

EHESP

Filière Directeur d'hôpital

Promotion : **2017 - 2018**

**Les documents de liaison ville-hôpital
en sortie d'hospitalisation : du compte-
rendu à la lettre de liaison**

Alice VEYRIÉ

Remerciements

Je tiens à remercier Madame Pascale Hoang, qui m'a confié la conduite du déploiement de la lettre de liaison de sortie d'hospitalisation au sein du Groupement hospitalier Eaubonne-Montmorency, pour sa confiance et son accompagnement chaleureux, ainsi que Madame Nathalie Sanchez, qui m'a ouvert les portes de son établissement pour mes deux stages hospitaliers.

Mes remerciements vont également à Madame Ghislaine David, coordinatrice des secrétariats médicaux, et Madame Fabienne Leroy, référente du service informatique pour le dossier patient informatisé, pour leur investissement et leurs conseils, et sans lesquelles la mise en place du projet au sein des services de l'établissement n'aurait pas été possible.

Je remercie chaleureusement l'ensemble des secrétaires médicales et chefs de service du Groupement hospitalier Eaubonne-Montmorency qui ont pris le temps de m'accueillir dans leur service et de répondre à mes questions, et qui se sont investis pour la réussite de ce projet.

Enfin, je remercie l'ensemble de l'équipe de direction, qui m'a accueilli avec beaucoup de bienveillance, et avec laquelle j'ai pu partager les étapes de construction de ce mémoire.

Sommaire

Introduction	- 1 -
1 L'évolution récente des outils d'information entre la ville et l'hôpital permet aux établissements de mieux répondre aux enjeux de liaison en sortie d'hospitalisation.	5
1.1 L'évolution récente des outils d'information entre la ville et l'hôpital au moment de la sortie : de la lettre de sortie doublée du compte-rendu d'hospitalisation à la lettre de liaison.	5
1.1.1 Des documents de sortie d'hospitalisation peu encadrés avant 2017 : le compte-rendu d'hospitalisation et la lettre de sortie.	5
1.1.2 L'encadrement des outils d'information entre la ville et l'hôpital par la loi de modernisation de notre système de santé : la lettre de liaison.....	7
1.1.3 L'articulation entre lettre de liaison et compte-rendu d'hospitalisation dans la nouvelle réglementation.	11
1.2 La lettre de liaison répond aux enjeux de continuité de la prise en charge ainsi que de positionnement du patient et du médecin traitant dans le parcours de soin.....	13
1.2.1 En facilitant la continuité des soins, la lettre de liaison répond à des enjeux de qualité et de sécurité des soins.	13
1.2.2 La lettre de liaison rend le patient maître de son parcours de soins.	14
1.2.3 La lettre de liaison répond à une demande des professionnels de ville et favorise en cela les relations ville-hôpital.....	15
2 La lettre de liaison se heurte toutefois en pratique à divers difficultés, à prendre en compte dans la gestion de projet pour permettre un déploiement effectif.	17
2.1 Le contenu et l'organisation de la lettre de liaison constitue un changement de paradigme pour le corps médical.	18
2.1.1 Ce changement de paradigme se traduit dans le contenu attendu de la lettre de liaison.	18
2.1.2 Face aux changements apportés au contenu du document de sortie, les praticiens hospitaliers craignent une perte d'informations.....	20
2.1.3 Une sensibilisation et une formation des équipes médicales est donc nécessaire pour accompagner le changement.	21
2.2 La production des lettres de liaison nécessite bien souvent de revoir l'organisation médico-administrative entre secrétaires et personnel médical.	21
2.2.1 Les étapes de construction d'un document de sortie d'hospitalisation.....	21
2.2.2 Le délai de production des lettres de liaison implique une anticipation dans l'organisation médico-administrative.....	23
2.2.3 La mobilisation des équipes médicales et de secrétariat, et la revue de l'organisation médico-administrative des sorties, sont nécessaires au déploiement de la lettre de liaison.	24
2.3 Le cadre réglementaire et les recommandations officielles souffrent, par certains égards, d'un manque de clarté.....	25

2.3.1	L'articulation entre CRH et lettre de liaison demeure peu claire pour les acteurs hospitaliers, ce qui a conduit la DGOS a apporté des précisions.....	25
2.3.2	Le décret de 2016 et les IQSS ne couvrent pas le même champ de séjours hospitaliers.....	26
2.3.3	La remise systématique de la lettre de liaison au patient suscite, dans des cas spécifiques, certaines interrogations.....	26
2.4	Les documents de sortie remplissent des objectifs qui dépassent la liaison ville-hôpital et qui viennent parfois se heurter aux attendus initiaux de la lettre de liaison.	28
2.4.1	Les documents de sortie sont aussi des outils pour les hospitaliers en cas de réhospitalisations ou de transferts.	28
2.4.2	Les documents de sortie servent de support pour le codage des séjours.....	29
3	Recommandations pour la conduite du déploiement de la lettre de liaison : les enseignements de l'expérience au sein du Groupement hospitalier Eaubonne-Montmorency et des retours d'autres établissements de santé.	30
3.1	S'appuyer sur les bons partenaires en interne.....	31
3.2	Diviser le déploiement en plusieurs phases selon le type de séjours concernés. ...	31
3.3	Préciser l'articulation entre compte-rendu et lettre de liaison et consacrer un unique outil d'information avec la ville en sortie d'hospitalisation.	31
3.4	Préparer des modèles-types de document de sortie mis à la disposition des services.	33
3.4.1	Harmoniser les modèles-types de documents de sortie sans aller jusqu'à la standardisation.	33
3.4.2	Construire un modèle-type de document de sortie conforme à la réglementation au sein d'un groupe de travail pluridisciplinaire.	34
3.4.3	Adapter le modèle-type commun aux besoins de chacun des services.	35
3.5	Communiquer sur les enjeux et accompagner le changement.	36
3.6	Mettre à disposition les outils informatiques qui soutiennent le déploiement de la lettre de liaison.....	38
3.6.1	Disposer d'un dossier patient informatisé permettant une production optimisée des documents de sortie.	39
3.6.2	Améliorer les modalités de transmission des documents de sortie.....	40
3.6.3	Développer les solutions de reconnaissance vocale.....	41
3.7	Animer les relations ville-hôpital pour sensibiliser les hospitaliers aux attentes des médecins de ville.	42
3.8	Inscrire la lettre de liaison au cœur des objectifs de l'établissement et évaluer la portée du déploiement.	42
	Conclusion.....	44
	Bibliographie	I
	Liste des annexes	III

Liste des sigles utilisés

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ARS : Agence régionale de santé

CAQES : contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins

CRH : compte-rendu d'hospitalisation

CH : centre hospitalier

CHR : Centre hospitalier régional

CHU : centre hospitalier universitaire

CME : commission médicale d'établissement

CSP : code de la santé publique

DAS : diagnostics associés significatifs

DIM : Département d'information médicale

DP : diagnostic principal

DPI : dossier patient informatisé

DSIH : direction des systèmes d'informations hospitaliers

DRECC : Direction des relations extérieures, de la communication et de la coordination

FEHAP : Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs

GH : groupement hospitalier

GHEM : Groupement hospitalier Eaubonne-Montmorency

HAD : hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IPAQSS : indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

IQSS : indicateur de qualité et de sécurité des soins

MCO : médecine-chirurgie-obstétrique

PREF : plan de retour à l'équilibre financier

SSR : soins de suite et de réadaptation

USIC : unité de soins intensifs de cardiologie

Introduction

La sortie d'un patient, à l'issue d'une hospitalisation, est un élément déterminant de la qualité de sa prise en charge par le système de soins. Ce « moment où l'état de santé du patient est particulièrement précaire » doit « attirer toutes les attentions »¹. Pour garantir la continuité des soins, le patient et le professionnel de ville qui poursuit la prise en charge doivent avoir à leur disposition les informations nécessaires.

D'une part, le patient doit disposer d'explications correctes et précises relatives à l'hospitalisation qui se termine et à la poursuite des soins. Cette information orale, avant que le patient ne quitte le service, est complétée par un document de sortie d'hospitalisation. Le patient se voit également remettre les « certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation de ses soins et de ses traitements et à la justification de ses droits » prévus à l'article R. 1112-61 du Code de la santé publique (CSP). L'enquête « e-satis » pilotée par la Haute Autorité de Santé (HAS), qui mesure la satisfaction des patients hospitalisés plus de 48 heures dans les établissements de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO), montre une faible satisfaction des patients quant à l'indicateur « organisation de la sortie ». Pour la campagne 2017, cet indicateur, qui fait référence aux informations données au patient au moment de la sortie (traitements, suites à donner, reprise d'activité...), est le moins bien noté à l'exception de l'indicateur lié aux repas.

D'autre part, le professionnel de ville doit disposer des informations-clés relatives à l'hospitalisation pour la poursuite de la prise en charge. Ces échanges entre l'hôpital et la ville peuvent avoir lieu de façon directe (appels téléphoniques...) mais passent surtout par les informations contenues dans le document de sortie. Or le lien ville-hôpital demeure une faiblesse de notre système de santé. Les médecins traitants sont « le premier relais en sortie immédiate d'hospitalisation mais ne disposent bien souvent que d'informations très partielles voire d'aucun élément lors de la première consultation suivant la sortie »². Cette situation expose les patients, en particulier les plus vulnérables, à une prise en charge peu adaptée à leur sortie d'établissement de santé, avec un risque de réhospitalisations ou de passages aux urgences³. Une étude de 2014 sur l'appréciation du service rendu par un centre

¹ Bansard M. et al. (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*, Vol. 29, p. 57-70.

² *Ibid.*

³ Viaud A. et al. (2018), « Collaboration corps médical/informatique », *Gestions hospitalières*, pp.410-411

hospitalier universitaire (CHU) auprès de médecins généralistes montre notamment que le délai de transmission des documents de sortie d'hospitalisation obtenait le plus faible taux de satisfaction (17%) sur l'ensemble des critères de l'étude⁴.

Pour pallier ces insuffisances, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 introduit dans le droit français la notion de lettre de liaison de sortie d'hospitalisation. L'exposé des motifs de la loi souligne que « l'un des risques majeurs de rupture dans le parcours de soins se situe à la sortie de l'hôpital ». Le législateur a donc tenté de faire évoluer le lien ville-hôpital en travaillant sur les outils d'information, à savoir les documents de sortie. Un document de sortie d'hospitalisation, selon la définition de la HAS, est un document devant contenir « les principaux éléments relatifs au séjour du patient ainsi que les éléments utiles à la continuité des soins hôpital-ville »⁵. Avec la loi de 2016, il est prévu que « le praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation et le médecin traitant sont destinataires, à la sortie du patient, d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins, rédigée par le médecin de l'établissement en charge du patient ». Cette même lettre de liaison est « remise, au moment de sa sortie, au patient ou, avec son accord [...] à la personne de confiance ».

Le constat de la faiblesse du lien ville-hôpital et l'impact de cette situation sur la continuité de la prise en charge étant largement partagés, la lettre de liaison a connu un parcours législatif paisible. Des dispositions concernant la transmission d'informations vers la ville existaient déjà dans le code de la santé publique, mais le fait de voir consacrer dans la loi le recours à ce document de liaison a suscité une large adhésion⁶. **Pourtant, si les enjeux de la liaison ville-hôpital au moment de la sortie font consensus auprès des acteurs du milieu, la lettre de liaison n'est déployée dans les établissements que difficilement et de façon hétérogène. Comment expliquer ce paradoxe et, dès lors, mettre en place les outils adéquats pour les établissements de santé ?**

Ce mémoire retrace dans un premier temps l'évolution récente des outils d'information entre la ville et l'hôpital, qui permet aux établissements de mieux répondre aux enjeux de liaison en sortie d'hospitalisation (1). Dans un second temps, il souligne que la lettre de liaison se heurte toutefois, en pratique, à diverses difficultés à prendre en compte dans la

⁴ François P. et al. (2014), « Qualité des services rendus par un centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes ». *Santé Publique*, Vol. 26, p.189-97.

