrement gérable par le MG (cf *Tableau 34*).

Tableau 34 : Résultats de la partie "items à intégrer dans la LL" Tour n°2 (8)

Variable	Med	Min	Max	Interprétation
Exclusion du bilan biologique	8	1	9	Incertaine, absence de consensus
Commentaires ayant servis à l'analyse : « Oui à condition de mettre certains objectifs »				

Il est important de signaler un éventuel besoin de rééducation, sans entrer dans les détails.

Concernant les aides, les opinions varient considérablement : lors du second tour (*cf Tableau 35*), l'importance a été perçue comme plutôt significative, alors que lors du premier tour, l'avis était plutôt défavorable (*cf Tableau 21*).

Tableau 35 : Résultats de la partie "items à intégrer dans la LL" Tour n°2 (9)

Variable	Med	Min	Max	Interprétation
Mention besoin de rééducation	8	1	9	Incertaine, absence de consensus
Exclusion listes des aides	5	1	9	Incertaine, indécision
Commentaires ayant servis à l'analyse : Mention besoin de rééducation : « nous sommes censés savoir si notre patient a besoin de rééducation » Exclusion listes des aides : « Peut être plutôt à la fin du courrier et pas sur la lettre de liaison pour le médecin ou je pense qu'il faut être rapide et concis »				

d) Analyse de la partie « questions générales »

Dans la partie « questions générales », une proposition a été jugée appropriée avec un accord fort et a été validée. L'autre proposition a été jugée incertaine.

Il n'est pas jugé pertinent d'inclure les consignes d'urgence dans la LL, car bien qu'elles soient importantes pour le patient, elles ne sont pas essentielles pour la communication avec le MG.

La LL pourrait s'avérer utile si le CRH n'est pas disponible lors de la sortie d'hospitalisation du patient (accord fort), mais elle ne doit pas servir de substitut (cf *Tableau 36*).

Tableau 36 : Résultats de la partie "questions générales" Tour n°2

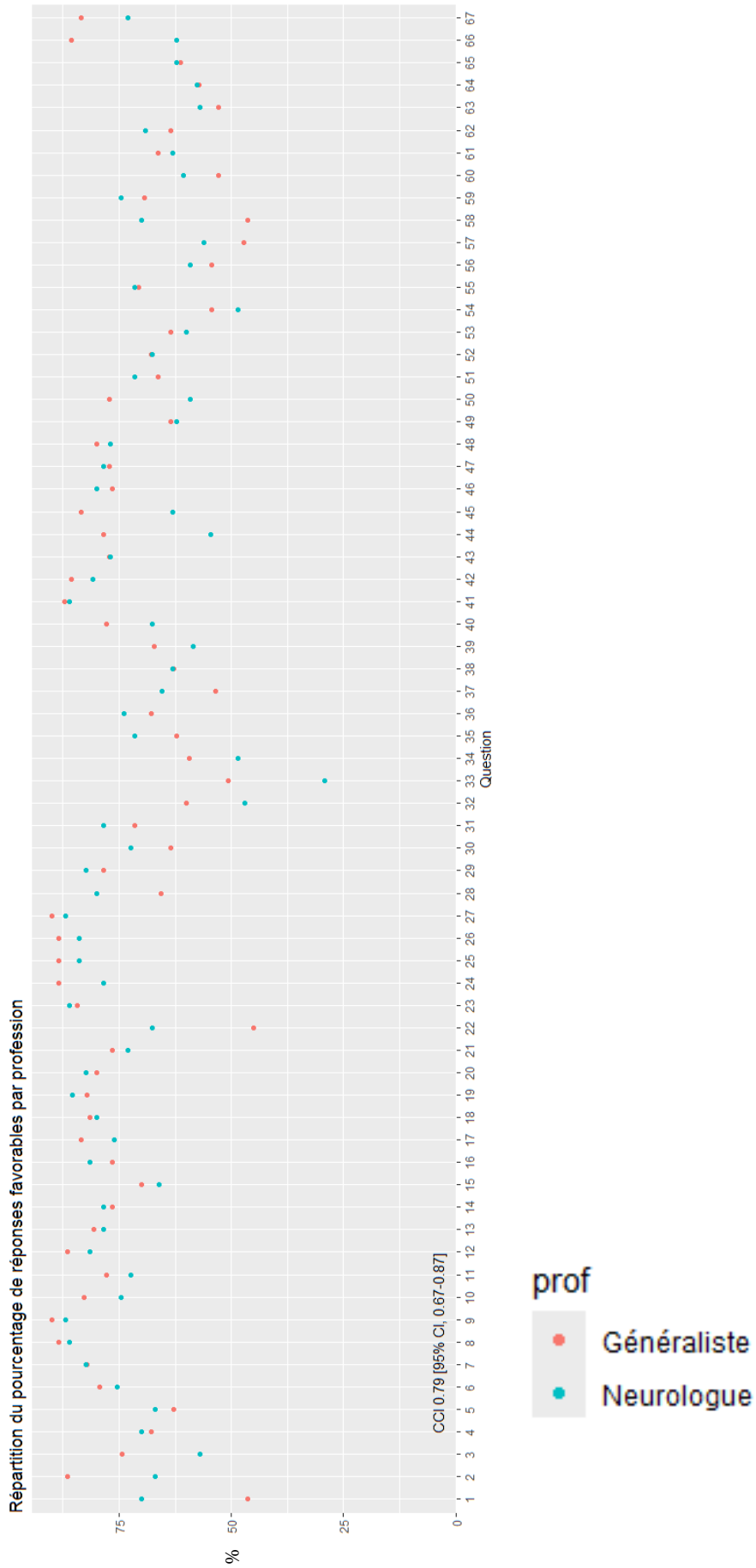
Variable	Med	Min	Max	Interprétation
Consignes d'urgences	5	2	9	Incertaine, indécision
Utilité de la LL si CRH pas disponible	9	7	9	Appropriée, accord fort
Commentaires ayant servis à l'analyse :				
Consignes d'urgences : « s'adresse plus au patient qu'au médecin traitant je trouve »				
Utilité de la LL si CRH pas disponible : « la lettre de liaison est un complément mais non un substitut au courrier de sortie, il s'agit de deux choses différentes », « Oui c'est le but, en restant synthétique et en ne contenant que les données importantes pour la prise en charge immédiate du patient le temps de recevoir le courrier définitif et de revoir le patient »				

4. Critère de jugement secondaire

La concordance inter évaluateur de l'ensemble des experts est élevée. Le CCI est calculé à **0.88** [95% CI, 0.81-0.94], ce qui signifie que l'ensemble des experts sont cohérents dans leur notation.

La concordance des réponses entre le groupe des MG et le groupe des neurologues est élevée. Le CCI est calculé à **0.79** [95% CI, 0.67-0.87]. Le groupe de MG et le groupe de neurologues répondent de manière semblable aux différentes questions. La *figure 8* représente la répartition du pourcentage de réponse favorable en fonction du sous-groupe d'experts. Les points rouges représentent le groupe des MG et les points bleus le groupe des neurologues. Chaque proposition du tour n°1 est représentée sur l'abscisse. Lorsque les points d'une proposition sont proches, cela signifie que les réponses entre les deux groupes étaient concordantes.

Figure 8 : Résultats du critère de jugement secondaire



V. Discussion

1. Résultat principal

a) Généralités

En résumé, 22 propositions ont été jugées appropriées dont 8 avec un accord fort et 14 avec un accord relatif. Nous avons décidé de nous arrêter au deuxième tour car les réponses variaient parfois entre le premier et le second tour, ainsi qu'entre les experts eux-mêmes ce qui rendait la poursuite difficile. Cependant, nous avons réussi à constituer une trame à notre LL grâce aux propositions jugées appropriées, aux commentaires et aux critères HAS (*cf Annexe 6*).

La LL pourrait s'avérer utile si le CRH n'est pas disponible lors de la sortie d'hospitalisation du patient (accord fort), sans pour autant servir de substitut. Ce sont deux documents complémentaires.

La LL présente le plan du suivi du patient de manière courte et concise. Elle pourrait améliorer la coordination des soins entre les neurologues et les MG (accord relatif) pour le suivi des patients ayant subi un AIC. Elle permettrait également de sécuriser la prise en charge des patients à leur sortie d'hospitalisation, de réduire les réhospitalisations précoces et le risque iatrogénique, tout en renforçant la collaboration entre l'hôpital et la ville. Cela permettrait de répondre au plus près aux besoins des MG et, par conséquent, de diminuer la morbi-mortalité.

Elle est un outil d'échange entre les neurologues et les MG pour permettre à ces derniers d'être acteurs de la prise en charge du patient en sortie d'hospitalisation grâce à une transmission rapide des informations.

De plus, ce document pourrait être utile pour l'éducation thérapeutique du patient.

b) Mode d'envoi et format

Le MG devrait recevoir idéalement la LL en format électronique (accord relatif) via sa messagerie sécurisée car de cette façon il la recevra plus rapidement.

Le patient devrait sortir d'hospitalisation avec sa LL en format papier (accord fort) remise et expliquée par le médecin référent de son hospitalisation afin de faciliter sa compréhension et son éducation thérapeutique et de la transmettre à d'autres spécialistes.

La LL doit être courte et concise pour être lue rapidement afin d'être appliquée immédiatement. Une page serait l'idéal mais tout dépend du patient.

c) Items à intégrer dans la LL

Il est indispensable de mentionner le nom, le prénom et la date de naissance du patient. Son motif d'hospitalisation ainsi que la date du séjour sont obligatoires. Le nom de son médecin traitant est indispensable également (35).

Il est essentiel d'indiquer les coordonnées du service (numéro de téléphone et adresse e-mail) afin que le MG puisse contacter un neurologue pour discuter de la prise en charge du patient. En revanche, ces coordonnées ne seraient pas destinées aux patients (accord relatif).

De plus, il est important de réaliser une synthèse clinique du patient (accord relatif) comportant son diagnostic, l'étiologie de son AIC (accord relatif), ainsi que tout traitement éventuel par thrombolyse ou thrombectomie (accord relatif). Ces informations devraient être complétées par son autonomie et sa capacité à marcher.

La catégorie des traitements a obtenu dès le premier tour un accord fort. Elle est la plus importante et mérite d'être détaillée avec les mentions suivantes :

- traitement arrêté (accord fort),
- traitement à réévaluer (accord fort),
- nouveau traitement (accord fort),
- la durée si le traitement est limité dans le temps (accord fort),
- traitement suspendu (accord relatif),
- reprise du traitement habituel (accord relatif).

En ce qui concerne les examens complémentaires et les consultations avec des spécialistes, il est important de mentionner ceux qui sont à prévoir (accord fort) ainsi que leur date si l'examen ou la consultation a déjà été programmée (accord relatif). Il est également essentiel d'impliquer le patient et sa famille dans la prise de rendez-vous, surtout si le patient est autonome et a déjà, par exemple, son propre cardiologue.

Il est important de rappeler les principaux facteurs de risque vasculaire à surveiller chez le patient, ainsi que l'évaluation de la nécessité d'une rééducation.

Pour finir, les experts ont souligné l'importance de ne pas mentionner des informations qui sont déjà présentes dans le CRH et qui ne relèvent pas de l'urgence dans la suite de la prise en charge du patient (par exemple, les aides et le domaine social).

2. Discussion de la méthode choisie

a) Forces

La méthode de consensus Delphi était tout à fait adéquate. Elle a permis l'émergence de nouvelles idées, l'étude de bonnes pratiques et d'identifier le degré d'accord ou d'indécision entre les experts.

Les experts étaient compétents car certains d'entre eux avaient une longue expérience, et en moyenne, ils affichaient tous une durée d'exercice de dix ans. Le nombre de participants était suffisant avec un nombre d'experts plus important que le nombre attendu. Ils étaient très investis, ont répondu rapidement au second tour et pour la plupart, ont laissé de nombreux commentaires permettant la reformulation des propositions. Il n'y a eu que deux perdus de vue, malgré la relance de deux mails. L'anonymat et l'absence de rencontre ont permis d'éviter l'effet de «leader». Tous les neurologues recrutés travaillaient à l'hôpital et prenaient en charge des patients en phase aigüe d'AVC. Tous les MG recrutés prenaient en charge des patients ayant fait un AVC.

b) Limites

Néanmoins, la méthode Delphi présente certaines limites.

