



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

Version provisoire

Correspondance médicale : courrier d'admission en hospitalisation

Juillet 2004

I. PROMOTEUR

Comité de Coordination de l'Evaluation 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 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 généralistes et spécialistes libéraux et en établissements de santé publics et privés .

IV. PATIENTS CONCERNÉS

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

V. SÉLECTION DES COURRIERS DE CORRESPONDANCES

Définition du courrier d'admission

Il s'agit de la correspondance rédigée par un médecin de ville lors de l'admission d'un patient en hospitalisation ou en vue d'une consultation précédant l'hospitalisation ou lors d'un passage aux urgences.

Définition de la population cible

Tous les patients adressés par un médecin de ville (généraliste ou spécialiste) à un établissement de santé.

Critères d'exclusion :

Sont exclus de la population considérée les patients adressés pour une urgence vitale.

Méthode de recueil

L'auto-évaluation porte sur 20 courriers d'admission.

Il est possible de procéder de manière rétrospective ou prospective :

1- Vous disposez d'un dispositif d'archivage des courriers d'admission 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 au hasard dans la liste ; c'est la méthode la plus rigoureuse.

2- Vous ne disposez pas d'un dispositif d'archivage des courriers d'admission que vous rédigez. La méthode prospective est retenue. A partir d'une date que vous fixez, une copie des courriers d'admission que vous rédigez est faite, c'est à dire tous les courriers d'admission pour éviter les biais de sélection.

VI. OBJECTIFS DE QUALITE ÉVALUÉS

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 les médecins en relation,
- Identifier le patient pris en charge,
- Identifier son motif d'hospitalisation,
- Identifier les antécédents du patient,
- Identifier les traitements 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).

Critères d'évaluation

et

questions pour déterminer si les critères sont présents

Critères indispensables	Questions
1- L'identité et les coordonnées du rédacteur sont inscrits dans le courrier	<i>Le nom <u>et</u> le téléphone du médecin rédacteur sont-ils présents ?</i>
2- La date du courrier d'admission est indiquée	<i>La date est-elle mentionnée sur le courrier ?</i>
3- Identité du patient	<i>Les nom <u>et</u> prénom du patient sont-ils précisés ?</i>
4- Identité du destinataire	<i>Le nom du médecin ou du service destinataire sont-ils précisés ?</i>
5- Motif de la demande d'admission	<i>Une formule comme 'pour bilan', 'pour avis', 'pour contrôle',</i>

Critères indispensables	Questions
	<i>'à la demande du patient' ou la description d'un symptôme est-elle notée ?</i>
6- Histoire de la maladie	<i>Les symptômes (date de début ou mode d'apparition ou évolution ou complications éventuelles ou réponse à un traitement) sont-ils précisés ? voir note 2</i>
7- Antécédents du patient ou familiaux	<i>Les antécédents ou comorbidités du patient ou la précision de l'absence d'antécédents notables, ou les antécédents familiaux sont-ils précisés ? voir note 2</i>
8- Traitement habituel du patient	<i>Le traitement au long cours (médicamenteux ou non) ou l'absence de traitement habituel est-il précisé ? voir notes 1 et 3</i>
9- Traitement des symptômes aigus	<i>Le traitement, (médicamenteux ou non), relatif aux symptômes aigus, ou l'absence de traitement aigu prescrit est-il précisé ? voir notes 1 et 3</i>
10- Détail du traitement médicamenteux	<i>Les nom <u>et</u> posologie quotidienne des médicaments pour au moins un des 2 traitements (habituel ou aigu) sont-ils précisés ? voir notes 1 et 3</i>

Critères pertinents	Questions
11- Habitudes de vie du patient	<i>Les facteurs de risques du patient, notamment des conduites addictives sont-ils notés ?</i>
12 - Examen clinique	<i>Des éléments de l'examen clinique (normaux ou non) sont-ils notés ?</i>
13 - Réactions médicamenteuses ou allergies connues	<i>Les réactions médicamenteuses ou allergies connues sont-elles précisées ?</i>
14 - Contexte social, familial et professionnel	<i>La situation professionnelle, familiale ou sociale du patient est-elle précisée ?</i>
15 - Examens complémentaires	<i>Les examens complémentaires pratiqués, accompagnés ou non de leurs résultats, ou l'absence d'examens pratiqués sont-ils notés ?</i>
16 - Nom du médecin traitant	<i>Le nom du médecin habituel du patient est-il précisé ?</i>

VII. NOTES

Note 1 : support évalué

L'évaluation porte sur le contenu du courrier et de ses annexes, comme l'enveloppe et les pièces jointes. Ainsi, pour le critère 4 (Identité du destinataire), l'information peut être mentionnée uniquement sur l'enveloppe ou, pour le critère 9 (Traitement des symptômes aigus) sur des pièces jointes, et ne plus être disponible au moment de l'auto-évaluation. Dans ces cas cette information est à signaler dans la zone commentaire.