⁵ Haute Autorité de santé (2014), Document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 h - Fiche d'utilisation [internet].

⁶ Baylocq G., Dupont M. (2016), « Loi santé. La lettre de liaison : Qu'en est-il du compte-rendu d'hospitalisation? », *Gestions hospitalières*, n°560, pp.522-523.

gestion de projet pour permettre sa mise en place (2). Enfin, il tente d'élaborer quelques recommandations pour la conduite du déploiement de la lettre de liaison, basées sur les enseignements de l'expérience au sein du Groupement hospitalier Eaubonne-Montmorency (GHEM) et des retours d'autres établissements (3).

Ce mémoire repose sur plusieurs sources de données :

- 1) Le cadre réglementaire et les recommandations d'experts relatifs aux documents de sortie d'hospitalisation et en particulier à la lettre de liaison⁷.
- 2) Les données liées au déploiement de la lettre de liaison au sein du GHEM. Cette mission m'a été confiée par la Direction des relations extérieures, de la communication et de la coordination (DRECC) du groupement lors de mon stage de direction (janvier-août 2018). La gestion de projet s'est notamment appuyée sur une étude de l'utilisation des documents de sortie d'hospitalisation dans les services consistant en :
 - Une période d'observation dans 8 services « moteurs » concernant la gestion de la sortie d'hospitalisation, pour comprendre les circuits de validation des documents de sortie et identifier les bonnes pratiques : cardiologie, chirurgie orthopédique, diabétologie, gastroentérologie, gériatrie, médecine interne, rhumatologie, soins de suite et de réadaptation (SSR) gériatriques.
 - Une série d'entretiens menés avec les secrétaires médicales et les chefs de service de 15 services du GHEM (les 8 services moteurs et 7 services avec des organisations médico-administratives représentatives pour le reste de l'établissement)⁸.
- 3) Un benchmark réalisé auprès de 8 établissements de santé, complété par le retour d'expérience sur le déploiement de la lettre de liaison des fédérations et des conférences d'établissements de santé, diffusé par la DGOS en mars 2017 : le centre hospitalier (CH) d'Argenteuil, le CH de Gonesse, le CHU d'Amiens, le CHU d'Angers, le CHU de Nantes, l'Hôpital Ambroise-Paré (AP-HP, Paris), le Groupement hospitalier (GH) Paul Guiraud à Villejuif et le GH Paris Saint-Joseph⁹.
- 4) Une recherche bibliographique d'articles et d'ouvrages relatifs à la liaison ville-hôpital et aux documents de sortie d'hospitalisation¹⁰.

⁷ Voir bibliographie

⁸ Annexe 1 : Liste des entretiens

⁹ *Ibid.*

¹⁰ Voir bibliographie

1 L'évolution récente des outils d'information entre la ville et l'hôpital permet aux établissements de mieux répondre aux enjeux de liaison en sortie d'hospitalisation.

1.1 L'évolution récente des outils d'information entre la ville et l'hôpital au moment de la sortie : de la lettre de sortie doublée du compte-rendu d'hospitalisation à la lettre de liaison.

1.1.1 Des documents de sortie d'hospitalisation peu encadrés avant 2017 : le compte-rendu d'hospitalisation et la lettre de sortie.

Avant l'entrée en vigueur du décret relatif aux lettres de liaison¹¹, le 1^{er} janvier 2017, le code de la santé publique prévoyait, dans son article R-1112-2, un « compte rendu d'hospitalisation » et une « lettre rédigée à l'occasion de la sortie » dans le dossier médical de chaque patient hospitalisé. En complément, l'article R-1112-1 du CSP précisait qu'à la fin de chaque séjour hospitalier, les « informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins » devaient être remises « directement au patient au moment de sa sortie ou, si le patient en fait la demande, au praticien que lui-même ou la personne ayant l'autorité parentale aura désigné, dans un délai de huit jours maximum ». Enfin l'article R1112-60 du CSP ajoute que le médecin traitant reçoit, après la sortie de l'hospitalisé, « toutes indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du malade ».

Ainsi la réglementation ne prévoyait pas de contenu standardisé ni pour le compte-rendu d'hospitalisation (CRH), ni pour la lettre de sortie. Aucun échange obligatoire d'information entre établissements de santé et professionnels de ville n'était formalisé au moment de la sortie du patient, en dehors de la transmission des « éléments utiles à la continuité des soins ». Des documents de sortie divers, intitulés lettres, courriers, fiches ou comptes-rendus, sont utilisés en pratique. Ils se distinguent d'un établissement de santé à l'autre¹², et même d'un service à l'autre, comme le montre l'exemple du Groupement

¹¹ Décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison.

¹² Bayloq G., Dupont M. (2016), « Loi santé. La lettre de liaison : Qu'en est-il du compte-rendu d'hospitalisation? », *Gestions hospitalières*, n°560, pp.522-523

hospitalier Eaubonne-Montmorency. S'il n'existe pas de compte-rendu d'hospitalisation type, on retrouve en général le même type d'items dans la plupart des CRH¹³ :

- Données administratives du patient ;
- Motif d'hospitalisation ;
- Antécédents ;
- Situation familiale et socio-professionnelle ou mode de vie ;
- Traitement à l'entrée ;
- Histoire de la maladie ;
- Examen clinique ;
- Examens complémentaires ;
- Evolution ou prise en charge dans le service ;
- Conclusion ;
- Traitement de sortie.

Le CRH se distingue du compte-rendu de consultation et du compte-rendu opératoire, qui retrace le déroulé d'une intervention chirurgicale. La lettre de sortie, quant à elle, adressée personnellement par le praticien responsable de la prise en charge hospitalière à son confrère de ville, ne mentionne en général que le motif d'hospitalisation du patient sortant¹⁴.

En 2014, la HAS a publié un « référentiel des informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité, à la sortie d'hospitalisation », dans le cadre de l'expérimentation d'un nouvel indicateur pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS). Cet IPAQSS, intitulé « Document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24h », était testé auprès de 64 établissements de santé¹⁵. Annonçant la réforme prochaine de la lettre de liaison, ce référentiel ne fait pas mention de compte-rendu d'hospitalisation mais s'applique à « tout document remis au patient à la sortie d'une hospitalisation et adressé aux professionnels de santé amenés à le prendre en charge en aval du séjour, quelle qu'en soit la dénomination ». Les attentes concernant le contenu de ce document diffèrent des items traditionnellement retrouvés dans le CRH et préfigurent le contenu des futures lettres de liaison.

¹³ Jaffré A. (2012), Améliorer le compte-rendu d'hospitalisation : le déploiement d'un projet prioritaire de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris au sein des Hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis [Mémoire], EHESP, 58 p.

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ Haute Autorité de santé (2014), Document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 h - Fiche d'utilisation [internet].

1.1.2 L'encadrement des outils d'information entre la ville et l'hôpital par la loi de modernisation de notre système de santé : la lettre de liaison.

L'article 95 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, complété par le décret d'application n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison, vient « encadrer juridiquement la remise et le contenu d'un document de sortie »¹⁶, dorénavant intitulé « lettre de liaison de sortie d'hospitalisation ». Ce cadre législatif et réglementaire est complété et précisé par :

- Le référentiel de la HAS pour la « qualité de la lettre de liaison à la sortie », publié en 2017¹⁷. Si ce référentiel ne constitue pas une obligation réglementaire pour les établissements de santé, il sert de base à la mesure d'un indicateur de qualité et de sécurité des soins (IQSS) pris en compte notamment dans la démarche de certification qualité des établissements de santé.
- Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES), du moins en Ile-de-France. Le CAQES est un contrat tripartite conclu entre les établissements, l'ARS et l'assurance maladie¹⁸. Pour les établissements d'Ile-de-France concernés par le CAQES, tel que le Groupement hospitalier Eaubonne-Montmorency, la mise en place d'un « tableau médicament parcours » dans la lettre de liaison est un indicateur de conformité à l'obligation II.2 (« Mettre en œuvre la continuité de la prise en charge thérapeutique durant le parcours de soins »). D'autres régions que l'Ile-de-France peuvent avoir adopté des indicateurs similaires pour cette obligation, ce qui aura donc un impact sur le contenu attendu de la lettre de liaison de sortie.

Le décret, le référentiel de la HAS, et le CAQES (Ile de France), fixent un cadre précis pour la rédaction, l'envoi, la remise et le contenu de la lettre de liaison, ainsi que pour les séjours concernés.

- **La rédaction de la lettre de liaison par le médecin de l'établissement responsable de la prise en charge.**

Le décret du 20 juillet 2016 indique que la lettre de liaison de sortie d'hospitalisation est rédigée par le médecin de l'établissement qui a pris en charge le patient.

¹⁶ Bayloq G., Dupont M. (2016), « Loi santé. La lettre de liaison : Qu'en est-il du compte-rendu d'hospitalisation? », *Gestions hospitalières*, n°560, pp.522-523

¹⁷ Haute Autorité de santé (2017), Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » (QLS) en MCO.

¹⁸ Article 81 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2016.

Les consignes de remplissage des grilles de recueil pour l'IQSS « qualité de la lettre de liaison à la sortie » précisent que la lettre de liaison peut être rédigée de façon collégiale par l'équipe de soins et, qu'un interne en médecine du service, une sage-femme ou un chirurgien-dentiste travaillant dans le service, peuvent être acceptés comme signataires¹⁹.

- **La remise de la lettre de liaison au patient le jour de la sortie.**

Le décret du 20 juillet 2016 dispose que la lettre de liaison est remise au patient « lors de la sortie de l'établissement de santé », « par le médecin, ou par un autre membre de l'équipe de soins qui l'a pris en charge ». En plus de la remise de ce document de sortie, le décret ajoute un élément d'explications orales au patient, en disposant que le médecin (ou un autre membre de l'équipe de soins) « s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises ».

Les consignes de remplissage des grilles de recueil pour l'IQSS « qualité de la lettre de liaison à la sortie » listent, en MCO comme en SSR, les exceptions à cette remise de la lettre de liaison au patient à la sortie :

- « le patient a refusé de se voir transmettre la lettre de liaison »,
- « le patient a été transféré aux urgences ou dans un autre établissement »,
- « le patient a fait l'objet d'une mutation inter-secteur (ex : MCO → SSR) »,
- « la remise de la lettre de liaison au patient est jugée non pertinente : patient en soins palliatifs, patient inconscient, difficultés psychologiques, patient pas en état de se voir transmettre la lettre de liaison à la sortie »²⁰.

- **L'envoi de la lettre de liaison au(x) médecin(s) de ville le jour de la sortie.**

Le décret du 20 juillet 2016 prévoit la lettre de liaison soit transmise le jour de la sortie « au médecin traitant et, le cas échéant, au praticien qui a adressé le patient » par « messagerie sécurisée » ou « par tout moyen garantissant la confidentialité des informations », et qu'elle soit « versée dans le dossier médical partagé du patient si ce dossier a été créé ».

¹⁹ Haute Autorité de santé (2018), Généralisation 2018 recueil d'indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de soins de courte durée. Consignes de remplissage. Grille de recueil. Thème DPA.