Tout d'abord, les propositions sont subjectives, ayant été sélectionnées par mes soins, validées par ma directrice de thèse et mon statisticien après une revue de la littérature, ce qui peut introduire un biais de suggestion. De plus, l'évaluation sur une échelle de 1 à 9 par les experts est également marqueur de subjectivité.

L'analyse qualitative des réponses en vue de la reformulation pour le second tour était basée sur notre propre appréciation et a pu également entraîner une interprétation biaisée.

En ce qui concerne les experts, la définition même de ce qu'est un expert peut engendrer un biais.

Bien que l'absence de rencontre entre les experts évite l'influence d'un « leader », cela limite également les interactions et l'émergence d'idées nouvelles.

Lors du premier tour, nous avons 27 experts, et 25 au second, ce qui complique l'obtention d'un accord parmi un grand nombre d'experts. Par ailleurs, certains experts ont fourni très peu de commentaires.

Il y a également un biais de sélection, car certains neurologues travaillaient dans le même établissement, ce qui a conduit à une représentation majoritaire de certains centres hospitaliers, tandis que certains n'ont pas été représentés.

Sur le plan statistique, peu de réponses ont atteint un consensus, car au premier tour, il suffisait qu'une cotation ne se situe pas dans l'intervalle de la médiane pour que la proposition ne soit pas validée. Au second tour, il était permis d'exclure deux valeurs opposées à la majorité du groupe mais il était encore une fois difficile d'obtenir beaucoup de consensus. Il aurait nécessité un nombre de tours très élevé pour parvenir à un consensus, et nous aurions probablement rencontré des difficultés à recueillir les réponses des experts.

Le premier questionnaire était très détaillé et donc assez long, comprenant 67 questions à évaluer, sans compter la première partie dédiée aux questions sur le profil des médecins répondants.

Par rapport à la méthode Delphi, nous avons pris quelques libertés : nous avons supprimé certaines propositions qui auraient dû passer au second tour et nous avons regroupé plusieurs propositions liées entre elles. De plus, les propositions qui n'ont pas été reformulées ont été éliminées. Ainsi, un nombre significatif d'items a été réduit dans le second questionnaire. Cela

est également justifié par les retours du premier tour qui suggéraient qu'il était préférable d'être concis et d'éviter les détails pour ne pas risquer de créer un doublon avec le CRH.

Enfin, il est à noter que les réponses variaient parfois entre le premier et le second tour, ainsi qu'entre les experts eux-mêmes, ce qui a compliqué le travail. Les propositions qui n'ont pas trouvé de consensus, mais dont les avis sont restés constants entre les deux tours, ont été rejetées.

3. Comparaison avec les données de la littérature

a) Généralités

Ce travail a permis l'élaboration d'une LL en accord avec les critères HAS (36).

La LL est un document clé de la prise en charge efficace du patient. Elle assure la transmission de l'information depuis l'hôpital vers la médecine de ville, contribuant ainsi à garantir la sécurité et la qualité des soins du patient après sa sortie d'hospitalisation.

La LL de sortie doit être rédigée par le médecin de l'établissement de santé ayant pris en charge le patient au cours de son hospitalisation et intégrer l'ensemble des éléments fixés par le décret du 26 juillet 2016 (30), notamment les traitements médicamenteux et la planification des soins à la sortie.

b) Mode d'envoi et format

Ce travail a montré qu'il était préférable d'envoyer la LL aux MG par voie électronique ce qui est en accord avec une étude réalisée dans un hôpital à Surrey au Royaume-Uni. Le but de cette étude était d'augmenter de manière significative, le pourcentage de CRH envoyés par voie électronique. En cas de non-respect une pénalité financière était attribuée. En augmentant

ce taux de 9 à 75%, la communication avec les MG s'est améliorée ce qui a permis une transmission des soins plus fiables et une réduction des coûts (37).

Une autre étude a démontré qu'une transmission rapide et complète de la LL aux MG permettrait de réduire les coûts, les délais et les services médicaux redondants (38).

La LL doit bien évidemment être remise au patient par le médecin qui l'a rédigée ou par un autre membre de l'équipe de soins selon l'article R. 1112- 1-2 du CSP relatif à la LL et son contenu (39).

Quant à la longueur de la lettre de liaison, la HAS ne donne aucune directive.

c) Importance du détail des traitements et des examens complémentaires à réaliser

Ce travail a également mis en évidence que le détail des traitements du patient est le point le plus important de la LL. La HAS propose d'ailleurs un volet médicamenteux des traitements sous la forme d'un tableau. Le volet médicamenteux de la LL permet de tracer sur un même document l'ensemble des médicaments pris par le patient avant et après son hospitalisation. Il détaille :

- le bilan médicamenteux pour les établissements de santé réalisant une démarche de conciliation des traitements médicamenteux,
- le traitement du patient avant son hospitalisation pour les établissements de santé qui ne réaliseraient pas cette démarche.

Dans les deux cas, le volet médicamenteux de la LL permet de tracer le devenir de ce traitement et le traitement de sortie d'hospitalisation prescrit. Des commentaires explicatifs peuvent être associés. Ce document peut être joint à la LL à la sortie. Il est accompagné des consignes de remplissage (40).

Une autre étude a déterminé ce que le MG recherchait dans le document de sortie par ordre d'importance. Il s'agissait du traitement de sortie, le diagnostic principal, les suites à donner en termes de prise en charge diagnostique ou thérapeutique et le motif d'admission (41).

d) Amélioration de la transmission des informations

L'amélioration des LL joue un rôle essentiel dans le renforcement de la continuité des soins aux patients. Une étude récente a montré une diminution des taux de réadmission après une hospitalisation pour exacerbation d'insuffisance cardiaque lorsque les résumés de sortie étaient améliorés dans certains domaines. Il s'agissait notamment de la documentation des mesures de suivi requises du MG, d'un résumé clinique du séjour du patient et d'informations fournies au patient en des termes simples (42).

4. Perspectives

Cependant, la LL ne peut pas répondre à tous les besoins.

a) Manque de moyens à domicile

Lorsque les examens demandés ou la rééducation ne sont pas effectués, ce n'est finalement pas la responsabilité du MG, mais plutôt un manque de moyens.

La rééducation doit cibler en priorité la récupération des déficits (43). Elle doit être adaptée avec des professionnels spécialisés et des séances suffisamment intenses et prolongées. La rééducation débute habituellement dans l'unité hospitalière et elle se poursuivra à domicile ou en établissement de santé selon les besoins. Un service de MPR offre les meilleures conditions. Le caractère personnalisé, multidisciplinaire, coordonné et intensif du programme de rééducation et de réadaptation en assure les meilleurs résultats. Mais tous les patients ne

peuvent bénéficier d'un tel programme, c'est notamment le cas de ceux présentant des antécédents neurologiques ou des comorbidités fragilisant leur état et qui peuvent nécessiter d'une rééducation moins intense dans un service spécialisé en gériatrie. La rééducation ambulatoire, dès qu'elle est possible, peut l'être selon deux principales modalités. L'hôpital de jour de MPR permet la poursuite d'une rééducation multidisciplinaire coordonnée, habituellement au rythme de deux à quatre venues par semaine, mais nécessite la proximité d'une structure adaptée (au maximum à une demi-heure de trajet). La rééducation par des professionnels libéraux, en cabinet ou à domicile s'applique à la kinésithérapie et à l'orthophonie, mais pas à l'ergothérapie qui n'est pas remboursée en activité libérale par la Sécurité Sociale. Il faut malheureusement déplorer la difficulté qu'il y a de trouver des kinésithérapeutes s'intéressant à ces troubles neurologiques, les tarifs de prise en charge étant pour partie en cause.

Les rendez-vous médicaux ont des longs délais car il manque de spécialistes. L'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) a fait une enquête des métiers sous tensions dans la région des Hauts de France (44) : le nombre de postes vacants en cardiologie ne cesse d'augmenter. Les métiers les plus sous tension sont les infirmiers libéraux, les aides-soignants, les masseurs-kinésithérapeutes et les psychologues.

b) Mise en œuvre difficile et manque de moyens à l'hôpital

La mise en œuvre de la LL semble difficile en raison du manque de temps des neurologues et de moyens, notamment le manque fréquent de secrétaires à l'hôpital. De plus, elle devrait être personnalisée pour chaque patient, ce qui complique encore sa réalisation.

Ce travail reste une piste d'amélioration du CRH ou une alternative quand le CRH n'est pas remis à la sortie d'hospitalisation.

Une standardisation des LL et des CRH dans les cas jugés simples, serait bénéfique tant pour les patients, en réduisant le risque d'événements indésirables liés à la transmission des soins, que pour les médecins, en leur permettant de gagner du temps (45). Une standardisation des documents de sortie procure des documents de meilleure qualité, plus complets, délivrés plus rapidement et aide à trouver plus facilement l'information cherchée (29).

Il pourrait être nécessaire de réaliser des enseignements supplémentaires aux médecins, éventuellement lorsqu'ils sont étudiants en médecine pour apprendre à organiser et à présenter les informations dans les CRH, afin de faciliter une standardisation efficace. La formation des étudiants en médecine sur la documentation de sortie a récemment fait l'objet d'une enquête. Cette étude a révélé que les étudiants se sentaient mieux préparés et confiants dans leurs capacités à rédiger des documents de sortie, et qu'ils modifieraient leur façon de rédiger ces documents une fois diplômés (46).

VI. Conclusion

La LL pourrait s'avérer utile si le CRH n'est pas disponible lors de la sortie d'hospitalisation du patient, sans pour autant servir de substitut. Ce sont deux documents complémentaires.

La LL présente le plan du suivi du patient de manière courte et concise. Elle pourrait améliorer la coordination des soins entre les neurologues et les MG pour le suivi des patients ayant subi un AIC. Elle permettrait également de sécuriser la prise en charge des patients à leur sortie d'hospitalisation, de réduire les réhospitalisations précoces et le risque iatrogénique, tout en renforçant la collaboration entre l'hôpital et la ville. Cela permettrait de répondre au plus près aux besoins des MG et, par conséquent, de diminuer la morbi-mortalité.

Elle est un outil d'échange entre les neurologues et les MG pour permettre à ces derniers d'être acteurs de la prise en charge du patient en sortie d'hospitalisation.

Le mode d'envoi aux MG le plus adapté est le format électronique par messagerie sécurisée car il permet une transmission rapide des informations. Le patient devrait sortir d'hospitalisation avec sa LL en format papier remise et expliquée par le médecin référent de son hospitalisation afin de faciliter sa compréhension et son éducation thérapeutique.

Les informations les plus importantes à transmettre sont le détail des traitements du patient et les examens et les consultations en attente avec les dates si elles sont déjà connues. Il semble également important d'indiquer les coordonnées du médecin neurologue référent ainsi que de réaliser une synthèse clinique du patient

Cependant, elle ne répond pas à tous les besoins (manque d'aides à domicile) et sa mise en œuvre peut paraître difficile (manque de temps et de secrétaires).

Une standardisation des documents de sortie pour les cas jugés simples et une formation des étudiants à la présentation des informations pourraient être une piste d'amélioration.

