



# **REFERENTIEL D'AUTO-EVALUATION DES PRATIQUES EN ETABLISSEMENT DE SANTE**

## **Correspondance médicale : courrier de sortie d'hospitalisation**

**Juillet 2004**

## I. PROMOTEUR

Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA) avec la collaboration de correspondants régionaux anaes d'Aquitaine.

## II. SOURCES

Les textes réglementaires et une revue de la littérature internationale.

21 documents identifiés par le chargé de projet et 11 références retenues issues de publication datant de 1995-2003.

## III. CIBLE PROFESSIONNELLE

L'ensemble des médecins en établissements de santé publics et privés et des médecins généralistes et spécialistes libéraux.

## IV. PATIENTS CONCERNÉS

Tous les patients concernés par une hospitalisation et suivis en médecine de ville .

## V. SÉLECTION DES COURRIERS DE CORRESPONDANCES

*Définition du courrier de sortie :*

Il s'agit de la première correspondance adressée par le médecin de l'établissement de santé au médecin de ville, dans le cadre de l'hospitalisation d'un patient. Ce courrier peut être provisoire (annonçant une lettre plus complète ultérieure) ou définitif. Sa nature peut être variée : lettre de sortie, compte rendu d'hospitalisation, compte rendu opératoire.

*Définition de la population cible :*

Tous les séjours des patients hospitalisés et sortis (du service ou de l'établissement).

*Critères d'exclusion :*

Sont exclus de la population considérée les séjours avec transfert entre services ou entre entités juridiques, les séjours itératifs dans le cadre de séances (par exemple dialyse, chimiothérapie, etc.).

L'échantillonnage et la méthode de recueil sont à définir en tenant compte du caractère individuel ou collectif de la démarche :

- Dans le cadre d'une démarche individuelle mise en place par un médecin d'un service, l'auto-évaluation porte sur 20 courriers de sortie . Il est possible de procéder de manière rétrospective ou prospective :
  - Vous disposez d'un dispositif d'archivage des courriers de sortie que vous rédigez (duplicata, sauvegarde ou copie informatique), notamment le recours à un dossier médical informatisé et vos courriers sont référencés, une liste peut ainsi être établie. La méthode rétrospective est retenue et vous choisissez les courriers de l'année (ou du semestre) au hasard dans la liste ; c'est la méthode la plus rigoureuse,

- Vous ne disposez pas d'un dispositif d'archivage des courriers de sortie que vous rédigez. La méthode prospective est retenue. A partir d'une date que vous fixez, une copie des courriers de sortie que vous rédigez est faite, c'est à dire tous les courriers de sortie pour éviter les biais de sélection ;
- Dans le cadre d'une démarche d'établissement, cette évaluation doit être conduite en cohérence avec la méthode utilisée par l'établissement pour l'évaluation de la conformité des dossiers patients. Ces évaluations peuvent alors être conduites conjointement. Un responsable du recueil est à identifier. Il peut être le médecin responsable de l'information médicale. L'échantillonnage peut reposer sur la réalisation d'un tirage au sort de séjours hospitaliers à partir de la base de données PMSI. La méthode de recueil proposée est une hétéro-évaluation<sup>1</sup> qui consiste à évaluer les courriers de sortie issus des séjours sélectionnés par des médecins ou enquêteurs de l'établissement. La taille de l'échantillon doit être adaptée aux objectifs de l'étude (estimation d'une conformité, comparaisons dans le temps ou entre entités, etc.).

## VI. OBJECTIFS DE QUALITE EVALUES

L'objectif général est la continuité des soins en vue d'améliorer le suivi des patients.

Ces objectifs ont été définis par le groupe de travail suivant une technique de consensus formalisée fondée sur la revue de littérature internationale [1-10] (accord professionnel initial et final) :

- Identifier le patient pris en charge ;
- Identifier le service d'hospitalisation ;
- Identifier les médecins en relation ;
- Identifier la prise en charge et l'évolution du patient dans l'établissement ;
- Identifier les conditions de sortie du patient ;
- Identifier le traitement du patient ;
- Identifier le suivi post hospitalier du patient.

Le groupe de travail a défini lors de deux réunions de consensus **les critères indispensables** (définis comme devant figurer obligatoirement dans un courrier médical) et **les critères pertinents** (ne devant être renseignés que dans un contexte particulier).

---

<sup>1</sup> Il s'agit d'une hétéro-évaluation interne à l'établissement. Cependant l'environnement et les collaborations existantes avec des correspondants externes de l'établissement sont à prendre en compte. Ces derniers peuvent alors être associés à l'évaluation des courriers comme enquêteur.