²⁰ *Ibid.*

Les consignes de remplissage des grilles de recueil pour l'IQSS « qualité de la lettre de liaison à la sortie » listent, en MCO comme en SSR, les exceptions à l'envoi de la lettre au médecin traitant :

- « le patient n'a pas de médecin traitant »,
- « le patient ne souhaite pas que son médecin traitant soit informé ».

La HAS précise également que la lettre de liaison peut être envoyée à la sage-femme libérale « en charge du suivi des suites immédiates de l'accouchement »²¹.

- **Les précisions quant au contenu de la lettre de liaison.**

Le décret du 20 juillet 2016 vient, pour la première fois, cadrer le contenu du document de sortie. Ces éléments de contenu sont précisés, et parfois quelque peu amendés, par la HAS dans le cadre du recueil de l'IQSS. Le CAQES complète le décret sur le volet médicamenteux. Les éléments suivants sont attendus :

- 1) *Identification du patient.*
- 2) *Identification du médecin traitant, le cas échéant du praticien adresseur.*
- 3) *Identification du médecin de l'établissement de santé qui a pris en charge le patient.*

La HAS parle plutôt de l'identification du signataire de la lettre de liaison.

- 4) *Dates et modalités d'entrée et de sortie d'hospitalisation.*

La HAS ajoute, pour le recueil de l'IQSS, la mention de la « destination du patient à la sortie ».

- 5) *Motif d'hospitalisation.*

- 6) *Synthèse médicale du séjour.*

La HAS divise cet élément en une « synthèse de la prise en charge du patient au cours du séjour » et une « synthèse de la situation clinique du patient à sa sortie ».

- 7) *Le cas échéant, les événements indésirables survenus pendant l'hospitalisation²², l'identification de micro-organismes multirésistants ou*

²¹ *Ibid.*

²² Selon la définition de la HAS, un événement indésirable associé aux soins (EIAS) est un événement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé. Cet événement est consécutif aux actes de prévention, de diagnostic ou de traitement. Il s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin et n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie (ex : chute, réaction allergique, erreur médicale, infection...).

émergents, l'administration de produits sanguins ou dérivés du sang, la pose d'un dispositif médical implantable.

La HAS qualifie cette sous-catégorie de « risques liés à l'hospitalisation ».

8) Traitements prescrits à la sortie de l'établissement 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.

Le volet médicamenteux a été particulièrement repris et précisé dans le cadre du recueil des IQSS et du CAQES.

Ainsi la HAS précise que doivent être retrouvées dans la lettre de liaison :

- la liste des médicaments à l'entrée du patient ;
- la liste des médicaments à la sortie du patient avec dénomination commune, posologie (dosage unitaire et rythme d'administration), voie d'administration et durée de prescription ;
- la mention de la suppression, de la modification ou de la poursuite du traitement à l'entrée ou du traitement habituel²³.

Quant au CAQES, il prévoit que la conciliation médicamenteuse soit présentée dans la lettre de liaison sous la forme d'un tableau (« tableau médicament parcours ») présentant les traitements habituels du patient dans une première colonne, les traitements à la sortie dans une seconde colonne, et les commentaires justifiant les modifications des traitements dans une troisième colonne. Dans ce tableau, les médicaments doivent en outre être structurés par domaine pathologique. Enfin, le nom du pharmacien d'officine doit être indiqué, ainsi que la source ayant permis de récupérer les informations sur le traitement du patient (pharmacien d'officine, dossier patient...).

9) Annonce, le cas échéant, de l'attente de résultats d'examens ou d'autres informations qui complèteront la lettre de liaison.

La HAS élargit cet item aux « actes techniques et examens complémentaires réalisés pendant l'hospitalisation », en indiquant si des résultats sont en attente.

10) Les suites à donner, le cas échéant, y compris d'ordre médico-social, tels que les actes prévus et à programmer, recommandations et surveillances particulières.

La HAS précise que les actes prévus et à programmer regroupent les rendez-vous médicaux, les examens complémentaires à faire, et les soins infirmiers ou de rééducation.

²³ Haute Autorité de santé (2018), Volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie.

La HAS ajoute par ailleurs, dans le cadre du recueil des IQSS, d'autres éléments de contenu attendus dans une lettre de liaison :

11) *La date de signature* (sauf pour les lettres de liaison informatisées où la date retenue est la date de validation informatique ou de dernière modification).

12) *La mention de la remise de la lettre au patient à la sortie* (cet item peut être retrouvé soit dans le corps de la lettre de liaison soit dans le dossier du patient)²⁴.

- **Les séjours concernés par la lettre de liaison de sortie.**

Le décret du 20 juillet 2016 n'exclut aucun type de séjour hospitalier. En revanche l'IQSS « qualité de la lettre de liaison à la sortie » n'est, pour lors, mesuré que sur certains séjours :

- Les séjours de MCO et de SSR.
- Les séjours de plus de 24 heures.
- Les séjours de patients hors patients décédés et nouveau-nés « non hospitalisés ».
- Les séjours hors mutations vers une autre unité médicale de la même entité juridique ou du même établissement.
- Les séjours hors séjours en UHCD non suivi d'un séjour en MCO²⁵.

1.1.3 L'articulation entre lettre de liaison et compte-rendu d'hospitalisation dans la nouvelle réglementation.

Il est clair que le décret du 20 juillet 2016 substitue la lettre de liaison au compte rendu d'hospitalisation et à la lettre rédigée à l'occasion de la sortie, dans la liste des documents devant être classés dans le « dossier médical de chaque patient hospitalisé » (article R-1112-2 du CSP). Toutefois, l'articulation entre lettre de liaison et CRH reste floue, dans la mesure où la notion de CRH demeure inscrite dans le CSP (par exemple à l'article L. 1111-7 : « toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé

²⁴ Annexe 3 : Document de communication sur la lettre de liaison à la sortie du GHEM (2018), retraçant l'ensemble des items attendus dans la lettre de liaison, indépendamment de leur source (décret de 2016, IQSS, CAQES).

²⁵ Haute Autorité de santé (2018), Généralisation 2018 recueil d'indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de soins de courte durée. Consignes de remplissage. Grille de recueil. Thème DPA.

détenues [...] par des établissements de santé [...], notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation »).

Face aux interrogations des acteurs de terrain quant à cette articulation, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a souhaité clarifier que le CRH et la lettre de sortie étaient bien remplacés par la lettre de liaison, lors de la réunion des représentants des Fédérations et des Conférences d'établissements de santé²⁶ :

Dispositifs précédents la LMSS	Remplacés par ...
La lettre du médecin qui est à l'origine de l'admission du patient en ES	Lettre de liaison à l'entrée en ES
Le certificat médical circonstancié (soins psychiatriques sans consentement)	
Le compte rendu d'hospitalisation	Lettre de liaison à la sortie d'ES
La lettre rédigée à l'occasion de la sortie	
Le bulletin de sortie de structure alternative à l'hospitalisation complète	

Cependant, comme le soulignent Baylocq et Dupont (2016), l'articulation de ces deux documents n'ayant pas été clairement évoquée au cours des débats parlementaires, la coexistence d'une lettre de liaison et d'un CRH est envisageable. Il revient finalement aux établissements de santé de « penser et de mettre en œuvre » le dispositif de la lettre de liaison. Il est également possible de « concevoir un nouveau CRH, entendu comme un document de sortie unique »²⁷, c'est-à-dire intégrant les attendus propres à la lettre de liaison. Dans ses consignes de remplissage des grilles de recueil des IQSS, la HAS précise également que « sont considérés comme lettre de liaison un courrier, un compte-rendu d'hospitalisation, une fiche de liaison, ou tout autre document ayant pour but la continuité des soins quelle que soit sa dénomination ».²⁸ L'intitulé du document ne semble donc n'avoir que peu d'importance, dans la mesure où le contenu, les modalités de rédaction et de transmission du document, respectent le décret du 20 juillet 2016.

²⁶ Direction générale de l'offre de soins (2017), Lettre de liaison : déploiement en établissements de santé – Réunion des représentants des Fédérations et des Conférences d'établissements de santé.

²⁷ Baylocq G., Dupont M. (2016), « Loi santé. La lettre de liaison : Qu'en est-il du compte-rendu d'hospitalisation? », *Gestions hospitalières*, n°560, pp.522-523

²⁸ Haute Autorité de santé (2018), Généralisation 2018 recueil d'indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de soins de courte durée. Consignes de remplissage. Grille de recueil. Thème DPA.

1.2 La lettre de liaison répond aux enjeux de continuité de la prise en charge ainsi que de positionnement du patient et du médecin traitant dans le parcours de soin.

1.2.1 En facilitant la continuité des soins, la lettre de liaison répond à des enjeux de qualité et de sécurité des soins.

Avec la loi de modernisation de notre système de santé, un cadre de transmission des informations relatives à la prise en charge hospitalière d'un patient a été posé²⁹. Pour la HAS, cet encadrement garantit un « partage d'informations entre les différents professionnels et hospitaliers permettant ainsi d'assurer la continuité des soins pour le patient »³⁰.

La lettre de liaison est un outil particulièrement pertinent lorsque « des dispositions sont à prendre directement par le patient à son retour au domicile »³¹. Le CRH, qui devait être transmis au médecin de ville dans un délai de 8 jours, était souvent réceptionné trop tardivement pour « accompagner efficacement le retour à domicile ou la continuité de la prise en charge du patient »³². En effet, selon des données de Clanet et al. (2015), le délai entre la sortie du patient et sa prochaine consultation était de deux jours pour 22% des patients, entre deux et sept jours pour 52% d'entre eux³³. Il convient par ailleurs de préciser, comme en ont témoigné les médecins de ville du Val d'Oise lors de leur rencontre avec la direction du GHEM en mai 2018, que le délai de 8 jours n'était pas respecté dans tous les services. L'étude d'impact de la loi de modernisation de notre système de santé confirme ce témoignage en indiquant qu'en 2011, seuls 48% des documents de sortie étaient transmis dans les délais requis. Néanmoins, il en va de même pour la lettre de liaison : si cet outil constitue une avancée certaine concernant le délai d'information des médecins de ville, encore faut-il que les services parviennent à produire ce document avant la sortie du patient.

Par ailleurs, en mettant l'accès sur la conciliation médicamenteuse, la lettre de liaison permet d'attirer l'attention des professionnels sur un enjeu important de qualité et de sécurité

²⁹ Houdart L. & Mazzucotelli M. (2016), « Une responsabilisation renforcée des professionnels de santé? », *Revue Droit et santé*, HS 2016, pp.43-47.

³⁰ *Ibid.*

³¹ La rédaction (2017), « Loi "santé". Les outils de coordination des soins en faveur des usagers », *Actualités sociales hebdomadaires*, n°3026, pp.33-39.

³² Bayloq G., Dupont M. (2016), « Loi santé. La lettre de liaison : Qu'en est-il du compte-rendu d'hospitalisation? », *Gestions hospitalières*, n°560, pp.522-523.

³³ Clanet R. et al. (2015), « Revue systématique sur les documents de sortie d'hospitalisation et les attentes des médecins généralistes », *Santé Publique*, Vol. 27, p. 701-711.

des soins. En effet, selon cette même étude, de 40 à 76% des erreurs dans le traitement de sortie seraient évitables³⁴.