VII. Bibliographie

- (1) CEN Neurologie. Accidents vasculaires cérébraux [Internet]. Disponible sur : <https://www.cen-neurologie.fr/second-cycle/accidents-vasculaires-cerebraux>.
- (2) Santé publique France. Accident vasculaire cérébral [Internet]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/accident-vasculaire-cerebral>.
- (3) Bangad A, Abbasi M, de Havenon A. Secondary Ischemic Stroke Prevention. *Neurotherapeutics*. 2023 Apr;20(3):721-731.
- (4) Kolmos M, Christoffersen L, Kruuse C. Recurrent Ischemic Stroke - A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2021 Aug;30(8):105935.
- (5) Knight-Greenfield A, Nario JJQ, Gupta A. Causes of Acute Stroke: A Patterned Approach. *Radiol Clin North Am*. 2019 Nov;57(6):1093-1108.
- (6) Embolic strokes of undetermined source: the case for a new clinical construct. *Lancet Neurol*. 2014 Apr;13(4):429-38.
- (7) Ntaios G. Embolic Stroke of Undetermined Source: JACC Review Topic of the Week. *J Am Coll Cardiol*. 2020 Jan 28;75(3):333-340.
- (8) Navi BB, Kasner SE, Elkind MSV, Cushman M, Bang OY, DeAngelis LM. Cancer and Embolic Stroke of Undetermined Source. *Stroke*. 2021 Mar;52(3):1121-1130.
- (9) Fonseca AC, Ferro JM. Cryptogenic stroke. *Eur J Neurol*. 2015 Apr;22(4):618-23.
- (10) Haute Autorité de Santé. Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire [Internet]. 2023. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1252051/fr/prevention-vasculaire-apres-un-infarctus-cerebral-ou-un-accident-ischemique-transitoire.
- (11) Hans-Christoph Diener, Graeme J. Hankey, Primary and Secondary Prevention of Ischemic Stroke and Cerebral Hemorrhage: JACC Focus Seminar, *Journal of the American College of Cardiology*, Volume 75, Issue 15, 2020, Pages 1804-1818, ISSN 0735-1097.

- (12) Ameli. PRADO : un service d'accompagnement à domicile pour les patients. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>.
- (13) Aubry P, Hamidouche F, Alqudwa A, Naoum-Nehme A, Maiga B, Camara N, Manchon E, Poulos N. Prise en charge de l'AVC cryptogénique : où en sommes-nous ? [Cryptogenic stroke management : where are we ?]. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)*. 2021 Dec;70(6):373-379.
- (14) Inserm. Accident vasculaire cérébral (AVC) [Internet]. Paris : Inserm. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/dossier/accident-vasculaire-cerebral-avc/>
- (15) Kolmos M, Christoffersen L, Kruuse C. Recurrent Ischemic Stroke - A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2021 Aug;30(8):105935.
- (16) Kleindorfer DO, Towfighi A, Chaturvedi S, Cockroft KM, Gutierrez J, Lombardi-Hill D, Kamel H, Kernan WN, Kittner SJ, Leira EC, Lennon O, Meschia JF, Nguyen TN, Pollak PM, Santangeli P, Sharrief AZ, Smith SC Jr, Turan TN, Williams LS. 2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2021 Jul;52(7):e364-e467.
- (17) Dawson J, Béjot Y, Christensen LM, De Marchis GM, Dichgans M, Hagberg G, Heldner MR, Millionis H, Li L, Pezzella FR, Taylor Rowan M, Tiu C, Webb A. European Stroke Organisation (ESO) guideline on pharmacological interventions for long-term secondary prevention after ischaemic stroke or transient ischaemic attack. *Eur Stroke J*. 2022 Sep;7(3):I-II.
- (18) Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, Benetos A, Biffi A, Boavida JM, Capodanno D, Cosyns B, Crawford C, Davos CH, Desormais I, Di Angelantonio E, Franco OH, Halvorsen S, Hobbs FDR, Hollander M, Jankowska EA, Michal M, Sacco S, Sattar N, Tokgozoglu L, Tonstad S, Tsioufis KP,

van Dis I, van Gelder IC, Wanner C, Williams B; ESC National Cardiac Societies; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2021 Sep 7;42(34):3227-3337.

- (19) Baillieul S, Dekkers M, Brill AK, Schmidt MH, Detante O, Pépin JL, Tamisier R, Bassetti CLA. Sleep apnoea and ischaemic stroke: current knowledge and future directions. *Lancet Neurol*. 2022 Jan;21(1):78-88.
- (20) ARS Île-de-France. AVC : guide d'orientation pour les malades et les familles [Internet]. 2016. Disponible sur : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/AVC-guide-orientation-malades-familles.pdf>.
- (21) Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, Deruyter F, Eng JJ, Fisher B, Harvey RL, Lang CE, MacKay-Lyons M, Ottenbacher KJ, Pugh S, Reeves MJ, Richards LG, Stiers W, Zorowitz RD; American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Quality of Care and Outcomes Research. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2016 Jun;47(6):e98-e169.
- (22) Le Danseur M. Stroke Rehabilitation. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2020 Mar;32(1):97-108.
- (23) Bezanson C. Les accidents vasculaires cérébraux. *Revue francophone d'orthoptie* (2016).
- (24) Diener HC, Hankey GJ. Primary and Secondary Prevention of Ischemic Stroke and Cerebral Hemorrhage: JACC Focus Seminar. *J Am Coll Cardiol*. 2020 Apr 21;75(15):1804-1818.
- (25) Caprio FZ, Sorond FA. Cerebrovascular Disease: Primary and Secondary Stroke Prevention. *Med Clin North Am*. 2019 Mar;103(2):295-308.
- (26) ARS Auvergne-Rhône-Alpes. Handicap invisible : guide pour les professionnels et les familles [Internet]. 2020. Disponible sur : https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2020-10/2020_HANDICAP_INVISIBLE_LCA_Haute_Savoie_WEB.pdf.
- (27) Wolfe CD, Redfern J, Rudd AG, Grieve AP, Heuschmann PU, McKevitt C. Cluster randomized controlled trial of a patient and general practitioner intervention to

- improve the management of multiple risk factors after stroke: stop stroke. *Stroke*. 2010 Nov;41(11):2470-6.
- (28) Scaioli G, Schäfer WLA, Boerma WGW, Spreuwenberg PMM, Schellevis FG, Groenewegen PP. Communication between general practitioners and medical specialists in the referral process: a cross-sectional survey in 34 countries. *BMC Fam Pract*. 2020 Mar 17;21(1):54.
- (29) Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. 2007 Feb 28;297(8):831-41.
- (30) Légifrance. Décret n° 2016-1234 du 12 octobre 2016 relatif aux lettres de liaison. 2016. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032922482>.
- (31) Sakaguchi FH, Lenert LA. Improving Continuity of Care via the Discharge Summary. *AMIA Annu Symp Proc*. 2015 Nov 5;2015:1111-20.
- (32) Garåsen, H., Johnsen, R. The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment. *BMC Health Serv Res* 7, 133 (2007).
- (33) Bansard, M, Clanet, R, & Raginel, T (2017). 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*, 2017/1 Vol. 29, pp. 57-70.
- (34) Thong JF, Mok P, Loke D. A quality assurance survey to improve communication between ENT specialists and general practitioners. *Singapore Med J*. 2010 Oct;51(10):796-9.
- (35) Haute Autorité de Santé. Qualité de la lettre de liaison à la sortie. IQSS 2023 : DPA SMR - Fiche descriptive QLS 2023 [Internet]. 2023. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-03/iqss_2023_dpa_smr_fiche_descriptive_qls_2023.pdf.
- (36) Haute Autorité de Santé. Guide méthodologique. Haute Autorité de Santé; 2011. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-11/guide_methodologique_cf_40_pages_2011-11-03_15-40-2_278.pdf.

- (37) Barr R, Chin KY, Yeong K. Improving transmission rates of electronic discharge summaries to GPs. *BMJ Qual Improv Rep*. 2013 Sep 17;2(1):u756.w1013.
- (38) Schabetsberger T, Ammenwerth E, Andreatta S, Gratl G, Haux R, Lechleitner G, Schindelwig K, Stark C, Vogl R, Wilhelmy I, Wozak F. From a paper-based transmission of discharge summaries to electronic communication in health care regions. *Int J Med Inform*. 2006 Mar-Apr;75(3-4):209-15.
- (39) La transmission de la lettre de liaison de sortie : une parfaite illustration de la délicate articulation des textes. *Jurisante [Internet]*. 2023; 12(3): 45-50. Disponible sur : <https://www.cneh.fr/blog-jurisante/publications/droits-des-patients-exercice-professionnel-responsabilite/article-la-transmission-de-la-lettre-de-liaison-de-sortie>.
- (40) Omédit Grand Est. Volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie [Internet]. Disponible sur : <https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/volet-medicamenteux-de-la-lettre-de-liaison-la-sortie>.
- (41) Clanet R. Revue systématique sur les documents de sortie d'hospitalisation et les attentes des médecins généralistes. *Santé Publique*. 2015;27(5):701-11.
- (42) Salim Al-Damluji M, Dzara K, Hodshon B, Punnanithinont N, Krumholz HM, Chaudhry SI, Horwitz LI. Association of discharge summary quality with readmission risk for patients hospitalized with heart failure exacerbation. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2015 Jan;8(1):109-11.
- (43) Yelnik A. Récupération de la motricité après accident vasculaire cérébral. Facteurs pronostiques et rééducation. *Bull Acad Natl Med*. 2022;206(5):594-603.
- (44) Association Nationale des Formations Hospitalières (ANFH). Synthèse de l'enquête sur les métiers en tension. Hauts-de-France : ANFH ; 2023. Disponible sur : https://www.anfh.fr/sites/default/files/fichiers/synthese_enquete_metiers_en_tension_anfh_hdf_edition_2023_0.pdf.
- (45) Tremoulet PD, Shah PD, Acosta AA, Grant CW, Kurtz JT, Mounas P, Kirchhoff M, Wade E. Usability of Electronic Health Record-Generated Discharge Summaries: Heuristic Evaluation. *J Med Internet Res*. 2021 Apr 15;23(4):e25657.

- (46) Ming D, Zietlow K, Song Y, Lee HJ, Clay A. Discharge summary training curriculum: a novel approach to training medical students how to write effective discharge summaries. *Clin Teach*. 2019 Oct;16(5):507-512.

VIII. Annexes

Annexe 1 : Informations à noter dans la lettre de liaison de sortie selon le décret du 26 juillet 2016

Informations à noter dans la lettre de liaison de sortie

- Identification du patient et de son médecin traitant, le cas échéant du praticien adresseur ;
- Identification du médecin de l'établissement de santé ayant pris en charge le patient au cours de son hospitalisation ;
- Dates et modalités d'entrée et de sortie de l'établissement de santé ;
- Motif de l'hospitalisation ;
- Synthèse médicale du séjour précisant le cas échéant, les événements indésirables survenus pendant l'hospitalisation, l'identification de micro-organismes multirésistants ou émergents, l'administration de produits sanguins ou dérivés du sang, la pose d'un dispositif médical implantable ;
- Traitements prescrits à la sortie de l'établissement (ou ordonnances de sortie) et ceux arrêtés durant le séjour et le motif d'arrêt ou de remplacement, en précisant, notamment pour les traitements médicamenteux, la posologie et la durée du traitement ;
- Annonce, le cas échéant, de l'attente de résultats d'examens ou d'autres informations qui compléteront cette lettre de liaison ;
- Suites à donner, le cas échéant, y compris d'ordre médico-social, tels que les actes prévus et à programmer, recommandations et surveillance particulières.

Annexe 2 : Questionnaire tour 1

Création d'une lettre de liaison pour assurer la continuité de soins ville / hôpital du patient ayant fait un AVC d'origine ischémique : obtention d'un consensus par la méthode Delphi

Bonjour, je suis Joséphine Luchier et je vous invite à prendre part à mon projet dans le cadre de ma thèse de médecine générale.

Mon objectif est de renforcer la coordination des soins entre l'hôpital et la ville dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients ayant fait un AVC ischémique. En effet, l'AVC ischémique représente un enjeu majeur de santé publique en France (80% des AVC), avec un nombre significatif de cas et de nombreuses récurrences. Il exige une prise en charge optimale et continue entre l'hôpital et la ville. Or, cette continuité est souvent fragilisée, rendant la gestion de cette pathologie complexe encore plus difficile, particulièrement lorsque l'origine de l'AVC n'est pas identifiée.