Note 2 : les antécédents du patient

Deux critères sont en lien avec les ATCD :

- le critère 6 (Histoire de la maladie) : Les antécédents du patient se rapportant à la symptomatologie motivant l'admission font partie de ce critère,
- le critère 7 (Antécédents du patient ou familiaux) : Présence des antécédents ou comorbidités du patient n'étant pas en rapport avec la symptomatologie ayant motivé l'admission (sinon ceux-ci font partie de l'histoire de la maladie), ou précision de l'absence d'antécédents notables, ou ses antécédents familiaux. Certains antécédents particulièrement importants, comme les transfusions ou le statut sérologique du patient, peuvent être précisés dans la zone commentaires.

Note 3 : le traitement du patient

Trois critères (8,9,10) explorent le traitement du patient en distinguant d'une part son traitement habituel (au long cours) et d'autre part le traitement réalisé plus particulièrement pour le motif d'hospitalisation (ou traitement des symptômes aigus).

La notion de traitement comprend les traitements médicamenteux ou non médicamenteux.

Le critère 10 est non applicable si le patient ne reçoit aucun traitement précisé aux critères 8 ou 9 ou si le traitement est annoncé sur une pièce jointe non disponible.

Pour le critère 15, seuls les examens faits en aigu, en rapport avec la pathologie ou les symptômes motivant l'admission sont à prendre en compte.

VIII. GRILLE DE RECUEIL DES INFORMATIONS (CRITERES INDISPENSABLES)

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 courrier ou à votre pratique (précisez dans la zone de commentaires). N'hésitez pas à ajouter des informations qualitatives

N° d'identification :

Date :

Temps passé à cette évaluation :

	QUESTION 1	QUESTION 2	QUESTION 3	QUESTION 4	QUESTION 5
	Le nom <u>et</u> le téléphone du médecin rédacteur sont-ils présents ?	La date est-elle mentionnée ?	Les nom <u>et</u> prénom du patient sont-ils précisés ?	Le nom du médecin ou du service destinataire est-il précisé ?	Une formule comme 'pour bilan', 'avis', 'contrôle', 'à la demande du patient' ou la description d'un symptôme est-elle notée ? (Cf. note 1)
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 des NA					

Vos observations, commentaires pour cette auto-évaluation :

Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en établissement de santé

	QUESTION 6	QUESTION 7	QUESTION 8	QUESTION 9	QUESTION 10
	Les symptômes (date ou mode d'apparition ou évolution ou complications ou réponse à un éventuel traitement) sont-ils précisés ? (Cf. note 2)	Les antécédents ou comorbidités du patient ou la précision de l'absence d'antécédents notables, ou les antécédents familiaux sont-ils précisés ? (Cf. note 2)	Le traitement au long cours (médicamenteux ou non) ou l'absence de traitement habituel est-il précisé ? (Cf note 3)	Le traitement, (médicamenteux ou non), relatif aux <u>symptômes aigus</u> , ou l'absence de traitement aigu prescrit est-il précisé ? (Cf. notes 1 et 3)	Les nom et posologie quotidienne des médicaments pour au moins un des 2 traitements (habituel ou aigu) sont-ils précisés ? (Cf. notes 1 et 3)
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 des NA					

Vos observations, commentaires pour cette auto-évaluation :

IX. GRILLE DE RECUEIL DES INFORMATIONS (CRITERES PERTINENTS)

	QUESTION 11	QUESTION 12	QUESTION 13	QUESTION 14	QUESTION 15	QUESTION 16
	Les facteurs de risques notamment addictifs sont-ils notés ?	Des éléments de l'examen clinique (normaux ou non) sont-ils notés ?	Les réactions médicamenteuses ou allergies connues sont-elles précisées ?	La situation professionnelle, familiale ou sociale est-elle précisée ?	Les examens complémentaires pratiqués, ou non pratiqués sont-ils notés ?	Le nom du médecin habituel est-il précisé ?
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 des NA						

Vos observations, commentaires pour cette auto-évaluation :

	Observations par courrier
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

XI. 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>