1.2.2 La lettre de liaison rend le patient maître de son parcours de soins.

Pour la HAS, en plus de permettre la continuité des soins, la vocation de la lettre de liaison est de donner au patient « toute l'information nécessaire au bon déroulement de son parcours »³⁵. On a parfois reproché au CRH d'être trop complexe pour que le patient soit correctement informé³⁶. Dans sa fiche descriptive de l'IQSS « Qualité de la lettre de liaison à la sortie », la HAS souligne ainsi que la lettre de liaison doit être lisible par le patient. Il faut toutefois souligner que rien ne garantit, dans la réglementation ou les recommandations HAS, que le contenu de la lettre de liaison soit plus lisible pour le patient par rapport au CRH, si ce n'est que celle-ci se doit d'être plus synthétique. Dans le cadre des entretiens menés dans les services du GHEM, certains acteurs ont défendu que le document de sortie devait être remis au patient afin qu'il se rende chez son médecin de ville avec des informations correctes, sans que ce document ne soit un outil d'information du patient lui-même. Selon eux, l'information du patient ne peut se faire que par des explications orales délivrées au moment de la sortie, et non par le biais d'un document difficilement lisible par ce dernier. Même ainsi, la lettre de liaison aide le patient à devenir acteur de son propre parcours. Il détient en effet, grâce à la lettre de liaison, toutes les informations nécessaires pour la poursuite de sa prise en charge auprès du professionnel de santé de son choix. Dans une thèse publiée en 2013, Devaux souligne que le patient est d'ailleurs le « vecteur le plus sûr pour la transmission de l'information médicale », dans la mesure où moins de 4 % des CRH remis au patient en sortie d'hospitalisation n'étaient pas transmis au médecin traitant³⁷.

³⁴ *Ibid.*

³⁵ Houdart L. & Mazzucotelli M. (2016), « Une responsabilisation renforcée des professionnels de santé? », *Revue Droit et santé*, HS 2016, pp.43-47.

³⁶ Baylocq G., Dupont M. (2016), « Loi santé. La lettre de liaison : Qu'en est-il du compte-rendu d'hospitalisation? », *Gestions hospitalières*, n°560, pp.522-523.

³⁷ Devaux X. (2013), *Évaluation par les médecins traitants de la qualité du compte-rendu d'hospitalisation en unité de soins aigus et de soins de suite et réadaptation en gériatrie au CHRU de Montpellier* [Thèse], Université de Montpellier I, 106 p.

1.2.3 La lettre de liaison répond à une demande des professionnels de ville et favorise en cela les relations ville-hôpital.

En tant que vecteur de communication entre les hospitaliers et les professionnels de ville, la lettre de liaison constitue une vitrine pour l'hôpital. Or, une étude de 2014 sur l'appréciation du service rendu par un CHU auprès de médecins généralistes montre que, sur l'ensemble des critères étudiés, c'est le délai de transmission du CRH qui obtient le plus faible taux de satisfaction, soit 17%³⁸. Les retours d'expérience de plusieurs études montrent même que le CRH -ou tout autre document de sortie- permettrait aux médecins généralistes de juger la « considération » et l'attention des médecins hospitaliers à leur égard³⁹. Or la lettre de liaison est un document pensé pour les échanges avec la ville, qui réduit à son minimum le délai de transmission des informations aux professionnels de ville et qui standardise les informations échangées. De plus, la réforme confirme le rôle pivot du médecin traitant dans le parcours de soins, en garantissant que ce dernier soit systématiquement destinataire d'un certain nombre d'informations. En ce sens, la lettre de liaison répond aux aspirations des médecins de ville et joue un rôle dans les relations ville-hôpital.

Les amendements discutés autour de la lettre de liaison montrent qu'il a aussi été envisagé de faire du pharmacien, ou d'autres professionnels de ville concourant à la prise en charge du patient, des destinataires de la lettre de liaison. Cette question d'une diffusion plus large, qui se heurte à la garantie du maintien du secret médical mais aussi à des difficultés pratiques de mise en œuvre, n'a pas été retenue⁴⁰.

En répondant à des enjeux de continuité de la prise en charge et en affirmant le rôle du patient et des professionnels de ville dans le parcours de soins, la mise en place de la lettre de liaison suscite l'intérêt des professionnels, y compris hospitaliers. Comme vu précédemment, la lettre de liaison n'a pas suscité de fortes oppositions lors des débats sur la loi de modernisation. L'expérience de la gestion de projet au sein du GHEM montre que l'idée d'une lettre de liaison a toujours été accueillie avec enthousiasme par le corps médical, même dans les services qui rencontraient déjà des difficultés dans la production des CRH.

³⁸ François P. et al. (2014), « Qualité des services rendus par un centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes ». *Santé Publique*, Vol. 26, p.189-97.

³⁹ Bansard M. et al. (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*, Vol. 29, p. 57-70.

⁴⁰ Baylocq et Dupont (2016), Bansard M. et al. (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*, Vol. 29, p. 57-70.

Garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge fait en effet facilement écho auprès des hospitaliers. Les équipes du CHU de Nantes et de la Fondation Adolphe de Rothschild témoignent de façon similaire d'une réelle appropriation des enjeux par les équipes médicales⁴¹. Toutefois, cet enthousiasme théorique se heurte vite à de réelles difficultés de déploiement sur le terrain, risquant de limiter l'adhésion des professionnels concernés.

⁴¹ Viaud A. et al. (2018), « Collaboration corps médical/informatique », *Gestions hospitalières*, pp.410-411

2 La lettre de liaison se heurte toutefois en pratique à divers difficultés, à prendre en compte dans la gestion de projet pour permettre un déploiement effectif.

Dans le cadre de mes missions de stage, il m'a été demandé d'évaluer le degré de conformité des pratiques au décret de 2016 dans les services du GHEM, d'identifier le type de document de sortie utilisé (CRH, lettre de liaison ou les deux) et d'appréhender les circuits de validation des documents de sortie. L'objectif était également d'identifier les bonnes pratiques relatives à l'organisation médico-administrative des services et, parallèlement, d'identifier les points de blocages, les contraintes, et les besoins des services pour le déploiement de la lettre de liaison. L'enquête a été divisée en deux temps :

- Dans un premier temps, elle s'est concentrée sur huit services identifiés comme « moteurs », car ayant déjà commencé à déployer la lettre de liaison (cardiologie, chirurgie orthopédique, diabétologie, gastroentérologie, gériatrie, médecine interne, rhumatologie et SSR gériatrique). Une demi-journée d'observation a été organisée auprès des secrétaires médicales dans chacun de ces services, suivie d'un entretien avec la secrétaire puis le chef de service. En parallèle, une analyse de la conformité des documents de sortie a été menée sur ces huit services (trois documents de sortie tirés au sort par le Département d'information médicale, par service, ont été analysés), ainsi que des délais de production de ces documents (suivi manuel sur trois semaines par les secrétaires).
- Dans un second temps, l'enquête s'est poursuivie par des entretiens dans sept autres services, choisis pour leur organisation médico-administrative représentative du reste de l'établissement (chirurgie viscérale, gynécologie-obstétrique, pédiatrie, pneumologie, réanimation, SSR polyvalents et les différents services de psychiatrie intra-hospitaliers dont l'organisation est similaire).

A travers ces périodes d'observation et ces entretiens, doublés par des éléments de benchmark sur un certain nombre d'établissements de santé, il a été permis d'identifier les difficultés rencontrées par les acteurs. Ces difficultés sont à prendre en compte dans la gestion de projet pour permettre un déploiement effectif.

2.1 Le contenu et l'organisation de la lettre de liaison constitue un changement de paradigme pour le corps médical.

Pour Clanet et al. (2015), les modifications réglementaires récentes liées à la lettre de liaison traduiraient le passage d'une « vision hospitalocentrée », à une « réflexion décentralisée, en collaboration avec les partenaires ambulatoires pour un meilleur soin apporté aux patients »⁴². Le retour d'expérience sur le déploiement de la lettre de liaison de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP), diffusé par la DGOS en mars 2017, traduit bien ce changement de paradigme pour les hospitaliers. Il y est précisé que, par rapport au CRH, la lettre de liaison ne doit plus « raconter un parcours diagnostique et thérapeutique qui donne à voir l'excellence de la prise en charge aux autres médecins », que celle-ci « n'est plus un courrier adressé à un cher confrère », et qu'elle présente uniquement des informations utiles pour « l'après-hospitalisation »⁴³. Ces premiers retours sont confirmés par les entretiens menés au sein du GHEM. Plusieurs chefs de services confirment ainsi que la lettre de liaison est pensée, avant tout, comme un document pour le médecin de ville et les familles, et moins comme un outil de travail pour le médecin hospitalier.

2.1.1 Ce changement de paradigme se traduit dans le contenu attendu de la lettre de liaison.

Comme vu dans la première partie de ce mémoire, le décret de 2016 relatif aux lettres de liaison n'impose pas de développer certains items traditionnels du CRH, à savoir les éléments connus à l'entrée (antécédents, mode de vie, ou examen clinique d'entrée). L'évolution dans le service et la conclusion sont quant à eux fusionnés dans la synthèse médicale du séjour. Cette évolution s'explique par le fait que la lettre de liaison est pensée comme un document donnant des éléments de synthèse sur le séjour qui se termine et les suites à donner, non comme un outil retraçant le parcours d'un malade. En effet, des items comme les antécédents, le mode de vie ou l'histoire de la maladie, bien que cruciaux pour la prise en charge, sont bien connus du médecin de ville du patient et sont donc jugés inutiles dans un document de sortie d'hospitalisation. De plus, comme le souligne un médecin de ville du Val d'Oise, les antécédents sont souvent des « copiés-collés » depuis le dossier du

⁴² Clanet R. et al. (2015), « Revue systématique sur les documents de sortie d'hospitalisation et les attentes des médecins généralistes », *Santé Publique*, Vol. 27, p. 701-711.

⁴³ Direction générale de l'offre de soins (2017), Lettre de liaison : déploiement en établissements de santé – Réunion des représentants des Fédérations et des Conférences d'établissements de santé.

patient, non actualisés au niveau hospitalier. Au final, les éléments qui intéressent avant tout les médecins de ville pour la continuité de la prise en charge sont le motif d'hospitalisation, la conclusion, le traitement de sortie -et plus particulièrement ce qui a été modifié par rapport au traitement habituel- et les suites à donner en termes de prise en charge diagnostique ou thérapeutique⁴⁴. La présentation des traitements sous forme de tableau de conciliation médicamenteuse est particulièrement appréciée, car très utile pour communiquer avec le patient, comme en témoigne un chef de service du GHEM, ancien médecin généraliste en ville. Il faut toutefois souligner que le décret de 2016 et les recommandations de la HAS ajoutent aussi de nouveaux éléments de contenu, tels que les risques liés à l'hospitalisation, qui ne sont pas toujours jugés pertinents, pour tous les séjours, par les acteurs de terrain⁴⁵.