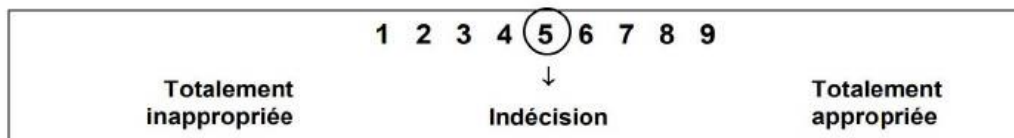
Je souhaite la création d'une lettre de liaison en complément du compte rendu hospitalier. Elle sera obtenue par méthode de consensus Delphi, via des questionnaires successifs soumis à un groupe d'experts composés de neurologues et de médecins généralistes. Cette lettre de liaison, destinée aux médecins traitants, est un document clé de la prise en charge efficace du patient, elle assure la transmission de l'information depuis l'hôpital vers la médecine de ville, contribuant ainsi à garantir la sécurité et la qualité des soins du patient après sa sortie d'hospitalisation.

Je vous invite à répondre au questionnaire suivant. Je vous retournerai ensuite l'analyse des réponses du groupe via votre adresse mail et je vous inviterai à participer au second tour. Le premier questionnaire, qui servira de base, sera enrichi au deuxième tour par des résultats et commentaires générés précédemment. Les réponses seront anonymes. Je vous encourage vivement à laisser des commentaires. La durée du questionnaire est d'environ 15 minutes.

Concernant la cotation, en regard de chaque item du questionnaire, est placée une échelle numérique graduée de 1 à 9 :

- la valeur 1 signifie que vous jugez la proposition « totalement inappropriée » (ou non indiquée, ou non acceptable)
- la valeur 9 signifie que vous jugez la proposition « totalement appropriée » (ou indiquée, ou acceptable)
- les valeurs 2 à 8 traduisent les situations intermédiaires possibles
- la valeur « 5 » correspond à l'indécision ou la neutralité

Si vous avez une question ou si vous rencontrez un problème de connexion, n'hésitez pas à me contacter par mail à josephineluchier@hotmail.fr.



1ère partie : profil du médecin

Dans quel département travaillez-vous ?

- Nord
- Pas de Calais
- Autre

Quelle est votre profession ?

- Neurologue thésé
- Médecin généraliste thésé
- Autre

Quel est votre mode d'activité ?

- Hospitalier
- Libéral
- Mixte (libéral et hospitalier)

Quel est votre mode d'activité ?

- Hospitalier
- Libéral

Avez-vous dans votre patientèle des patients qui ont fait un AVC ?

- Oui
- Non

Prenez-vous en charge des AVC ? (y compris en urgence)

- Oui
- Non

Travaillez-vous en unité de neuro vasculaire ?

- Oui
- Non

Etes-vous surspécialisé ?

- Non
- Oui

Exemples : neuro vasculaire, pathologie cognitive

Quelle surspécialisation ?

Quelle est votre adresse mail ?

Quel est votre âge ? (en années)

Comment vous définissez-vous ?

- Femme
- Homme
- Autre
- Ne se prononce pas

Depuis combien d'années exercez-vous ?

2ème partie : envoi et mise en page de la lettre de liaison

La lettre de liaison est un document instaurant l'échange d'informations entre professionnels de santé. Elle résume les conclusions de l'hospitalisation du patient et établit les préconisations de prise en charge après sa sortie. Elle est un outil indispensable à la bonne coordination entre l'hôpital et la ville.

Selon vous, trouvez-vous approprié l'envoi de la lettre de liaison en papier ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement inapproprié					Totalement approprié			

Commentaires

Selon vous, trouvez-vous approprié l'envoi de la lettre de liaison en courrier électronique ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement inapproprié					Totalement approprié			

Commentaires

Selon vous, trouvez-vous approprié un délai de réception de la lettre de liaison dans les 48H après la sortie d'hospitalisation ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement inapproprié					Totalement approprié			

Commentaires

Selon vous, trouvez-vous réalisable en pratique un délai de réception inférieur à 48H ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement irréalisable					Totalement réalisable			

Commentaires

Selon vous, trouvez-vous que l'envoi de la lettre de liaison au patient lui permettrait de s'impliquer davantage dans sa santé ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Total désaccord					Total accord			

Commentaires

Selon vous, trouvez-vous réalisable que le contenu de la lettre de liaison ne dépasse pas une page recto/verso ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement irréalisable					Totalement réalisable			

Selon vous, trouvez-vous plus approprié que la lettre de liaison soit organisée en plusieurs catégories ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Total désaccord					Total accord			

Exemples : traitement, examens complémentaires etc

Commentaires

Selon vous, trouvez-vous utile de mentionner les catégories ci-dessous dans la lettre de liaison ?

	Totalement inutile					Totalement utile			
Références (nom des médecins et leurs coordonnées)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Diagnostic et étiologie de l'AVC	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Traitements	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Facteurs de risque vasculaire	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Examens complémentaires	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Consultations programmées	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Rééducation	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Aides / social	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Commentaires

3ème partie : items à intégrer dans la lettre de liaison

1/ Références (nom des médecins et leurs coordonnées)

Selon vous, trouvez-vous utile de faire figurer en haut de la lettre de liaison les références des médecins (médecin référent lors de l'hospitalisation et médecin traitant) ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement inutile					Totalement utile			

Commentaires

Selon vous, trouvez-vous utile de faire figurer en haut de la lettre de liaison le numéro de téléphone direct du service de neurologie ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement inutile					Totalement utile			

Commentaires

2/ Diagnostic et étiologie

Selon vous, trouvez-vous utile de faire une synthèse des éléments ci-dessous en complément du compte rendu d'hospitalisation ?

	Totalement inutile					Totalement utile			
Le diagnostic avec la topographie (Ex : AVC ischémique sylvien gauche)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
L'étiologie de l'AVC	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Le profil du patient à sa sortie (autonomie, marche, alimentation, etc)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Le traitement éventuel par thrombolyse ou thrombectomie	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Les scores NIHSS et Rankin	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Commentaires

3/ Traitements

Selon vous, trouvez-vous que les éléments ci-dessous intégrés dans la lettre de liaison pourraient faciliter la prise en charge du patient ?

	Total désaccord					Total accord			
La reprise du traitement habituel	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Le traitement suspendu si c'est le cas	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Le traitement arrêté si c'est le cas	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Le traitement à réévaluer si c'est le cas	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Les nouveaux traitements si c'est le cas	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Les médicaments contre-indiqués après un AVC ischémique	1	2	3	4	5	6	7	8	9
La durée du traitement	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Commentaires

Selon vous, trouvez-vous utile d'ajouter à la lettre de liaison une justification contextuelle aux éléments ci-dessous ?

	Totalement inutile					Totalement utile			
à l'instauration des nouveaux traitements	1	2	3	4	5	6	7	8	9
à l'arrêt de certains traitements	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Exemple : ajout d'une statine devant un LDLc > 1G/L

Commentaires

Selon vous, trouvez-vous utile de préciser dans la lettre de liaison les éléments ci-dessous au sujet de l'ordonnance de sortie ?

	Totalement inutile					Totalement utile			
la remise de l'ordonnance au patient	1	2	3	4	5	6	7	8	9
la quantité suffisante pour	1	2	3	4	5	6	7	8	9
le contenu avec hiérarchie (traitement ancien et nouveau)	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Commentaires

4/ Facteurs de risque vasculaire

Selon vous, trouvez-vous que les éléments ci-dessous intégrés dans la lettre de liaison pourraient faciliter la prise en charge du patient ?

	Total désaccord					Total accord			
Les objectifs attendus de la pression artérielle	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Les objectifs attendus du LDLc	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Les objectifs attendus de l'hémoglobine glyquée	1	2	3	4	5	6	7	8	9
L'éventuelle introduction d'un traitement substitutif du tabac	1	2	3	4	5	6	7	8	9
L'éventuelle instauration d'un suivi addictologique	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Exemple : ajout d'un IEC si TA > 140/90

Commentaires

5/ Examens complémentaires

Certains examens complémentaires ne sont pas réalisés pendant l'hospitalisation mais seront à faire par la suite. C'est très souvent le cas lorsque l'étiologie de l'AVC n'a pas été identifiée. La coordination entre l'hôpital et la ville est alors indispensable afin d'éviter les récurrences.

Selon vous, trouvez-vous que les éléments ci-dessous intégrés dans la lettre de liaison pourraient faciliter la prise en charge du patient ?

	Total désaccord					Total accord			
la liste des examens complémentaires déjà réalisés	1	2	3	4	5	6	7	8	9
la liste des examens complémentaires à réaliser	1	2	3	4	5	6	7	8	9
le statut des examens complémentaires (programmés par l'hôpital, à programmer par le médecin traitant)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
la date pour les examens programmés	1	2	3	4	5	6	7	8	9
la conduite à tenir par le médecin traitant en fonction des résultats des examens	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Commentaires

Selon vous, trouvez-vous que la présentation sous la forme d'un tableau des examens complémentaires permettrait une meilleure lisibilité ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Total désaccord					Total accord			

Exemple :

L'examen complémentaire	Le statut	L'acteur	La date ou le délai de réalisation après la sortie	La conduite à tenir en fonction du résultat
Holter ECG	<input type="checkbox"/> à réaliser <input type="checkbox"/> à ne pas réaliser	<input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Médecin traitant		Si FA : arrêt antiagrégant plaquettaire si non indispensable et introduction anticoagulation efficace à vie
Scanner TAP	<input type="checkbox"/> à réaliser <input type="checkbox"/> à ne pas réaliser	<input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Médecin traitant		Si néoplasie retrouvée : avis spécialisé
Angioscanner de la crosse de l'aorte	<input type="checkbox"/> à réaliser <input type="checkbox"/> à ne pas réaliser	<input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Médecin traitant		Si significatif : introduction double antiagrégation plaquettaire pendant 3 mois puis simple à vie
IRM cérébrale	<input type="checkbox"/> à réaliser <input type="checkbox"/> à ne pas réaliser	<input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Médecin traitant		Si nouvelle lésion, contacter le neurologue
Dépistage du SAS	<input type="checkbox"/> à réaliser <input type="checkbox"/> à ne pas réaliser	<input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Médecin traitant		Si SAS : traitement

Commentaires

6/ Consultations programmées

Selon vous, trouvez-vous que les éléments ci-dessous intégrés dans la lettre de liaison pourraient faciliter la prise en charge du patient ?

	Total désaccord	Total accord																		
la liste des éventuelles consultations à programmer	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	2	3	4	5	6	7	8	9												
1	2	3	4	5	6	7	8	9												
le statut des consultations (programmés par l'hôpital, à programmer par le médecin traitant)	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	2	3	4	5	6	7	8	9												
1	2	3	4	5	6	7	8	9												
la date pour les consultations déjà programmées	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	2	3	4	5	6	7	8	9												
1	2	3	4	5	6	7	8	9												
le délai souhaitable de la prochaine consultation avec le médecin traitant après la sortie d'hospitalisation	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	2	3	4	5	6	7	8	9												
1	2	3	4	5	6	7	8	9												

Commentaires

Selon vous, trouvez-vous que la présentation sous forme de tableau des consultations programmées permettrait une meilleure lisibilité ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Total désaccord					Total accord			

Exemple :

Le spécialiste	Le statut	La date ou le délai de réalisation après la sortie
Diabétologue	O à réaliser O à ne pas réaliser	
Cardiologue	O à réaliser O à ne pas réaliser	
Pneumologue	O à réaliser O à ne pas réaliser	
Néphrologue	O à réaliser O à ne pas réaliser	
Rééducateur	O à réaliser O à ne pas réaliser	

Commentaires

7/ Bilan biologique

Selon vous, trouvez-vous que les éléments ci-dessous intégrés dans la lettre de liaison pourraient faciliter la prise en charge du patient ?