**Critères d'évaluation  
et  
questions pour déterminer si les critères sont présents**

1. L'identité du patient est noté dans le courrier.  
*Les nom et prénom du patient sont-ils présents ?*
2. L'âge ou la date du patient est noté dans le courrier.  
*La date de naissance ou l'âge du patient est-il (elle) présent(e) ?*
3. Le sexe ou la civilité du patient est noté dans le courrier.  
*La civilité du patient est-elle présente ?*
4. L'identité du service d'hospitalisation est noté dans le courrier.  
*Les coordonnées du service rédacteur (nom et l'adresse et numéro de téléphone) sont-elles complètes ?*
5. L'identité précise du destinataire est noté dans le courrier.  
*Les coordonnées du service rédacteur (nom et l'adresse et numéro de téléphone) sont-elles complètes ?*
6. L'identité du rédacteur est retrouvée dans le courrier.  
*Les coordonnées du service rédacteur (nom et l'adresse et numéro de téléphone) sont-elles complètes ?*
7. La signature du rédacteur est retrouvée dans le courrier.  
*Les coordonnées du service rédacteur (nom et l'adresse et numéro de téléphone) sont-elles complètes ?*
8. Les dates du séjour dans le service est précisée dans le courrier.  
*Le nom et l'adresse du médecin destinataire est-elle présente ?*
9. La modalité de sortie de sortie du patient est noté dans le courrier.  
*La modalité de sortie du patient (retour à domicile, transfert, décès, sortie contre avis médical) est-elle précisée ?*
10. Le motif d'hospitalisation est rappelé dans le courrier.  
*Une formule comme « entré(e) pour », « hospitalisé(e) pour », ou pour les courriers de chirurgie, l'indication du geste chirurgical, est-elle rappelée ?*

11. Le diagnostic de sortie du patient est précisé dans le courrier.  
*Par rapport au motif d'admission, une avancée diagnostique ou un diagnostic provisoire ou confirmé en fin d'hospitalisation ou tous les éléments apportant des précisions nouvelles sur la pathologie ou son évolution (comme des résultats d'examen), ou, dans le cas de surveillance de pathologies chroniques, une conclusion de l'évolution des symptômes figure-t-il dans le courrier ?*
12. L'évolution de l'état du patient dans le service est noté dans le courrier.  
*L'évolution « symptomatique et comportementale » du patient, ou les complications, effets indésirables ou réactions médicamenteuses survenus figure-t-elle dans le courrier ?*
13. La trace des examens complémentaires pratiqués ou leurs résultats est noté dans le dossier.  
*Les examens ou consultations réalisés, accompagnés ou non de leurs résultats sont-ils mentionnés. ? (NA si décès)*
14. Le traitement de sortie est retrouvé dans le courrier.  
*Les traitements médicamenteux ou non ou leur absence sont-ils précisés ? (NA si décès)*
15. Le détail du traitement médicamenteux est noté dans le courrier.  
*Les noms et posologies quotidiennes des médicaments et leurs durées sont-ils précisés ? (NA si aucun traitement, ou si pièce jointe ou si décès).*
16. Le suivi post-hospitalier est noté dans le courrier.  
*La surveillance clinique et/ou para-clinique à instaurer à la sortie, ou les rendez-vous programmés ou à programmer, ou l'absence de suivi nécessaire sont-ils précisés ? (NA si décès)*
17. La démarche d'information au patient ou à son entourage est noté dans le dossier.  
*L'information donnée ou non au patient ou à son entourage sur son état de santé notamment en cas de transfusions, cancers, pathologies graves, pathologies chroniques nécessitant une éducation du patient, complications possibles, est-elle précisée ?*

## VII. GRILLE DE RECUEIL DES INFORMATIONS

**Notez une seule réponse par case :**

**O** si la réponse est OUI

**N** si la réponse est NON

**NA** si la question ne s'applique pas à ce patient ou à votre pratique (précisez dans la zone de commentaires). N'hésitez pas à ajouter des informations qualitatives !

**N° d'anonymat :**

**Date :**

**Temps passé à cette évaluation :**

	QUESTION 1	QUESTION 2	QUESTION 3	QUESTION 4	QUESTION 5	QUESTION 6	QUESTION 7	QUESTION 8	QUESTION 9	QUESTION 10
	Les nom <u>et</u> prénom du patient sont-ils présents ?	La date de naissance ou l'âge du patient est-il (elle) présent(e) ?	La civilité du patient est-elle présente ?	Les coordonnées du service rédacteur (nom <u>et</u> l'adresse <u>et</u> numéro de téléphone) sont-elles complètes ?	Le nom <u>et</u> l'adresse du médecin destinataire est-elle présente ?	Le nom du médecin rédacteur (ou du médecin responsable pour les courriers rédigés par des internes) est-il précisé ?	Le courrier est-il signé ?	Les dates d'entrée <u>et</u> de sortie d'hospitalisation sont-elles présentes ?	La modalité de sortie du patient (retour à domicile, transfert, décès, sortie contre avis médical) est-elle précisée ?	Une formule comme « entré(e) pour », « hospitalisé(e) pour », ou pour les courriers de chirurgie, l'indication du geste chirurgical, est-elle rappelée ?
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
Total des O										
Total des N										
Total										