La lettre de liaison, bien que cela ne soit pas spécifiquement énoncé dans le décret de 2016, est par ailleurs pensée comme un document plus synthétique que le CRH. Comme l'ont souligné les médecins de ville du Val d'Oise lors d'une rencontre avec la Direction du GHEM, ces derniers n'ont « jamais le temps de tout lire ». Pour garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge il s'agit donc de mettre moins d'informations dans les documents de sortie, mais des « informations prioritaires » et pertinentes. Un chef de service du GHEM confirme que les CRH traditionnels sont « trop longs, trop pompeux » et que les messages-clés n'y apparaissent pas clairement. La « synthèse médicale du séjour » est un élément de contenu de la lettre de liaison qui permet au médecin responsable de la prise en charge hospitalière de prioriser ses conclusions. Il s'agit aussi de sélectionner les examens complémentaires pertinents et non de charger le document avec le détail des bilans biologiques du patient. De manière globale, les services « moteurs » soulignent un « effort de synthétisation très fort » qui permet de rendre les documents de sortie beaucoup plus lisibles pour leurs correspondants de ville. Ce changement est aussi clé pour permettre aux services de respecter les délais de production des documents de sortie. Ainsi, un chef de service précise que, sans effort de synthèse, il est tout simplement impossible de construire un document avant la sortie du patient. Toutes les spécialités médicales n'ont cependant pas les mêmes efforts de synthétisation à fournir : de manière générale, les services de chirurgie ou de spécialité médicale telle que la cardiologie ou la rhumatologie produisaient d'ors et déjà des comptes-rendus plus succincts. En revanche pour des services de médecine plus « généralistes » tels que la gériatrie ou la médecine interne, une lettre de liaison synthétique peut être plus difficile à produire. Ces derniers services ont toutefois été moteurs dans le

⁴⁴ Clanet R. et al. (2015), « Revue systématique sur les documents de sortie d'hospitalisation et les attentes des médecins généralistes », *Santé Publique*, Vol. 27, p. 701-711.

⁴⁵ Direction générale de l'offre de soins (2017), Lettre de liaison : déploiement en établissements de santé – Réunion des représentants des Fédérations et des Conférences d'établissements de santé.

déploiement de la lettre de liaison au GHEM. Dans certaines spécialités, par exemple en psychiatrie, les praticiens témoignent que la rédaction du compte-rendu est aussi considérée comme un « exercice de style ». Dans ce dernier cas, le changement de paradigme à effectuer pour se diriger vers des documents de sortie synthétiques et prêts dès la sortie est d'autant plus important.

2.1.2 Face aux changements apportés au contenu du document de sortie, les praticiens hospitaliers craignent une perte d'informations.

Le retour du CHU de Nancy sur le déploiement de la lettre de liaison auprès de la DGOS traduit la crainte que cette dernière n'appauvrisse l'information médicale⁴⁶. Les entretiens menés dans les différents services du GHEM témoignent d'une inquiétude similaire des praticiens. Pour certains, les nouvelles lettres de liaison ne font pas toujours figurer certaines informations importantes, notamment car la priorisation des éléments peut être différente d'un service à l'autre. C'est pour cette raison que l'Hôpital Ambroise-Paré à Boulogne-Billancourt a choisi, dans un premier temps, de conserver un CRH en plus de la lettre de liaison, le temps de vérifier qu'il n'y a pas de perte d'informations médicales. Au final, le président de la CME du GHEM souligne que, si la lettre de liaison est un outil qui doit se substituer au CRH, les médecins hospitaliers se doivent d'être vigilants au moment de la mise en place. Il témoigne, au sein de son service, de quelques expériences malheureuses de perte d'informations. D'autres chefs de service soulignent, quant à eux, qu'on perd davantage d'informations dans des documents de sortie trop détaillés. Cet argument est étayé par une étude démontrant qu'un CRH trop long décourageait la lecture et induisait une perte d'information⁴⁷. De manière globale, une réflexion médicale service par service sur le contenu des documents de sortie est nécessaire, afin de réfléchir aux informations importantes pour les médecins de ville, sans que les médecins hospitaliers aient la sensation que des éléments clés soient manquants pour la poursuite de la prise en charge.

⁴⁶ Direction générale de l'offre de soins (2017), Lettre de liaison : déploiement en établissements de santé – Réunion des représentants des Fédérations et des Conférences d'établissements de santé.

⁴⁷ Clanet R. et al. (2015), « Revue systématique sur les documents de sortie d'hospitalisation et les attentes des médecins généralistes », *Santé Publique*, Vol. 27, p. 701-711.

2.1.3 Une sensibilisation et une formation des équipes médicales est donc nécessaire pour accompagner le changement.

Ce changement de paradigme amené par la lettre de liaison est difficile pour des médecins non habitués à cette logique. Comme le traduisent les témoignages de praticiens du GHEM, tous les éléments contenus dans le CRH semblent avoir leur importance, dès lors il devient difficile de synthétiser. Un chef de service souligne ainsi que les médecins hospitaliers doivent être formés, pour être pertinents dans la sélection des informations.

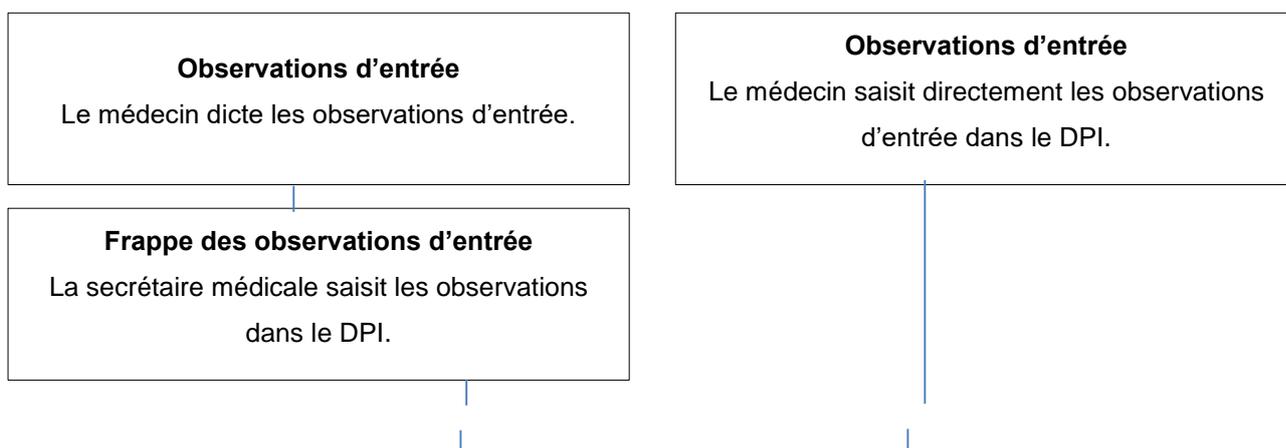
Les entretiens dans les services n'ayant pas encore initié le déploiement de la lettre de liaison montrent, par ailleurs, le besoin de sensibilisation des praticiens aux attentes des médecins de ville relatives aux documents de sortie.

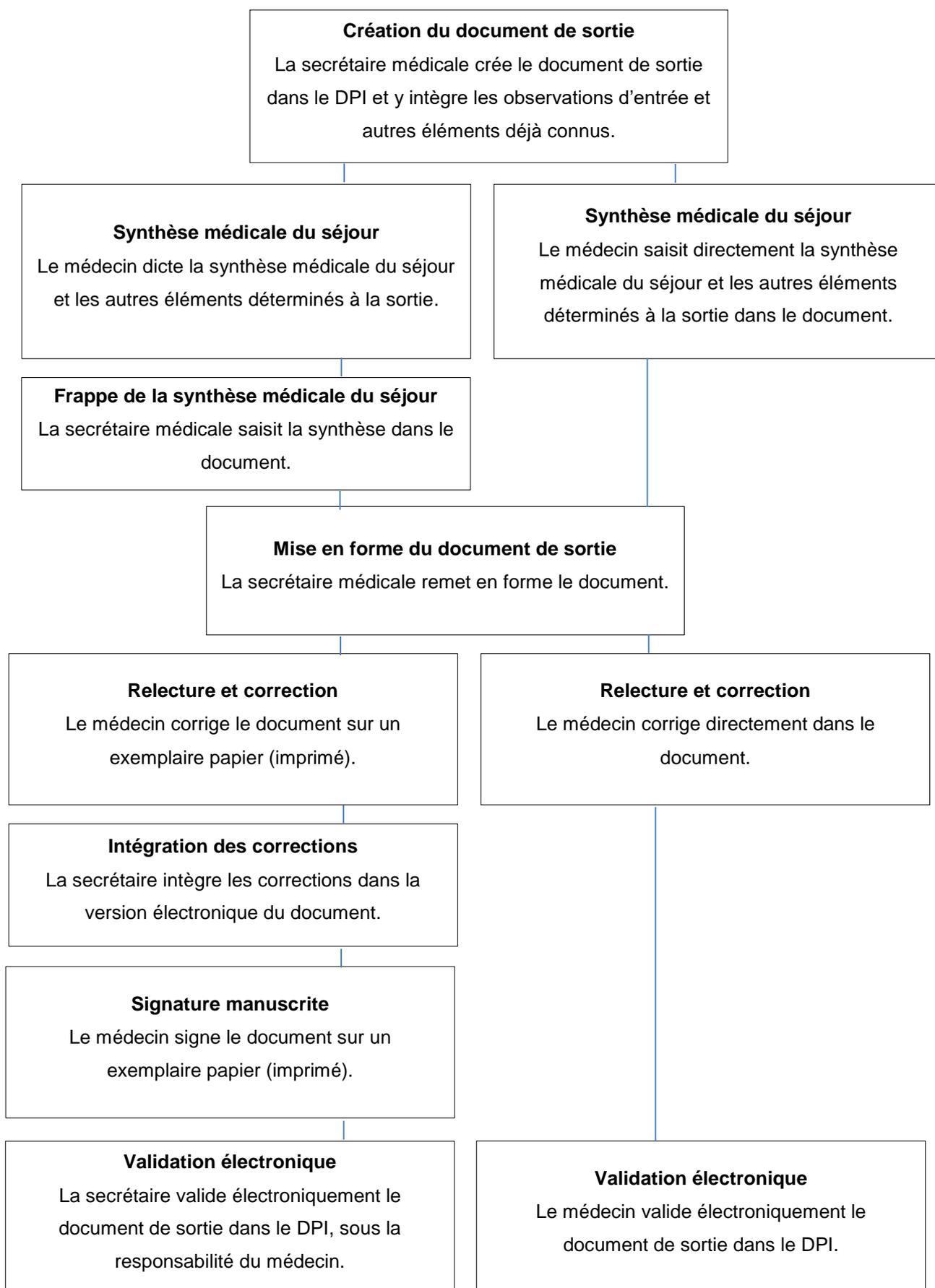
2.2 La production des lettres de liaison nécessite bien souvent de revoir l'organisation médico-administrative entre secrétaires et personnel médical.

2.2.1 Les étapes de construction d'un document de sortie d'hospitalisation.

Afin d'expliquer avec plus de clarté l'impact que la mise en place de la lettre de liaison peut avoir sur l'organisation médico-administrative d'un service, les étapes de la construction d'un document de sortie sont reprises dans un schéma. On fait l'hypothèse d'un établissement qui dispose d'un dossier patient informatisé (DPI) mais qui n'utilise pas la reconnaissance vocale.

Étapes de production d'un document de sortie





2.2.2 Le délai de production des lettres de liaison implique une anticipation dans l'organisation médico-administrative.

Pour la FEHAP, « une sortie du patient anticipée et planifiée en équipe » est indispensable au déploiement de la lettre de liaison. En effet, les différentes étapes de construction d'un document de sortie doivent toutes avoir lieu pendant l'hospitalisation du patient, avec des séjours parfois de courte durée. En outre, certaines étapes, comme la rédaction de la synthèse du séjour, ne peuvent avoir lieu qu'une fois que la sortie du patient est décidée⁴⁸. L'anticipation de la sortie pour les équipes médico-administratives, dès l'entrée du patient, est donc nécessaire pour le respect des délais contraints de production de la lettre de liaison. Ainsi, dans certains services du GHEM, les médecins préviennent les secrétaires dès qu'ils pensent qu'un patient pourrait potentiellement sortir dans les prochains jours. Cela permet à la secrétaire de créer le document de sortie et d'y intégrer les informations déjà connues (les observations d'entrée, certains examens complémentaires, des éléments administratifs...). Dans des services accueillant des patients à plus long terme, comme les services de SSR, l'anticipation de la sortie est facilitée. Toutefois, comme l'ajoute la FEHAP et comme en témoignent plusieurs acteurs du GHEM, certaines sorties ne sont pas programmées à l'avance, ce qui rend difficile la production d'une lettre de liaison avant que le patient ne quitte l'établissement. Les sorties du week-end ne sont, par exemple, pas toujours facilement anticipées.⁴⁹

Par ailleurs, la lettre de liaison intègre, à la différence des CRH classiques, un tableau de conciliation médicamenteuse dont la construction nécessite un certain temps. A l'Hôpital Paris Saint-Joseph, qui compte pourtant entre 80 et 85% de documents de sortie envoyés à J0, la Directrice « projets et parcours patient » témoigne que l'appropriation du tableau de conciliation médicamenteuse demeure difficile pour certains services.