	Total désaccord	Total accord																		
la liste des bilans biologiques éventuellement à réaliser	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	2	3	4	5	6	7	8	9												
1	2	3	4	5	6	7	8	9												
le délai de réalisation après la sortie d'hospitalisation	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	2	3	4	5	6	7	8	9												
1	2	3	4	5	6	7	8	9												
la fréquence de réalisation	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	2	3	4	5	6	7	8	9												
1	2	3	4	5	6	7	8	9												

Commentaires

Selon vous, trouvez-vous que la présentation sous forme de tableau des bilans biologiques à réaliser permettrait une meilleure lisibilité ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Total désaccord					Total accord				

Exemple :

Le paramètre à reconstruire	Le statut	Le délai après la sortie	La fréquence
Taux d'hémoglobine	O à réaliser O à ne pas réaliser		
Ionogramme sanguin	O à réaliser O à ne pas réaliser		
Créatininémie	O à réaliser O à ne pas réaliser		
CRP	O à réaliser O à ne pas réaliser		
LDLc	O à réaliser O à ne pas réaliser		
HbA1c	O à réaliser O à ne pas réaliser		
INR	O à réaliser O à ne pas réaliser		

Commentaires

8/ Rééducation (kinésithérapie et orthophonie)

Selon vous, trouvez-vous que les éléments ci-dessous intégrés dans la lettre de liaison pourraient faciliter la prise en charge du patient ?

	Total désaccord					Total accord				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
le type de rééducation (équilibre, dysarthrie, etc)										
le délai de réalisation après la sortie d'hospitalisation										
la fréquence de réalisation										

9/ Social / Aides

Selon vous, trouvez-vous utile de rappeler dans la lettre de liaison les éléments ci-dessous ?

	Totalement inutile					Totalement utile				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
la demande ALD										
l'adressage au médecin de la préfecture pour la reprise de la conduite automobile après un AVC										
l'orientation vers la médecine du travail pour la reprise										
la mise en place des aides financières (ex : APA)										
la mise en place des aides paramédicales (ex : IDE)										
la mise en place de la téléalarme si besoin										
la mise en place des aides ménagères si besoin										
le recours éventuel au PRADO										

4ème partie : questions générales

Selon vous, trouvez-vous que cette lettre de liaison pourrait répondre à vos besoins ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Total désaccord								Total accord

Commentaires

Selon vous, trouvez-vous utile d'intégrer à la lettre de liaison d'autres items non évoqués précédemment ?

- Oui
 Non

Le ou lesquels ?

Commentaires

Selon vous, trouvez-vous certains items évoqués précédemment inutiles d'intégrer à la lettre de liaison ?

- Oui
 Non

Le ou lesquels ?

Commentaires

Selon vous, trouvez-vous que cette lettre de liaison pourrait améliorer la coordination des soins entre l'hôpital et la ville ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Total désaccord								Total accord

Commentaires

Avez-vous d'autres suggestions ? (à propos du contenu, du format ou autre)

Annexe 3 : Questionnaire tour 2

Création d'une lettre de liaison pour assurer la continuité de soins ville / hôpital du patient ayant fait un AVC d'origine ischémique : obtention d'un consensus par la méthode Delphi (2ème tour)

Bonjour, tout d'abord je tiens à vous remercier pour l'attention que vous avez porté à mon travail de thèse. Pour rappel, le but de ce travail est d'obtenir un consensus sur la création d'une lettre liaison entre les neurologues et les médecins généralistes pour les patients qui ont fait un AVC ischémique.

Pour ce deuxième tour, les questions ont été reformulées en fonction de l'analyse de vos réponses et de vos commentaires. Il se peut que certaines questions n'ayant trouvé aucun consensus vous semblent familières. Je vous ai également transmis par mail les commentaires qui ont été utiles à la reformulation des propositions.

La notation reste identique (de 1 à 9) et vous avez toujours la possibilité de laisser des commentaires.

Si vous avez une question ou si vous rencontrez un problème de connexion, n'hésitez pas à me contacter par mail à josephineluchier@hotmail.fr.

Joséphine Luchier

Quelle est votre adresse mail ?

1ère partie : Envoi et mise en page de la lettre de liaison

Selon vous, trouvez-vous approprié de privilégier un envoi de la lettre de liaison au médecin généraliste par voie électronique via sa messagerie sécurisée plutôt que par voie postale afin qu'il puisse la recevoir rapidement sans gâchis de papier ni risque de perte ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement inapproprié					Totalement approprié			

Commentaires

Selon vous, trouvez-vous approprié que le patient sorte de son hospitalisation avec sa lettre de liaison en format papier afin de favoriser une meilleure éducation thérapeutique et de faciliter le lien avec les autres professionnels de santé si les conditions le permettent (secrétariat avec effectif suffisant) ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement inapproprié					Totalement approprié			

Commentaires

Selon vous, trouvez-vous approprié de privilégier la catégorie des traitements par rapport aux autres catégories, afin de limiter la lettre de liaison à une seule page ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement inapproprié					Totalement approprié			

Rappel des autres catégories : références, diagnostic et étiologie, facteurs de risque vasculaire, examens complémentaires etc.

Commentaires

2ème partie: Items à intégrer dans la lettre de liaison

1/ Références

Selon vous, trouvez-vous approprié de fournir les coordonnées du médecin référent lors de l'hospitalisation uniquement aux médecins généralistes pour faciliter l'échange avec le neurologue tout en excluant ces coordonnées des patients ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement inapproprié					Totalement approprié			

Exemples : noms du médecin, son adresse mail MSSante, son numéro de téléphone

Commentaires

2/ Diagnostic et étiologie

Selon vous, trouvez-vous approprié de faire une synthèse du patient (diagnostic avec topographie, étiologie de l'AVC, profil du patient à sa sortie, traitement éventuel par thrombolyse ou thrombectomie) ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement inapproprié					Totalement approprié			

Commentaires

Selon vous, trouvez-vous approprié d'exclure les scores NIHSS et Rankin afin de se concentrer sur les informations les plus utiles pour le médecin généraliste ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement inapproprié					Totalement approprié			

Commentaires

3/ Traitements

Selon vous, trouvez-vous approprié de mentionner la reprise du traitement habituel ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement inapproprié					Totalement approprié			

Commentaires

Selon vous, trouvez-vous approprié de mentionner les éventuels traitements suspendus ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement inapproprié					Totalement approprié			

Selon vous, trouvez-vous approprié de mentionner la durée du traitement uniquement si elle est limitée dans le temps ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement inapproprié					Totalement approprié			

Commentaires

Selon vous, trouvez-vous approprié d'exclure les traitements contre-indiqués afin d'éviter un doublon avec le compte-rendu hospitalier ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement inapproprié					Totalement approprié			

Commentaires

Selon vous, trouvez-vous approprié de mentionner la reprise du traitement habituel ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement inapproprié					Totalement approprié			

Commentaires

Selon vous, trouvez-vous approprié de mentionner les éventuels traitements suspendus ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement inapproprié					Totalement approprié			

4/ Facteurs de risque vasculaire

Selon vous, trouvez-vous approprié d'exclure la gestion des facteurs de risque vasculaire étant donné que le médecin généraliste est déjà au fait des recommandations et des objectifs spécifiques de ses patients ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement inapproprié					Totalement approprié			

Commentaires

5/ Examens complémentaires

Selon vous, trouvez-vous approprié d'exclure les examens complémentaires déjà réalisés ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement inapproprié					Totalement approprié			

Commentaires

Selon vous, trouvez-vous approprié de préciser la date des examens complémentaires uniquement si elle est connue, tout en excluant le délai souhaité étant donné qu'il dépend du professionnel de santé ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Totalement inapproprié									Totalement approprié

Commentaires

Selon vous, trouvez-vous réalisable que tous les examens complémentaires soient programmés par l'hôpital ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Totalement irréalisable									Totalement réalisable

Commentaires

Selon vous, trouvez-vous approprié d'exclure les conduites à tenir en fonction des résultats étant donné que les options sont trop nombreuses et comportent des risques d'imprévu ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Totalement inapproprié									Totalement approprié

Commentaires

6/ Consultations programmées

Selon vous, trouvez-vous approprié d'exclure la date à laquelle le patient doit consulter son médecin généraliste sachant que celui-ci voit ses patients dès que possible à leur sortie d'hospitalisation ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Totalement inapproprié									Totalement approprié

Commentaires

Selon vous, trouvez-vous approprié de préciser la date des examens complémentaires uniquement si elle est connue, tout en excluant le délai souhaité étant donné qu'il dépend du professionnel de santé ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Totalement inapproprié									Totalement approprié

Commentaires

7/ Bilans biologiques

Selon vous, trouvez-vous approprié d'exclure les bilans biologiques à réaliser étant donné qu'il s'agit principalement d'un suivi simple de prévention secondaire qui peut être facilement géré par le médecin généraliste ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement inapproprié					Totalement approprié			

Commentaires

8/ Rééducation

Selon vous, trouvez-vous approprié de mentionner le besoin éventuel de rééducation tout en exluant le délai et la fréquence qui sont du ressort du professionnel ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement inapproprié					Totalement approprié			

Commentaires

9/ Social / aides

Selon vous, trouvez-vous approprié d'exclure la liste des aides à apporter sachant que celles qui sont primordiales devront être organisées avant la sortie d'hospitalisation ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement inapproprié					Totalement approprié			

Pour rappel : la demande ALD, l'adressage au médecin de la préfecture pour la reprise de la conduite automobile après un AVC, l'orientation vers la médecine du travail pour la reprise, les aides financières, les aides paramédicales etc.

Commentaires

3ème partie : questions générales

Selon vous, trouvez-vous approprié de rajouter les consignes d'urgence dans la lettre de liaison ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement inapproprié					Totalement approprié			

Commentaires

Selon vous, trouvez-vous que la lettre de liaison trouve d'autant plus une utilité si le compte rendu hospitalier n'est pas disponible à la sortie d'hospitalisation ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Totalement inutile					Totalement utile			

Annexe 4 : Commentaires du Tour n°1

Partie "envoi et mise en page de la LL"

Numéro	Commentaires
	Format papier
1	Souvent reçu plusieurs semaines/mois après la sortie du patient
2	plutôt approprié, les plus : permet au patient de la ramener à son médecin à la prochaine consultation, les moins : peut être envoyé au médecin de façon dématérialisée, évitant un gâchis de papier et des frais d'envoi
3	le CRH me semble suffisant
4	Un exemplaire papier pour des patients âgés est plus simple
5	quand le logiciel et la messagerie du médecin sont efficaces et ne tombent pas en panne ce qui est maintenant la quasi normalité, le courrier papier est inutile
6	la lettre papier permet une meilleure coordination de la prise en charge du patient entre le service de neurologie et le médecin généraliste que ce soit pour la prise en charge médicamenteuse que pour le suivi des examens réalisés en externe
7	Avantage : synthèse. désavantage : risque de doublon avec le courrier de sortie, évaluation du temps de réalisation, contenu à définir
8	Je dois le scanner puis le détruire
9	On pourrait imaginer l'envoyer par mail ou par messagerie sécurisée type apcript, ce qui permettrait d'être plus rapide dans la transmission d'informations et d'éviter de perdre des jours entre les délais de secrétariat et les délais postaux
	Format électronique
1	surcharge de mails reçus par les professionnels de santé et risque de perte (spams...)
2	seulement si une lettre papier est envoyée aussi car par expérience, les médecins ne lisent que très (trop) rapidement les mails et donc peuvent rater des phrases importantes du texte ce qui sur papier arrive plus rarement
3	idem, plus rapide et immédiat que la forme papier
4	uniquement via mssante
5	Plus approprié pour les raisons citées précédemment (délais postaux) mais peut être ne s'adresse pas à certains médecins de l'ancienne école « tout papier » (si ça existe encore?)
6	risque de se noyer dans les mails
	Délai de réception et de réalisation de 48 heures
1	Pas au format papier
2	quasi impossible en pratique via la poste
3	les patients doivent sortir avec leur crh (critère qualité has)
4	Manque de secrétaires à l'hôpital
5	vue la charge des salariés et les imprévus et/ ou économies administratives et humaines dans les hôpitaux, malheureusement un délai de 48H me semble la perfection !
6	une sortie s'anticipe, le courrier aussi ! avec les outils modernes et IA le patient DOIT sortir avec son courrier
7	dans le service de neurologie....OUI