CCECQA/ Juillet 2004

Correspondance médicale : courrier de sortie d'hospitalisation

des NA										
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Référentiel d'évaluation des pratiques en établissement de santé**

	<b>QUESTION 11</b>	<b>QUESTION 12</b>	<b>QUESTION 13</b>	<b>QUESTION 14</b>	<b>QUESTION 15</b>	<b>QUESTION 16</b>	<b>QUESTION 17</b>
	Par rapport au motif d'admission, une avancée diagnostique ou un diagnostic provisoire ou confirmé en fin d'hospitalisation ou tous les éléments apportant des précisions nouvelles sur la pathologie ou son évolution (comme des résultats d'examen), ou, dans le cas de surveillance de pathologies chroniques, une conclusion de l'évolution des symptômes figure-t-il dans le courrier ?	L'évolution "symptomatique et comportementale" du patient, ou les complications, effets indésirables ou réactions médicamenteuses survenus figure-t-elle dans le courrier ?	Les examens ou consultations réalisés, accompagnés ou non de leurs résultats sont-ils mentionnés. ? (NA si décès)	Les traitements médicamenteux ou non ou leur absence sont-ils précisés ? (NA si décès)	Les noms et posologies quotidiennes des médicaments et leurs durées sont-ils précisés ? (NA si aucun traitement, ou si pièce jointe ou si décès).	La surveillance clinique et/ou para-clinique à instaurer à la sortie, ou les rendez-vous programmés ou à programmer, ou l'absence de suivi nécessaire sont-ils précisés ? (NA si décès)	L'information donnée ou non au patient ou à son entourage sur son état de santé notamment en cas de transfusions, cancers, pathologies graves, pathologies chroniques nécessitant une éducation du patient, complications possibles, est-elle précisée ?
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
Total des O							
Total des N							

CCECQA/ Juillet 2004

Correspondance médicale : courrier de sortie d'hospitalisation

Total des NA							
-----------------	--	--	--	--	--	--	--

	Observations par courrier
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	

20	
----	--

## VIII. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

- **Que pensez-vous de vos résultats (points forts et points faibles de votre pratique) ? Sont-ils conformes à ce que vous attendiez ?**
  
- **Comment expliquez-vous, pour certains critères d'évaluation, les éventuels écarts observés ?**
  
- **Quelles mesures d'amélioration pourraient être mises en place ?**

## IX. REFERENCES

Agence Nationale de l'Évaluation et de l'Accréditation en Santé. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Dossier du patient : réglementation et recommandations. Service évaluation des pratiques. Juin 2003

Bertrand D, Francois P, Bosson JL, Fauconnier J, Weil G. Quality assessment of discharge letters in a French university hospital. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv.* 1998;11(2-3):90-5

Bertrand D. Recherche en assurance Qualité dans le milieu hospitalier : une application à la gestion des comptes rendus d'hospitalisation. DEA Méthodes d'Analyse des Systèmes de Santé, Thèse 1995

Pellet F, Roger P. Évaluation de la correspondance entre médecins généralistes et médecins spécialistes et son impact dans la prise en charge des patients. DIU d'évaluation de la qualité en médecine. Université Bordeaux 2. Mémoire 1999-2000

Newton J, Eccles M, Hutchinson A. Communication between general practitioners and consultants: what should

their letters contain? *Bmj.* 1992;304(6830):821-4

Van Walraven C, Weinberg AL. Quality assessment of a discharge summary system. *Cmaj.* 1995;152(9):1437-42

Bolton P, Mira M, Kennedy P, Lahra MM. The quality of communication between hospitals and general practitioners: an assessment. *J Qual Clin Pract.* 1998;18(4):241-7

Wilson S, Ruscoe W, Chapman M, Miller R. General practitioner-hospital communications: a review of discharge summaries. *J Qual Clin Pract.* 2001;21(4):104-8

Van Walraven C, Rokosh E. What is necessary for high-quality discharge summaries? *Am J Med Qual.* 1999;14(4):160-9

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Clinical Guidelines. The immediate discharge document. January 2003. <http://www.sign.ac.uk/guidelines/published/nulist.html>