⁴⁸ Direction générale de l'offre de soins (2017), Lettre de liaison : déploiement en établissements de santé – Réunion des représentants des Fédérations et des Conférences d'établissements de santé.

⁴⁹ *Ibid.*

2.2.3 La mobilisation des équipes médicales et de secrétariat, et la revue de l'organisation médico-administrative des sorties, sont nécessaires au déploiement de la lettre de liaison.

Les retours d'expérience du GHEM, et des autres établissements de santé consultés, traduisent une difficulté particulière dans le déploiement de la lettre de liaison. L'anticipation nécessaire à la production du document implique en effet une revue de l'organisation médico-administrative de la sortie, et une mobilisation de temps médical et de secrétariat à certaines étapes du processus⁵⁰.

Or, l'investissement demandé aux secrétariats médicaux et aux équipes est un point de crispation vis-à-vis du déploiement de la lettre de liaison. Tout d'abord, les secrétariats médicaux hospitaliers ont bien souvent fait face à des réorganisations importantes et à une industrialisation des processus dans les dernières années⁵¹. Au GHEM, les binômes « secrétaire-médecin »⁵² ont ainsi été supprimés au profit d'organisation par service, et les tâches réorganisées. En outre, le Plan de retour à l'équilibre financier (PREF) de l'établissement a conduit à une réduction d'environ 10% des effectifs de secrétaires médicales. La mobilisation demandée par la lettre de liaison s'inscrit donc dans un contexte déjà tendu autour de la question du temps de secrétariat, ce qui ne facilite pas la conduite du changement.

Du côté des médecins, la dictée ou la saisie des informations contenues dans le document de sortie sont bien souvent réalisées par des internes. Or, dans le cas d'un établissement comme le GHEM, les services ne sont pas tous dotés de la même façon en internes. Le service de gériatrie aigüe n'a, par exemple, reçu aucun interne lors d'un semestre de 2017, ce qui a conduit à revoir toute l'organisation médico-administrative. La mobilisation des seniors la veille ou le jour de la sortie est également importante, puisque ces derniers prennent en charge la relecture et la validation du document. Or ces étapes se font en général dans un délai très restreint, qui impose au praticien d'être disponible à un moment précis de la journée.

Ces contraintes amènent parfois les acteurs de terrain à considérer la lettre de liaison comme une « surcharge administrative » ou comme un « dispositif réglementaire

⁵⁰ Bayloq G., Dupont M. (2016), « Loi santé. La lettre de liaison : Qu'en est-il du compte-rendu d'hospitalisation? », *Gestions hospitalières*, n°560, pp.522-523.

⁵¹ Cauchois, L (2017), *La transformation des secrétariats médicaux hospitaliers : concilier l'industrialisation du processus avec la personnalisation du service* [Mémoire], EHESP : l'industrialisation renvoie à la « réingénierie des tâches associées à un processus dans le but d'associer à un poste de travail un sous-ensemble de tâches cohérentes entre elles et pouvant être effectuées en série, par opposition à une organisation artisanale où sur chaque poste de travail sont effectuées l'ensemble des tâches du processus ».

⁵² *Ibid.*

supplémentaire impliquant un accroissement important de la charge de travail des professionnels »⁵³.

Sans un travail de fond sur les organisations médico-administratives, avoir un document de liaison prêt dès le jour de la sortie du patient reste un idéal inatteignable. Mais ce travail implique de prendre en compte les contraintes et les difficultés des équipes dans les services. Il faut toutefois noter que, dans les services du GHEM ayant mis en place une production des documents de sortie au fil de l'eau, les acteurs concernés (secrétaires et médecins) plébiscitent cette organisation. Il est en effet plus sécurisant et confortable, selon leur expérience, de ne pas accumuler de retard, de se souvenir des patients concernés et de ne pas être interpellés par les professionnels de ville pour obtenir des informations manquantes.

2.3 Le cadre réglementaire et les recommandations officielles souffrent, par certains égards, d'un manque de clarté.

2.3.1 L'articulation entre CRH et lettre de liaison demeure peu claire pour les acteurs hospitaliers, ce qui a conduit la DGOS a apporté des précisions.

En septembre 2014, le collège de la HAS estimait que le positionnement juridique de la lettre « de sortie » d'hospitalisation par rapport au CRH constituerait un « enjeu fort d'appropriation par les acteurs de terrain ». Or, comme évoqué précédemment, cette articulation manque de clarté. Le CRH ne disparaissant pas du Code de la santé publique, les médecins et secrétaires médicales ne manquent pas de souligner le potentiel effet doublon d'une lettre de liaison. Ce sujet a ainsi été largement abordé par la DGOS lors du retour d'expérience des fédérations et des conférences d'établissements de santé en mars 2017, où les acteurs ont témoigné de la « confusion entre lettre de liaison, courrier de sortie, compte-rendu d'hospitalisation... ». Dans son retour d'expérience, le CHU d'Amiens en a même conclu qu'il aurait été plus simple de faire passer le délai du CRH de sortie de 8 jours à 1 jour, en tenant compte des spécificités de certaines disciplines, car « les médecins auraient mieux compris et l'appropriation aurait été meilleure ». Ces retours ont ainsi été

⁵³ Direction générale de l'offre de soins (2017), Lettre de liaison : déploiement en établissements de santé – Réunion des représentants des Fédérations et des Conférences d'établissements de santé : retour d'expérience du CHU de Nancy et de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (UNICANCER).

l'occasion pour la DGOS de confirmer que la lettre de liaison se substituait bien au CRH et à la lettre de sortie, comme vu précédemment⁵⁴.

2.3.2 Le décret de 2016 et les IQSS ne couvrent pas le même champ de séjours hospitaliers.

Comme vu précédemment, le décret n'exclut aucune hospitalisation tandis que les IQSS sont mesurés sur les « séjours hors séances d'au moins un jour » en MCO et SSR. Or, dans le cas des activités non couvertes par le champ des IQSS, les professionnels soulignent certaines incohérences pour la mise en place de la lettre de liaison : la remise au patient le jour-même est en effet inadaptée en HAD, ou encore l'indication systématique que le patient n'a pas été concerné par une transfusion n'a que peu de sens en psychiatrie. Il n'est pas non plus évident que le dispositif soit pensé pour l'ambulatoire. Les fédérations soulignent ainsi que la remise sans délai d'un document aussi complet est très difficile en Hôpital de jour (HDJ)⁵⁵.

La construction d'IQSS propres à l'HDJ, à la psychiatrie et à la HAD devrait permettre d'adapter les modalités du dispositif aux spécificités de ces activités.

2.3.3 La remise systématique de la lettre de liaison au patient suscite, dans des cas spécifiques, certaines interrogations.

La remise de la lettre de liaison au patient le jour de la sortie a suscité beaucoup de réactions lors de la présentation du dispositif dans les services du GHEM.

Cette question se pose tout d'abord dans le cas de diagnostics difficiles. Lors du retour d'expérience de la DGOS sur le déploiement de la lettre de liaison, il a été précisé que les équipes doivent être prudentes en cas d'informations sensibles⁵⁶. La lettre de liaison ne réduit en rien le besoin impératif d'explications orales au patient lorsque celui-ci se trouve encore dans le service. Une secrétaire du GHEM explique ainsi que le document de sortie n'est pas remis si on estime que le patient est encore dans le déni en ce qui concerne son diagnostic.

⁵⁴ Haute Autorité de santé (2014), Document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 h - Fiche d'utilisation [internet].

⁵⁵ *Ibid.*

⁵⁶ *Ibid.*

La question de la remise de la lettre de liaison se pose également dans le cas de patient âgés, présentant des troubles cognitifs, et où la compréhension risque d'être partielle, voire impossible. Mais ce sont dans les services de psychiatrie que la remise de la lettre au patient a soulevé le plus d'interrogations, dans la crainte que l'énoncé de certains diagnostics entraîne un trouble supplémentaire⁵⁷. En 2018, le cahier des charges pour l'expérimentation de l'IQSS « Qualité de la lettre de liaison » en SSR, et les consignes de remplissage pour le MCO, spécifiaient que la remise de la lettre de liaison au patient pouvait être jugée non pertinente, notamment en cas de « difficultés psychologiques », ou si le patient n'est « pas en état de se voir transmettre la lettre de liaison à la sortie ». Le choix semble être à la libre appréciation du médecin responsable de la prise en charge, même si la remise de la lettre au patient doit rester la règle.

Enfin, l'identité du destinataire de la lettre de liaison dans le cas d'un patient mineur a été interrogée dans les services de pédiatrie et de pédopsychiatrie. La lettre doit alors être remise aux détenteurs de l'autorité parentale. Dans le cas de parents séparés, le code civil prévoit, « à l'égard des tiers de bonne foi », une présomption d'entente entre les parents. La lettre de liaison peut donc être remise à l'un ou l'autre des parents⁵⁸. Les professionnels peuvent également envisager, selon le degré de maturité du mineur, de lui remettre, en plus de ses parents, la lettre de liaison le concernant.

Ces différentes interrogations doivent être clarifiées dans le cadre de la gestion de projet, afin de permettre la compréhension des enjeux par les acteurs, et d'adapter certaines dispositions à la réalité de terrain.

⁵⁷ *Ibid.*

⁵⁸ Dupont M. et Rey-Salmon C. (2014), *L'enfant et l'adolescent à l'hôpital : Règles et recommandations applicables aux mineurs*, Presses de l'EHESP

2.4 Les documents de sortie remplissent des objectifs qui dépassent la liaison ville-hôpital et qui viennent parfois se heurter aux attendus initiaux de la lettre de liaison.

2.4.1 Les documents de sortie sont aussi des outils pour les hospitaliers en cas de réhospitalisations ou de transferts.

Comme le souligne Bansard et al., il convient de ne pas négliger l'intérêt des documents de sortie dans la communication intra-hospitalière⁵⁹. Cette utilisation du document de sortie entraîne notamment des résistances sur les changements apportés au contenu par la lettre de liaison. Les médecins hospitaliers sont par exemple attachés à la présence des antécédents et de l'examen clinique, qui leurs sont utiles en cas de réhospitalisation du patient. Dans le cas du GHEM, les antécédents sont toutefois à indiquer dans une rubrique du dossier patient informatisé et sont donc facilement retrouvables en cas de réhospitalisation. Cette rubrique n'est malheureusement pas toujours bien remplie. Les observations des hospitalisations précédentes sont aussi accessibles s'il y a un besoin d'information spécifique.