Numéro	Suite « Délai de réception et de réalisation de 48 heures »
8	seulement si courrier électronique
9	prenez modèle sur les lettres de sortie de l'hôpital jan yperman ziekenhuis : un recto suffit. Le courrier est en flamand mais les informations essentielles y sont plus accessibles que les courriers de neuro en 5 pages
10	Par voie informatique au moment de la sortie du patient
11	Un envoi par mail dès la sortie paraît envisageable
12	C'est systématique à la sortie de notre service, pour tous les patients
	Envoi de la LL au patient
1	Permet parfois de faire le lien avec d'autres professionnels en ville lorsque le patient la rapporte (cardio etc.)
2	oui, le patient dispose ainsi de son dossier médical en cas d'hospitalisation dans un autre centre et peut lire le courrier afin de ne pas publier les éventuels examens prévus en externe ou les raisons du traitement proposé..... à condition que le niveau intellectuel lui permette de comprendre
3	le courrier lui est déjà adressé
4	Pas forcément beaucoup plus que le courrier de sortie actuel
	LL organisée en catégories
1	Plus rapidement lisible en ville ++
2	je trouve très utile et clair de donner une page uniquement sur les traitements avec les modifications (comme en gériatrie souvent)
3	oui, permet au médecin d'aller à ce qui peut l'intéresser plus rapidement et ainsi gagner du temps, sous peine sinon de ne pas bien intégrer pour la prise en charge du patient les données dans leur ensemble
4	Sinon autant garder le bon vieux courrier de sortie seul, ça nous demandera moins de travail ;)
	Détail des catégories
1	Toutes ces données sont primordiales pour la prise en charge du patient dans l'immédiat et plus tard en cas de nouvelle hospitalisation même dans un autre hôpital
2	si l'ensemble de ces catégories sont mises en place, c'est un doublon du courrier de sortie
3	Il ne faut pas noyer les informations principales, sinon autant rester sur le simple courrier de sortie où on retrouve toutes les infos de manière exhaustive
4	Le plus important c'est traitement +++ avec traitement introduit/traitement modifié/traitement supprimé avec une mise en évidence des traitements à visée vasculaire (anti-thrombotiques+++, statines et anti-HTA)
	Une page recto-verso max
1	Dépend du séjour et des éventuelles complications
2	Si toutes les catégories sus mentionnées sont présentes, impossible de faire un recto verso (pour certains patients, rien que la liste des ATCD et des traitements prend une page !)
	sans les descriptions littéraires de l'évolution du patient pendant l'hospitalisation, je pense que c'est possible
3	le courrier DOIT être exhaustif, mais la conclusion DOIT ETRE CONCISE ET PRECISE

Numéro	Suite « une page recto-verso max »
4	impossible d'être certain de pouvoir le faire à chaque fois, chaque patient est différent, chaque AVC aussi....et les complications survenues en cours d'hospitalisation aussi
5	très variable selon les patients et les situations
6	A condition de revoir complètement les mises en page classiques des services hospitaliers, et d'accepter une perte d'information non essentielle sur l'AVC (complications, etc...), ce qui supposerait de produire un document complémentaire de compte rendu d'hospitalisation à visée de cotation / contrôle sécu : et donc un risque de double travail...
7	Dépend de la complexité de chaque dossier
8	Si on concentre l'essentiel ça paraît faisable et souhaitable dans la majorité des cas
9	Sans complications totalement réalisable, plus difficile si complications ou étiologie complexe

Partie "items à intégrer dans la LL"

Numéro	Commentaires
	Nom du médecin référent
1	peut servir pour contacter l'un d'eux
2	s'il est joignable facilement....
3	Le médecin généraliste sait tout de suite à qui se référer en cas de problème
	Numéro du service de neurologie
1	Oui il faut que le patient puisse solliciter le secrétariat pour pouvoir transmettre d'éventuels examens complémentaires pour organiser les consultations de suivi. Mais l'ennui c'est que certains patients appellent directement dans le service dès qu'ils ont le moindre doute sur un AVC... et finissent par avoir l'infirmière du service, qui ne peut décemment pas prendre de décision
2	important si le médecin généraliste a des précisions à demander
3	si le service a un référent pour une réponse rapide
4	Idem
5	c'est souvent une donnée facile à retrouver sur le courrier dans tous les cas
	Diagnostic et étiologie
1	On voit l'essentiel d'emblée
2	Je ne trouve pas évident de se faire une idée du patient avec les scores... surtout important pour demander un avis à un spécialiste
3	toutes ces données permettent au généraliste d'avoir une évaluation lui permettant une comparaison au cours du suivi
4	doublon lettre de sortie
5	J'ai l'impression que le NIHSS et le Rankin sont des notions qui parlent essentiellement aux neurologues, pas vraiment d'utilité en medG, préférer le niveau d'autonomie résiduelle qui semble plus utile (encore que c'est une notion qui figure déjà dans un courrier de sortie classique)
	Détail des traitements
1	Evite les erreurs aussi pour le patient et limite le risque iatrogénique
2	le généraliste doit savoir quels sont les divers traitements du patient et les raisons de celui-ci

Numéro	Suite « Détail des traitements »
3	durée : si elle est limitée, pertinent. mais souvent à poursuivre au long cours. Par ailleurs, tous les traitements nécessitent d'être réévalués en termes de tolérance, d'efficacité (ldl, tension artérielle, anti diabétique...)
4	Je trouve personnellement que toutes ces notions de « traitements arrêtés », « traitements suspendus »... (comme on voit parfois dans certains courriers de gériatrie par exemple), alourdissent inutilement le texte alors que donner le traitement à poursuivre suffit amplement. Si besoin de comprendre pourquoi tel traitement a été arrêté, on peut toujours lire la rubrique « évolution, sur le plan thérapeutique ». Je pense que c'est inutile ici de trop détailler, si besoin on se référera au courrier
	Justification des traitements
1	la justification des nouveaux traitements me paraît moins utile car on se doute pourquoi avec la classe du médicament et le courrier
2	améliore la prise en charge des patients
3	soucis de concision. Si on justifie tout, le courrier fera 5 pages. plus pertinent de préciser les objectifs (tensions, ldl)
4	Pareil, alourdi inutilement, si besoin de plus d'infos, se référer au courrier d'hospit
	Informations sur l'ordonnance
1	pour la quantité suffisante, je trouve plus utile de dire au patient quand il doit reconsulter son médecin (par exemple s'il doit revoir le MG avant la fin du premier mois de traitement), la hiérarchie intéressant pour une "économie de gym visuelle" pour le patient et le médecin quand le MG devra mettre à jour le traitement sur son logiciel, moins de fatigue mentale
2	QSP 1 mois
3	pas très utile
4	beaucoup de répétition ...
5	Prescription hospitalière suffisante pour avoir un délai en cas de surcharge de travail (1 semaine à 15j?)
6	Pas vraiment utile dans le sens où on fait pratiquement toujours une ordo et qui mentionne déjà ces éléments en elle même
	Facteurs de risque vasculaire
1	Responsabilise aussi le patient ++
2	pas très confraternel, il s'agit de préconisation émises par le SF de cardio pas de spécificité neurologique. les MT sont sensé être au courant
3	Bien que faits dans mes courriers la plupart du temps, je retrouve régulièrement des patients avec des traitements prolongés plus longtemps que prévus, ou des cibles de facteurs de risques non atteintes et non surveillées ...
4	les objectifs on les connaît en théorie, en MG difficile à améliorer si patient fragile ou non compliant
5	oui mais sans mettre mal à l'aise le médecin généraliste qui est censé connaître les objectifs thérapeutique dans ce contexte

Numéro	Suite « Facteurs de risque vasculaire »
6	j'estime que les médecins traitants sont mieux formés et aptes à connaître la pec et les objectifs du diabète chez les patients. Les objectifs de ldl ne sont pas toujours pertinents ou définis selon l'étiologie (athéromateux versus cardioembolique par exemple)
7	D'accord avec les premiers items, les suivants ont moins de sens selon moi si déjà renseigné dans le courrier d'hospit
8	Difficile de mettre des objectifs nets pour certains patients notamment gériatriques avec une tolérance des objectifs différents.
	Examens complémentaires
1	attention à ne pas se substituer au courrier de sortie, inutile à mon sens de repréciser tous les examens effectuer, beaucoup plus intéressant de préciser ceux à organiser/en attente
2	important pour le médecin généraliste de savoir ce que l'on attend de lui
3	les dates des examens en externes programmes par l'hôpital sont malheureusement rarement connues à la sortie d'hospitalisation. par ailleurs, il me semble logique de faire confiance aux médecins traitants de réagir aux résultats des examens complémentaires ou de solliciter l'équipe de neurologie si question. la lettre de liaison ne peut envisager l'ensemble des possibilité de résultats pour chaque examen avec une conduite à tenir à chaque situation..
4	la CAT en fonction des résultats me semble dangereuse : en cas de résultat "imprévu", le patient / MG risque d'être faussement rassuré, de ne pas recontacter le neurologue vu que ça n'est pas dans les possibilités évoquées dans la lettre => risque médico-légal ?
5	Selon moi c'est moins utile de reprendre les examens déjà réalisés dans le sens où ça fait doublon avec le courrier d'hospit et l'important est plutôt l'étiologie qu'une liste d'examen ayant permis de la mettre en évidence
6	Conduite à tenir dépend trop du résultat, à mon sens plutôt le rôle de la cs de suivi neurologique
	Examens complémentaires, présentation sous la forme d'un tableau
1	la conduite à tenir dans l'exemple paraît un peu simpliste, au final si le holter ECG ou le dépistage du SAS retrouvent quelque chose, la personne qui les a fait s'en occupera; pour le TAP la conduite à tenir ne me semble pas indispensable, pour l'IRM si nouvelle lésion j'espère surtout que le neuro qui a prescrit l'examen s'en occupera avant que je le contacte; le délai de réalisation d'une consult spé ne dépend pas de moi ni du patient...
2	pourquoi préciser le délai de réalisation? en pratique chaque soignant essaie de faire au mieux en fonction des possibilités offertes
3	Je pense que ce n'est pas assez direct pour le MT qui reçoit des dizaines de courrier/jour. Je pense que dans le cas d'examens complémentaires en externes une synthèse doit être faite en consultation post AVC
4	les examens à faire en externe devraient tous être programmés dans le courrier de sortie normalement
5	tout ce qui simplifie la lisibilité et fait gagner du temps au médecin avec une diminution du risque de perte d'information et mieux