Les documents de sortie sont aussi transmis à l'établissement d'accueil en cas de transfert du patient. Or le praticien poursuivant la prise en charge n'aura pas, à l'inverse du médecin de ville, les informations propres au patient et à sa pathologie (antécédents, histoire de la maladie...). Cette question a notamment été soulevée, au sein du GHEM, par des services qui ne font presque aucune sortie vers la ville, tels que l'Unité de soins intensifs de cardiologie (USIC) ou le service de réanimation. Pourtant les recommandations de la HAS précisent bien que la lettre de liaison est le document transmis à la structure qui reçoit, en cas de transfert interhospitalier d'un patient⁶⁰.

Un chef de service du GHEM, ayant déployé la lettre de liaison, explique ainsi que, du fait de ces difficultés, il a été décidé de réintégrer les antécédents dans le contenu, dans la mesure où ces derniers étaient datés et confirmés. Il ajoute que l'histoire de la maladie peut être évoquée brièvement dans le motif d'hospitalisation. Toutefois, il rappelle que, dans le cas d'une réhospitalisation, le médecin hospitalier, comme le médecin de ville, n'a pas le temps de tout lire si le document est trop long. Il faut donc, une fois de plus, sélectionner les informations pertinentes.

⁵⁹ Bansard M. et al. (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*, Vol. 29, p. 57-70.

⁶⁰ Haute Autorité de santé (2017), Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » (QLS) en MCO.

2.4.2 Les documents de sortie servent de support pour le codage des séjours.

Le fait que les documents de sortie permettent de valoriser financièrement les séjours hospitaliers ne présente pas de difficulté majeure par rapport aux objectifs de continuité des soins de la lettre de liaison, mais doit être pris en compte dans la gestion de projet. Les éléments permettant d'identifier le diagnostic principal (DP) et les diagnostics associés significatifs (DAS) doivent être retrouvés dans la lettre de liaison. Il est donc important que le Département d'information médicale (DIM) soit consulté avant le déploiement⁶¹.

Ce rôle de support du codage a également des implications sur les organisations médico-administratives. Comme le souligne une secrétaire du GHEM, les documents de sortie ne sont parfois envoyés au médecin traitant que lorsque le codage a été fait, car des modifications peuvent y être apportées pour mieux valoriser le séjour. Il convient donc d'harmoniser les rythmes de production des documents de sortie et du codage. Dans le cas de l'attente de résultats complémentaires, qui permettront de poser le diagnostic et donc de coder le séjour, cela implique de produire une lettre de liaison au moment de la sortie du patient, qui sera complétée à l'arrivée des résultats par un document de sortie complémentaire, également transmis au patient et au médecin traitant, et servant de support du codage.

Le déploiement effectif de la lettre de liaison se heurte donc, malgré l'adhésion des professionnels aux enjeux, à des difficultés pratiques de mise en œuvre. Ces blocages amènent formuler un certain nombre de recommandations pour le pilotage du déploiement, comme nous l'enseigne l'expérience au sein du Groupement hospitalier Eaubonne-Montmorency,

⁶¹ Clanet R. et al. (2015), « Revue systématique sur les documents de sortie d'hospitalisation et les attentes des médecins généralistes », *Santé Publique*, Vol. 27, p. 701-711.

3 Recommandations pour la conduite du déploiement de la lettre de liaison : les enseignements de l'expérience au sein du Groupement hospitalier Eaubonne-Montmorency et des retours d'autres établissements de santé.

Au moment de la publication du décret du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison, le constat sur la qualité des documents de sortie produits par les services du GHEM montrait une marge d'amélioration certaine. La remise de documents de sortie aux patients faisait l'objet de pratiques hétérogènes et certains services accusaient parfois de longs délais pour l'établissement des CRH. La campagne IPAQSS de 2016 montre un taux de conformité du GHEM pour la qualité de la lettre de liaison s'élevant à 46%, avec une cible HAS fixée à 80% et une moyenne nationale en MCO de 35%. L'enquête e-satis de la même année témoigne, comme pour bon nombre d'établissements de santé, du manque de satisfaction des patients concernant l'organisation de la sortie.

A la suite des premières mesures prises pour la mise en place de la lettre de liaison par certains services « moteurs » en 2016-2017, puis de l'enquête interne menée en 2018 pour évaluer les pratiques liées aux documents de sortie, le déploiement de la lettre de liaison s'est poursuivi au GHEM. Dans le cadre de mes missions de stage, il m'a été demandé d'aller vers une harmonisation et une généralisation du recours à la lettre de liaison dans les services de soins, et d'améliorer la qualité de son contenu. Des orientations stratégiques ont été arrêtées, et un plan d'action adopté, après concertation en comité de direction et avec le président de la CME⁶².

Les enseignements de l'expérience du GHEM, ainsi que les retours d'autres établissements de santé, permettent de tenter certaines recommandations pour la conduite du déploiement de la lettre de liaison en établissement de santé.

⁶² Annexe 2 : Plan d'action pour le déploiement de la lettre de liaison du GHEM (2018)

3.1 S'appuyer sur les bons partenaires en interne.

Le sponsoring du projet par la direction de l'établissement et du président de la CME est central pour montrer aux équipes de terrain l'importance de la lettre de liaison⁶³.

Le pilotage du projet peut être endossé par un directeur ou par un référent médical, accompagné par la coordination des secrétariats (ou un représentant des secrétariats médicaux) et un référent informatique.

De manière globale, le projet se doit d'être le plus pluridisciplinaire possible, notamment dans l'organisation de groupes de travail thématiques.

3.2 Diviser le déploiement en plusieurs phases selon le type de séjours concernés.

Comme vu précédemment, le flou du cadre réglementaire et l'absence de recommandations officielles concernant les hospitalisations de moins de 24 heures, la HAD et la psychiatrie, amènent à recommander un déploiement en plusieurs phases. Au sein du GHEM, la première phase concerne les séjours d'hospitalisation conventionnelle en MCO et en SSR. En parallèle, mais avec des modalités adaptées, sont concernés les séjours d'HAD et d'hospitalisation conventionnelle en psychiatrie. La deuxième phase du déploiement portera sur les séjours d'hospitalisation de moins de 24 heures.

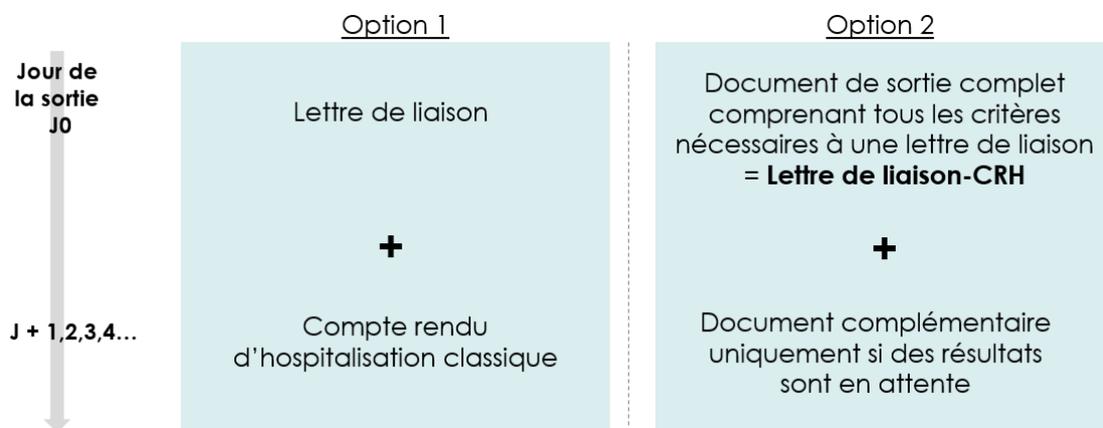
Le CH de Gonesse a suivi des étapes similaires pour la mise en place de la lettre de liaison, avec une deuxième phase de déploiement concernant l'ambulatoire qui s'est achevée début 2018.

3.3 Préciser l'articulation entre compte-rendu et lettre de liaison et consacrer un unique outil d'information avec la ville en sortie d'hospitalisation.

Avant toute chose, il convient de décider de l'avenir du CRH. Deux options sont possibles au regard de la réglementation, et à la discrétion des établissements de santé :

⁶³ Viaud A. et al. (2018), « Collaboration corps médical/informatique », *Gestions hospitalières*, pp.410-411, Direction générale de l'offre de soins (2017), Lettre de liaison : déploiement en établissements de santé – Réunion des représentants des Fédérations et des Conférences d'établissements de santé.

- Dans le premier cas, deux documents de sortie sont maintenus. Tout d'abord, une lettre de liaison, la plus brève possible mais qui doit tout de même contenir l'ensemble des critères attendus. Cette lettre est complétée, dans un deuxième temps, par un CRH plus classique qui peut reprendre certains éléments de la lettre de liaison et en ajouter d'autres, tels que les antécédents ou l'histoire de la maladie.
- Dans le deuxième cas, un seul document de sortie est produit, dès le jour de la sortie, et comportant l'ensemble des critères attendus. Ce document correspond à la lettre de liaison, mais il peut aussi s'apparenter au CRH selon les éléments que l'on retrouve dans son contenu. L'intitulé est donc variable. Un document complémentaire n'est produit que dans le cas de résultats en attente.



Au sein du GHEM, c'est la deuxième option qui a été retenue. Les services « moteurs » ayant déployé en premier la lettre de liaison avaient, en effet, tous adopté la même solution : un unique document de sortie, qui est souvent appelé « compte-rendu d'hospitalisation » mais dont le contenu a été retravaillé et qui s'apparente à une lettre de liaison avec quelques éléments complémentaires. La production de deux documents distincts semblait en effet trop lourde et peu crédible. Dans la continuité de la démarche amorcée par les services moteurs, un document de sortie unique a donc été proposé pour le GHEM. Ce document est qualifié à la fois de « lettre de liaison » et de « compte-rendu d'hospitalisation », car le terme de lettre de liaison restait encore peu parlant pour beaucoup d'acteurs dans les services.

L'Hôpital Paris Saint-Joseph a opté pour la même solution : un seul document de sortie, remis le jour de la sortie. Ce document est appelé soit « lettre de liaison », soit « CRH » selon les services. Le Centre hospitalier de Gonesse n'a pas opté pour une solution généralisée à l'ensemble de l'établissement : certains médecins rédigent des lettres de liaison pour la sortie avec l'ensemble des critères requis, d'autres des CRH traditionnels en

suyant d'autres modèles. Mais le patient ne reçoit jamais deux documents distincts, il s'agit toujours de l'un ou de l'autre. En effet, la « coordinatrice médico-administrative dossier patient », en charge du projet, précise que recevoir deux documents risquent d'être confus pour les médecins destinataires.

Il convient tout de même de préciser que certains établissements ont opté pour le maintien de deux documents. Au CHU d'Amiens, les lettres de liaison sont rédigées par les internes de façon automatisée à l'aide du dossier patient, mais ne sont pas relues par les seniors. Un CRH plus complet est ensuite produit et relu par un senior. Si la HAS accepte qu'un interne du service puisse être signataire de la lettre de liaison, ce mode de fonctionnement ne peut être adapté aux établissements ou aux services qui ne reçoivent que peu d'internes. Au CHU d'Angers et à l'Hôpital Ambroise-Paré, où le déploiement vient d'être initié, les CRH sont pour le moment conservés. Dans le cas d'Ambroise-Paré, cette solution n'est que temporaire, l'objectif étant de tendre vers un document unique à J0.

3.4 Préparer des modèles-types de document de sortie mis à la disposition des services.

Disposer d'un modèle-type de document de sortie, qui peut être alimenté au fur et à mesure de la prise en charge, facilite le respect des délais réglementaires de transmission de la lettre de liaison.