Numéro	Suite « Examens complémentaires, présentation sous la forme d'un tableau »
6	Non si réalisation informatique (perte de place, rend la lecture plus difficile, c'est pénible de cocher des cases à l'ordinateur...). Oui si document pré-imprimé et complété rapidement à la main.
7	Sachant que la programmation des examens après la sortie doit rester à la charge de l'hôpital. Perte de temps en ville de refaire des courriers d'adressages.
8	Pas indispensable mais peut être
9	Conduite à tenir peut être inadaptée
10	très bien sans la conduite à tenir sauf cas particuliers (lire si SAS : traitement ça pourrait être mal pris)
	Consultations programmées
1	les consultations en externe devraient aussi en principe être prévues dans le courrier de sortie
2	pour que le généraliste sache ce qu'il doit faire pour le suivi du patient
3	il est sage que le service hospitalier gère complètement la gestion des examens complémentaires à venir
4	Ça me paraît utile, ça permet de voir en un coup d'œil ce qu'il y a à faire
5	le délai après sortie d'AVC doit être dans les 48h qui suivent le retour, je pense que tous les MG le font
	Consultations programmées, présentation sous la forme d'un tableau
1	oui pour gagner en vitesse
2	Même commentaire que pour les examens complémentaires
3	Why not mais pas indispensable selon moi
	Bilans biologiques
1	les médecins traitants le savent mieux que nous et risquent de se froisser pour certains si on leur explique tout.
2	pourquoi pas mais de manière générale contrôlé dans les 6 mois je pense
3	à condition que cela soit clair pour le médecin
4	encore une fois, l'idée n'est pas d'infantiliser les médecins généralistes sur le suivi. Une grande majorité de patients auront un suivi classique de prévention secondaire....
5	Utile car implique la participation du médecin traitant et sa réactivité ou permet d'y penser si contrôle à 1/3/6 mois par exemple
6	A part le contrôle du bilan lipidique et de l'HbA1c je ne vois pas quoi d'autre. Et je pense que c'est automatique pour le médecin traitant de les vérifier tous les 3 mois
	Bilans biologiques, présentation sous forme d'un tableau
1	je pense qu'on perd en lisibilité du compte rendu final
2	bof
3	non là c'est vraiment prendre les médecins généralistes pour des imbéciles...
4	Même commentaire que précédemment
5	Idem qu'aux autres questions similaires. Plus difficile si fréquence variable en fonction des résultats précédent (par exemple inr)

Numéro	Commentaires
	Rééducation
1	Difficile de proposer une fréquence en ville, dépend surtout des dispo de kiné et de l'évolution du patient
2	intéressant, mais pas franchement de mon ressort
3	délai et fréquences aléatoires en pratique selon les possibilités offertes sur place, pression supplémentaire
4	devrait être aussi noté et prévu dans le courrier de sortie
5	seulement pour les généralistes peu efficaces
6	la fréquence est souvent définie par le professionnel : que ce soit le kiné ou l'orthophoniste.
7	la kiné au domicile dépend du volume horaire de travail du MK
8	Délai de prise en charge et rythme ne dépendent pas de nous mais de la disponibilité des Kinésithérapeutes
9	Beaucoup de ces facteurs sont de toute façon fixés par les kiné/ortho eux même sans que le médecin ne puisse influencer donc moins utile
10	Le délai de réalisation, ce sera forcément le plus tôt possible. la fréquence dépend de la capacité du kiné à prendre de nouveaux patients donc pas utile pour moi
	Aides / social
1	permet d'éviter les demandes en doublons
2	si le patient a besoin d'aides, il est surtout préférable que les aides soient mises en place avant la sortie !
3	chacun de ces éléments dépend du sérieux du médecin généraliste car pour certains il est inutile de le préciser.....donc difficile de savoir ce qu'il en est pour chacun des généralistes
4	éléments sociaux pouvant être utiles. mais encore une fois, le médecin généraliste connaît son patient et plus facilement son environnement parfois. il est à même de prendre l'initiative de la réévaluation des aides qui n'auraient pas été anticipées en hospitalisation. L'information quant au permis de conduire est nécessaire. Mais les démarches pour la visite au médecin expert doit être réalisée par le patient.
5	Si ces élément apparaissent dans le courrier d'hospit, n'implique pas une réaction urgente du médecin donc ont moins leurs places
6	Prado c'est de la merde, les études le prouvent

Partie "questions générales"

Numéro	Commentaires
	LL répond aux besoins
1	de façon générale le suivi par les MT est bien réalisé. Lorsque des examens/bilans ne sont pas réalisés, ils ne sont pas fautifs (refus du patient, absence de convocation envoyée...)
2	surtout à ceux du patient
3	permet au généraliste d'optimiser la prise en charge du patient

Numéro	Suite « LL répond aux besoins »
4	mes besoins sont globalement couverts par le courrier de sortie
5	Permettrait d'avoir rapidement un courrier de liaison pour le patient et ses correspondants. Mais risque de doublon avec le CRH qui devra tout de même être réalisé pour des raisons de cotation d'hospitalisation. Donc double du travail administratif pour le médecin. Une solution qui me semblerait plus pragmatique serait d'avoir des secrétariats efficaces et une lettre de sortie remise au patient à son départ ou max dans les 48h, ce qui est possible si l'hôpital s'en donne les moyens administratifs. J'ai peur que ce travail de lettre de liaison consiste à transférer au médecin une problématique qui devrait être résolue par l'administration...
6	Plus aux besoins des medG que des neurologues je pense
	Amélioration de la coordination villes-hôpital
1	crh plus utile
2	Cela correspond déjà à mon plan « type » de courrier de sortie. Mais difficile de rédiger toutes ces info le jour de la sortie. Surtout si le souhait est de faire moins d'un recto verso...
3	Oui, mais principalement parce que nous ne sommes pas capables de fournir le CRH de sortie dans des délais convenables...
4	Mais il ne faut pas qu'elle reprenne tous les points du courrier d'hospitalisation sinon aucun intérêt et travail en double pour le neurologue
	Autre(s) item(s) à rajouter
1	bien dire que si le patient présente une récurrence de déficit focal il doit faire le 15... que ça doit être aussi rappelé à la FAMILLE, aux collègues de travail....
2	l'adresse MSSante du spécialiste, savoir aussi si il répond aux demandes de télé_expertises
	Item(s) jugé(s) inutile(s)
1	Le détail du bilan biologique
2	biologies : ça surcharge l'ensemble
3	rappels des objectifs des FdRV, délai de prise en charge...
4	coordonnées directes du médecin à donner uniquement au médecin traitant et pas au patient sinon on est appelé du matin au soir pour des futilités.
5	la fréquence de suivi biologique
6	Pour moi il faut aller à l'essentiel : le diagnostic, l'étiologie, les modifications thérapeutiques, le suivi et la surveillance. Le reste est superflu et peut être retrouvé dans le courrier d'hospitalisation si besoin
7	fréquence des bilans et des contrôles
8	le problème de ces lettres à contenu prédéfini c'est qu'elles ne permettent pas la nuance ou l'adaptation à la situation particulière du patient. Certains items seront complètement hors de propos pour certains patients ou pertinents pour d'autres.
	Suggestions
1	pourquoi en plus du crh ?? sauf s'il n'est pas dispo à la sortie
2	Personnellement j'aime bien classer les examens complémentaires en bilan artérielle, bilan cardiaque et éventuellement bilan AVC sujet jeune
3	travailler la CONCLUSION d'un courrier qui est indispensable à une lecture claire et rapide en consultation.

Numéro	Suite « Suggestions »
4	il est important de faire comprendre dans cette lettre l'importance de chaque item. Il est nécessaire de réaliser correctement l'ensemble des examens. La surveillance clinique est importante. Et bien sûr il est indispensable de récupérer les résultats et de revoir le patient au décours.
5	pour être utile, elle doit être courte et synthétique.
6	l'idée des tableaux me semble très bonne
7	Format pour le moment très lourd. Possibilité de vexer le médecin traitant en lui dictant l'ensemble de la conduite à tenir et les recommandations HAS
8	ne pas se substituer au rôle du médecin généraliste (il est censé connaître les recommandations)
9	il y a beaucoup d'éléments utiles mais il faut essayer d'être le plus synthétique possible pour qu'elle soit lue (peut-être qu'il faudra enlever des éléments)
10	afin d'optimiser l'impact, attention à limiter le nombre de données/items + attention à ne pas se substituer au courrier de sortie (données essentielles et non substitut)

Annexe 5 : Commentaires Tour n°2

Partie "envoi et mise en page de la LL"

Numéro	Commentaires
	Privilégier le format électronique
1	Cependant la liaison hôpital/médecin généraliste par mail est actuellement un problème. Les médecins généralistes ayant des adresses mail sécurisées type Apicrypt, et certains hôpitaux (dont celui où je travail) n'arrivent pas à envoyer correctement un mail ce sur type de messagerie
2	A condition que tous les médecins généralistes soient équipés d'une messagerie électronique qu'ils consultent régulièrement (peut-être pas ceux de l'ancienne école?)
3	et dans le DMP !
4	Mieux au cas où le patient ne le consulterait pas rapidement alors qu'il y a des examens ou des modifications thérapeutiques à effectuer ou à surveiller ainsi que bio de contrôle
5	Plus rapide, permet de ne pas attendre l'envoi et la validation papier du compte rendu
	Sortie d'hospitalisation du patient avec le format papier
1	L'idéal étant pour moi une lettre de liaison « light », résumée à l'essentiel pour ne pas être trop chronophage. Mais avec un courrier détaillé envoyé dans un second temps
2	permet de laisser des traces cliniques au domicile
3	Risque de perte du document par certains patients peu soucieux de leur santé? si seul moyen utilisé, peut être que certains patients ne prennent pas forcément un rdv rapide avec leur medG pour faire le point donc perte de chance?
4	tant qu'il a un courrier... en papier c'est encore plus simple à gérer même à domicile.

Numéro	Suite « Sortie d'hospitalisation du patient avec le format papier »
5	Le patient lit souvent le courrier ou la famille ce qui permet de faire le point de nouveau après la sortie pour les examens complémentaires, les traitements...
6	Permet au patient et sa famille (pour les plus âgés) de comprendre des informations données (parfois en nombre) à tête plus reposée et de les transmettre aux spécialistes parfois oubliés dans les destinataires
	Privilégier la partie des traitements
1	C'est l'information principale à mon sens, avec l'étiologie retenue, les objectifs (de TA, LDL, HbA1c...) et les examens à programmer
2	L'essentiel est que le patient suive bien le traitement prescrit à la sortie et donc qu'il soit mis en évidence sur la lettre de liaison
3	Avec objectifs en face et durée

Partie "items à intégrer dans la LL"

Numéro	Commentaires
	Coordonnées du neurologue référent au médecin généraliste
1	encore faut-il qu'il soit disponible
2	Oui pour contact si questionnement mais peut aussi passer par adresse mail générique du service ou secrétariat car si question urgente et neurologue absent pour x ou y raison, peut ralentir la communication alors qu'un autre neurologue du service aurait éventuellement pu répondre à la question en remplacement
3	Le patient a le droit de contacter le médecin qui l'a suivi pendant l'hospitalisation et grâce au nom sur le courrier, il peut le faire directement si besoin sans passer par le médecin traitant qui risque souvent de lui dire de le contacter de toutes les manières
	Synthèse clinique du patient
1	Etiologie plus importante que traitement de revascularisation qui ne change pas grand-chose à la prise en charge et au suivi à postériori par le médecin traitant
2	en consultation, la synthèse doit permettre de renseigner le dossier médical et le traitement le plus vite possible, sans avoir besoin de lire le détail du courrier
3	Oui car nécessité pour le médecin traitant de bien connaître les symptômes, le diagnostic et les traitements pour vérifier que le patient suit bien les consignes données
4	Evite de passer a côté d'informations sur des courriers parfois longs
	Exclusion scores NIHSS et Rankin
1	Intérêt pour moi de préciser de manière succincte le déficit résiduel (ex : asymptomatique ou hémiparésie légère ...) afin qu'en attendant le courrier définitif, d'éventuels futurs interlocuteurs médicaux repèrent si aggravation secondaire/nouveaux symptômes
2	Oui, privilégier topographie du déficit et retentissement sur les activité plus que le score de Rankin qui ne doit pas trop avoir de sens pour les medG (?)

Numéro	Suite « Exclusion scores NIHSS et Rankin »
3	Le NIHSS à l'entrée et à la sortie permet d'évaluer l'évolution du handicap au cours de l'hospitalisation tout en permettant au médecin traitant lors du suivi de voir si le patient progresse encore et de déterminer s'il faut optimiser la prise en charge entre autres la kiné. Important du fait que les patients ne sont revus en consultation post-AVC que 7 ou 8 mois après la sortie...
	Mention de la reprise du traitement habituel
1	plutôt la synthèse traitements à domicile + modifications
2	Oui, ça permet plus de clarté sur ce qui a été éventuellement arrêté ou introduit en hospitalisation
3	oui il y a parfois des coquilles, ça permet de comprendre que l'hôpital n'était pas au courant et qu'il a basé sa thérapeutique sur une ordonnance erronée.
4	Il est important que le patient et le médecin traitant connaissent les modifications thérapeutiques effectuées lors du séjour et les causes des modifications. Le médecin généraliste par exemple pour le traitement antihypertenseur comme le Périndopril qui est ajouté durant l'hospitalisation aux autres traitements anti HTA pourrait penser que les autres traitements ont été arrêtés durant l'hospitalisation et remplacés par l'IEC
5	Nécessité d'avoir l'ensemble du traitement de sortie avec toutes les infos pour limiter les problèmes de iatrogénie
	Mention des traitements suspendus
1	Oui, ça permet plus de clarté sur ce qui a été éventuellement arrêté ou introduit en hospitalisation
2	oui il y a parfois des coquilles, ça permet de comprendre que l'hôpital n'était pas au courant et qu'il a basé sa thérapeutique sur une ordonnance erronée.
3	Il est important que le patient et le médecin traitant connaissent les modifications thérapeutiques effectuées lors du séjour et les causes des modifications. Le médecin généraliste par exemple pour le traitement antihypertenseur comme le Périndopril qui est ajouté durant l'hospitalisation aux autres traitements anti HTA pourrait penser que les autres traitements ont été arrêtés durant l'hospitalisation et remplacés par l'IEC
4	Nécessité d'avoir l'ensemble du traitement de sortie avec toutes les infos pour limiter les problèmes de iatrogénie
	Mention de la durée des traitements uniquement si limitée
1	oui, ça permet d'être sûr qu'ils ne sont pas oubliés !
	Exclusion des traitements contre-indiqués
1	C'est une info importante à faire figurer à mon sens
2	Pas vraiment d'intérêt
	Exclusion de la justification contextuelle des traitements
1	Important car si médecin généraliste ne lit que la fiche de liaison n'aura pas forcément l'information
2	Ici ça peut surcharger la lettre et faire doublon avec le courrier effectivement
3	Oui pour que le médecin traitant comprenne bien l'intérêt des modifications des traitements

Numéro	Suite « Exclusion de la justification contextuelle des traitements »
4	Nécessité d'expliquer ++ les changements pour que le médecin traitant sache les raisons et rediscute cette décision ou non
	Exclusion des informations au sujet de l'ordonnance
1	Tout à fait d'accord pour ne pas faire figurer ces infos qui ne sont pas nécessaire en double, sauf pour les traitements intercurrents et non au long cours (typiquement la date de fin d'une antibiothérapie qui reste utile)
2	Oui aucun intérêt hormis le fait de noter que l'ordonnance a été remise au patient à la sortie sans plus de détail
3	Infos inutile à mon sens sur une feuille de liaison
	Exclusion de la gestion des facteurs de risque vasculaire
1	me paraîtra peut être intéressant après 10-20 ans d'exercice
2	Sauf si modification thérapeutique en rapport (par exemple modification d'un objectif de cholestérol avec modification posologique d'une statine)
3	une pique de rappel ne fait pas de mal...
4	Non, pas mal de généralistes ne connaissent pas parfaitement les traitements de prévention secondaire de l'AVC ni leur gestion
5	Le médecin traitant n'est pas forcément au fait des dernière recommandations, nous ne sommes d'ailleurs déjà pas tous d'accord entre nous. Les objectifs LDLc et tensionnels doivent être rappelés à mon sens
	Exclusion liste des examens complémentaires déjà réalisés
1	Effectivement peut faire doublon avec le courrier de sortie et pas forcément pertinent pour fluidité de la PEC immédiate
2	Non, il faut que le généraliste sache ce qui a été réalisé pour éviter de refaire des examens pour rien
3	Détaillés dans le courrier normalement, plutôt mettre les examens prévus ou à prévoir
	Date connue des examens complémentaires
1	plutôt mettre délai : dans le mois, dans les 3 mois,...
2	Pour moi préciser le délai souhaité est important également
4	Pas vraiment d'intérêt sauf si l'hospitalisation a duré plusieurs semaines
	Programmation des examens complémentaires par l'hôpital
1	partage de tâche, dépend du patient, de son entourage, si étayage compliqué: préférable que ce soit l'hôpital qui le fasse
2	ça dépend de l'hôpital mais semble compliqué pour les explorations cardiaques
3	Trop de tension et trop de délais + peu pertinent dans certains cas, par exemple si le patient a déjà un cardiologue référent en ville pour le suivi (ETT, Holter...)
4	à adapter selon entourage médical, familial du patient et degré de perte d'autonomie
5	Pas possible pour tous du fait des délais, les plus importants (Imagerie cérébrale, ETT, ETO, EDTSAo, Holter oui).....scan TAP, recherche SAS... peuvent être réalisés en externe rapidement (programmés pendant l'hospitalisation)
6	Oui principalement pour l'imagerie, pour des consultations de spécialistes, non.

Numéro	Commentaires
	Exclusion des conduites à tenir des résultats d'examens complémentaires
1	il est quand même intéressant de connaître certaines grandes lignes des événements courants
2	Dépend du contexte
3	Il faut mettre les principales comme le taux de CL LDL à obtenir, l'INR entre 2 et 3 pour les AVK...
4	Adaptations à faire au cas par cas (je pense aux personnes âgées poly-pathologiques notamment, on ne peut pas tout anticiper)
	Exclusion de date de consultation du médecin généraliste
1	Oui, dépend des délais pour obtenir une consultation qui peut être différent en fonction des moments et des medG
2	préciser dans le mois pour coter MSH quand même !
3	Oui, il est noté en fin de courrier que les patients doivent consulter dans les 8j le généraliste
	Programmation des consultations par l'hôpital
1	Oui, tout à fait possible durant l'hospitalisation.
2	parfois il n'est pas nécessaire de voir certains spécialistes (les spécialistes s'adressent entre eux alors qu'on peut gérer des trucs) ou le patient a déjà des spécialistes dans le privé
	Exclusion du bilan biologique
1	Personnellement, je trouve que c'est une info pertinente pour ne pas que ça passe à la trappe mais je ne me rends pas compte si c'est vérifié régulièrement par les medG?
2	Oui à condition de mettre certains objectifs comme le LDLc
3	Un petit rappel sur les délais de contrôle bio est possible
	Mention besoin de rééducation
1	Oui tout à fait
2	nous sommes sensé savoir si notre patient a besoin de rééducation
	Exclusion listes des aides
1	Peut-être indiquer uniquement la check list des choses qui sont en attente (typiquement demande d'ALD, consultation conduite...) mais pas nécessairement les aides déjà mises en place avant la sortie d'hospitalisation
2	Non, car le médecin traitant doit être au courant de ce qui a été déjà fait pendant l'hospitalisation ou programmé pour éviter qu'il perde du temps à organiser des choses déjà en cours
3	Peut être plutôt à la fin du courrier et pas sur la lettre de liaison pour le médecin ou je pense qu'il faut être rapide et concis (diagnostic, étiologie, TTT, examens et consultations à prévoir.)
4	je crois qu'il faut indiquer les aides

Partie "questions générales"

Numéro	Commentaires
	Consignes d'urgences
1	Le médecin généraliste sait qu'en cas de suspicion de récurrence il faut appeler le 15...
2	Ca s'adresse plus au patient qu'au médecin traitant je trouve (si tu parles bien d'appeler le 15 en cas de récurrence de déficit?)
3	le médecin traitant est censé les connaître, cela doit plus figurer dans le courrier de sortie pour le patient
4	OUI...appel du 15 en cas de récurrence....
	Utilité de la lettre de liaison si CRH pas disponible
1	la lettre de liaison est un complément mais non un substitut au courrier de sortie, il s'agit de deux choses différentes
2	Oui c'est le but, en restant synthétique et en ne contenant que les données importantes pour la prise en charge immédiate du patient le temps de recevoir le courrier définitif et de revoir le patient

Service de
neurologie de
l'hôpital de Lille

Nom du médecin
neurologue
réfèrent : Dr X

Numéro de
téléphone du
secrétariat :
03 20 XX XX XX

Adresse e-mail du
service :
serviceneurologie
@ch-lille.com

Lettre de liaison de Monsieur DUPONT Louis (JJ/MM/AAAA)

Motif d'hospitalisation : Déficit hémicorporel gauche

Hospitalisation du JJ/MM/AAAA au JJ/MM/AAAA

Diagnostic : AVC ischémique sylvien droit d'étiologie cardio-embolique,
traitée par thrombolyse/thrombectomie

Clinique à la sortie : troubles phasiques, troubles de la marche

Médecin traitant : Dr X à X

Traitements

Reprise du traitement habituel :

- METFORMINE 500 mg 2 fois par jour
- PERINDOPRIL 5 mg 1 fois par jour

Nouveau traitement :

- KARDEGIC 75 mg 1 fois par jour
- ATORVASTATINE 80 mg 1 fois par jour
- ACIDE FOLIQUE 5 mg 2 fois par jour pendant 3 mois car carence

Traitement arrêté :

- ALLOPURINOL 100 mg car non indiqué

Traitement suspendu, à réévaluer:

- LASILIX 40 mg pour insuffisance rénale aigue

Examens complémentaires

- Holter-ECG 24 h prévu le JJ/MM/AAAA
- Scanner thoraco-abdomino pelvien à prévoir

Consultations en externe

- Consultation de cardiologie prévue le JJ/MM/AAAA
- Consultation de néphrologie à prévoir

Facteurs de risque vasculaire

- Surveillance de la pression artérielle
- Objectif LDLc

Rééducation

Orthophoniste et kinésithérapie

AUTEURE : Nom : LUCHIER

Prénom : Joséphine

Date de soutenance : 27 mai 2025

Titre de la thèse : Création d'une lettre de liaison destinée aux médecins généralistes du patient ayant subi un accident vasculaire cérébral ischémique : obtention d'un consensus par méthode Delphi.

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : accident ischémique constitué, médecin généraliste, lettre de liaison, méthode Delphi, coordination des soins entre la ville et l'hôpital

Résumé :

Contexte : L'accident ischémique constitué (AIC) représente un enjeu majeur de santé publique en France avec environ 150 000 cas par an et cette prévalence est en hausse en raison du vieillissement de la population. Une prise en charge optimale et continue entre l'hôpital et la ville est indispensable particulièrement lorsque l'origine de l'AIC n'est pas identifiée. Le médecin généraliste (MG) joue un rôle indispensable dans cette continuité des soins. Mais celle-ci se révèle souvent fragile (manque de contact direct avec les médecins hospitaliers ou examens non réalisés). La lettre de liaison (LL) semble un bon moyen pour combler cette fragilité. L'objectif de cette étude était la création de cette LL.

Méthode : La méthode utilisée était la méthode de consensus Delphi. Les experts étaient des MG et des neurologues. Cette méthode s'est déroulée en deux cycles d'envoi de questionnaires afin de parvenir à une réflexion consensuelle sur le choix des items à intégrer dans la LL.

Résultats : Les experts étaient 14 MG et 13 neurologues. 22 propositions ont été jugées appropriées dont 8 avec un accord fort. La mention du détail des traitements du patient semble être la plus importante. Les experts étaient également d'accord sur l'importance de mentionner les examens complémentaires et les consultations en attente, les coordonnées du médecin neurologue référent et une synthèse du patient. Le mode d'envoi aux MG le plus adapté semble être le format électronique par messagerie sécurisée car il est le format le plus rapide. Le patient devrait sortir d'hospitalisation avec sa LL en format papier.

Conclusion : La LL pourrait améliorer la coordination des soins entre les neurologues et les MG pour le suivi des patients ayant subi un AIC en sécurisant la prise en charge des patients à leur sortie d'hospitalisation. Elle pourrait s'avérer utile si le CRH n'est pas disponible lors de la sortie d'hospitalisation du patient sans pour autant servir de substitut Cette LL doit être courte et concise.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Luc DEFEBVRE

Assesseur : Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directrice de thèse : Madame le Docteur Manon SWIDERSKI