3.4.1 Harmoniser les modèles-types de documents de sortie sans aller jusqu'à la standardisation.

Les établissements doivent choisir entre l'adoption d'un même modèle-type de document de sortie par l'ensemble des services, et la sélection libre du modèle par chacun d'entre eux. Pour Bansard et al., il est utile d'élaborer des modèles de document de sortie standardisés, répondant aux attentes des médecins traitants, aux « exigences administratives et juridiques » et aux « contraintes des rédacteurs ». Selon leur étude, la standardisation est une « attente forte de la part des médecins généralistes » et accélère de « le délai de production et d'acheminement des documents »⁶⁴. Au sein du GHEM, fixer le curseur entre standardisation et personnalisation des outils a suscité beaucoup de

⁶⁴ Bansard M. et al. (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*, Vol. 29, p. 57-70.

discussions, les acteurs de terrain étant rarement favorables à la standardisation. Plusieurs chefs de service du GHEM soulignent que si les modèles-type apportent de la fluidité entre les services et permettent de retrouver rapidement les informations, une standardisation des documents n'est pas souhaitable car les attentes liées au document de sortie sont différentes d'un service à l'autre.

Il a finalement été proposé aux services d'harmoniser les outils sans les standardiser, en définissant un modèle-type servant de socle commun, mais adapté par la suite par chacun des services. L'harmonisation des modèles permet plus de lisibilité d'un service à l'autre, la promotion d'une certaine image de l'établissement auprès des patients et des partenaires de ville, l'intégration plus aisée des évolutions futures de l'IQSS par le service informatique, et un meilleur suivi du respect de la réglementation sur la sortie d'hospitalisation par la direction. Toutefois, il est important que la souplesse nécessaire soit laissée aux services, afin que les professionnels aient à leur disposition des modèles qui correspondent à leurs besoins. Dans son retour d'expérience sur le déploiement de la lettre de liaison, la FEHAP recommande une solution similaire, à savoir la mise en œuvre d'un modèle reprenant les items du décret, « homogène à l'échelle de l'établissement, avec des variantes complémentaires selon les services »⁶⁵. Le benchmark réalisé auprès de l'Hôpital Paris Saint-Joseph et la Fondation Adolphe de Rothschild⁶⁶ ont montré que ces établissements ont également adopté ce type de solution. Au CHU d'Amiens, la direction a fait le choix de plus de personnalisation, avec autant de modèles que de services. Au CHU de Nantes, il existe un modèle unique, dont l'utilisation n'est pas rendue obligatoire, mais fortement conseillée.

3.4.2 Construire un modèle-type de document de sortie conforme à la réglementation au sein d'un groupe de travail pluridisciplinaire.

La qualité du modèle-type du document de sortie, et l'adhésion des professionnels à ce dernier, sont favorisées s'il est construit par un groupe de travail pluridisciplinaire. Ce groupe peut intégrer le représentant de la direction référent du projet « lettre de liaison », des praticiens hospitaliers, des professionnels de ville, la coordination des secrétariats médicaux (ou un représentant des secrétariats médicaux), un référent du service informatique pour le

⁶⁵ Direction générale de l'offre de soins (2017), Lettre de liaison : déploiement en établissements de santé – Réunion des représentants des Fédérations et des Conférences d'établissements de santé.

⁶⁶ Viaud A. et al. (2018), « Collaboration corps médical/informatique », *Gestions hospitalières*, pp.410-411

dossier patient informatisé, un référent du DIM, un pharmacien pour la dimension médicamenteuse, et un responsable qualité.

Le modèle-type doit intégrer, a minima, l'ensemble des critères demandés par le décret, les recommandations de la HAS et le CAQES (si l'établissement considéré est concerné). Dans leur « proposition d'un contenu standardisé et raisonné pour les lettres de liaison et les CRH à destination du médecin traitant », Bansard et al. n'ont pas retenu certains items demandés par le décret de 2016, qu'ils ont jugés peu pertinents⁶⁷. Bien que le groupe de travail du GHEM partage que quelques critères demandés ne sont pas adaptés à certains types de séjour, le fait de les écarter n'a pas été envisagé.

L'organisation des items dans la lettre de liaison a aussi son importance. Le CRH proposait de dérouler de façon logique le parcours d'un patient, en commençant par les éléments connus à l'arrivée du patient dans le service (motif d'hospitalisation, antécédents, mode de vie...), suivis des éléments liés à l'hospitalisation (évolution dans le service...), pour terminer par les éléments propres à la sortie (traitement de sortie, suites à donner...). Bien qu'une organisation spécifique ne soit exigée ni par le décret, ni par les recommandations de la HAS, la lettre de liaison est bien souvent construite de manière à optimiser la lecture par le médecin de ville. Cela implique de placer les éléments clés pour la poursuite de la prise en charge au début du document. C'est cette logique qui a été adoptée par le groupe de travail du GHEM⁶⁸, de même qu'au CH de Gonesse.

Les modèles définis peuvent être identiques pour les séjours de MCO et de SSR, les attentes de l'IQSS étant très proches. Pour les séjours de psychiatrie, seuls s'appliquent le décret et éventuellement le CAQES. Dans le cas du GHEM, une modèle propre à la psychiatrie, intégrant tous les critères réglementairement attendus, a été défini avec le pôle.

Bien entendu, les modèles-types doivent être revus de façon régulière, afin d'évoluer avec les nouveaux IQSS et les retours des professionnels concernés dans les services et en ville.

3.4.3 Adapter le modèle-type commun aux besoins de chacun des services.

Dans un second temps, il est recommandé que cette trame commune soit adaptée aux besoins de chacun des services. Ce mode opératoire a été adopté dans un certain nombre d'établissements : au CHU d'Amiens, au CH de Gonesse, à l'Hôpital Paris-Saint-Joseph et à

⁶⁷ Bansard M. et al. (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*, Vol. 29, p. 57-70.

⁶⁸ Annexe 4 : Modèle-type de lettre de liaison/compte-rendu d'hospitalisation du GHEM (2018).

la Fondation Rothschild. Au GHEM, ce travail a de même été fait service par service avec les médecins et les secrétaires, en leur laissant la possibilité d'ajouter les items de leurs choix, sans retirer aucun des critères obligatoires. Il a également été demandé de conserver le même ordre dans l'enchaînement des items (c'est-à-dire commencer par le motif d'hospitalisation, puis la synthèse, puis le tableau de conciliation médicamenteuse...), pour conserver une certaine fluidité entre les services. Ajouter d'autres éléments parmi ou entre ces critères a cependant été accepté. Presque tous les services ont par exemple souhaité ajouter les « antécédents » au début de leur lettre. Les modèles ont également été pré-remplis pour les informations revenant systématiquement, tel que l'intitulé des examens biologiques fréquents.

Une plus grande flexibilité a été adoptée pour les services n'effectuant que peu de sorties vers la ville. Dans le cas de mutations intra-établissement, il a par exemple été admis que seul le service organisant la sortie vers la ville ne devait construire le tableau de conciliation médicamenteuse.

3.5 Communiquer sur les enjeux et accompagner le changement.

La communication et l'accompagnement sont les éléments-clés de la réussite du projet. Comme le souligne la directrice « projets et parcours patient » de l'Hôpital Paris Saint-Joseph, l'important était d'« embarquer » les professionnels dans le projet, en montrant que l'objectif était d'améliorer la qualité de la prise en charge. Au sein du GHEM, la communication a tourné autour de trois axes. L'idée était tout d'abord de clarifier les attentes, en rappelant le cadre de la lettre de liaison et en précisant son articulation avec le CRH et la lettre de sortie. Le cœur de la communication portait sur la finalité en termes de qualité et de sécurité de la prise en charge, en termes de positionnement du patient dans son parcours, et sur les attentes des médecins de ville. Enfin le troisième volet du plan de communication portait sur les retours d'expériences des services ayant amorcé la démarche, dans l'idée de montrer que produire un document le jour de la sortie est faisable, pour peu que l'organisation médico-administrative et le contenu des documents de sortie soient adaptés.

Une communication officielle sur le projet doit être conduite en amont du déploiement effectif dans les services. Au sein du GHEM, le projet « lettre de liaison » a été présenté en CME, puis au niveau de chacun des pôles (lors des « bureaux de pôle », organisés à échéance régulière), et à la réunion mensuelle de la coordination des secrétariats médicaux. La responsable qualité du CHU de Nantes souligne que le projet a été bien reçu du fait de l'intervention d'un binôme médecin-directeur au sein des « comités médicaux de chaque

pôle », pour échanger et répondre aux questions. Il est en effet important que la communication ne soit pas portée exclusivement par l'administration mais aussi par des référents médicaux.

Ces interventions peuvent être relayées par des supports de communication transmis en parallèle. Un article dans le journal de l'établissement a ainsi été publié au GHEM, et un « kit de communication », contenant les informations clés relatives à la lettre de liaison, a été transmis aux chefs de service et cadres de proximité ainsi qu'aux secrétaires référentes⁶⁹. Au CHU de Nantes, des flyers explicatifs sur la lettre de liaison et son contenu ont été distribués.

Au moment du déploiement effectif auprès des services, une communication et un accompagnement spécifiques sont requis. L'objectif est, une fois encore, de rappeler les enjeux, d'expliquer le changement de paradigme qui accompagne la lettre de liaison, et d'aider à amorcer de potentiels changements dans l'organisation médico-administrative, en touchant des praticiens qui n'ont pas forcément assisté à la CME ou aux instances du pôle. C'est aussi le moment de répondre à des questions plus précises, relatives aux spécificités de chaque service. L'engagement du chef de service dans le projet est, à ce stade, indispensable. A l'Hôpital Paris Saint-Joseph, un « staff » a été organisé dans chaque service pour préparer le déploiement. Au GHEM, des staffs ont été organisés à la demande, mais pas de façon systématisée, pour présenter de façon générale le dispositif. En revanche, tous les chefs de service ayant été invités à retravailler les modèles de documents de sortie, ce travail a été l'occasion d'accompagner les équipes de chacun des services.

Comme vu précédemment, il est important d'accompagner, voire de former, les médecins à la construction des lettres de liaison et notamment à la synthétisation. Plusieurs services du GHEM ont participé, il y a quelques années, au projet OMAGE (Optimisation des Médicaments chez les sujets AGEs), pour améliorer, entre autres, les conditions de sortie d'hospitalisation des patients de plus de 75 ans. Les praticiens participant témoignent de l'aide qu'ils ont reçue, dans le cadre de ce projet, pour construire des documents de sortie pertinents et synthétiques. Pour le coordonnateur du projet OMAGE au sein du GHEM, cette formation doit cependant se poursuivre en continu, car il y a un risque de délitement des pratiques avec l'arrivée de nouveaux internes. En cardiologie, un document a ainsi été préparé pour aider les internes à identifier les informations clés selon les situations.

Aider à amorcer les changements dans l'organisation médico-administrative est aussi indispensable à la réussite du projet. Certains établissements recommandent de formaliser, de façon collégiale avec les médecins et les secrétaires, une procédure décrivant toutes les

⁶⁹ Annexe 3 : Document de communication sur la lettre de liaison à la sortie du GHEM (2018).

étapes de production d'un document de sortie⁷⁰. Cette procédure peut être personnalisée service par service. La Fondation Rothschild a ainsi mis en place un groupe de travail, pour chaque service, pour définir « un circuit personnalisé et optimisé pour produire la lettre de liaison dans les délais impartis ». Ces circuits ont été testés dans les services, puis revus selon les retours⁷¹. Au GHEM, aucune procédure n'a été définie afin de laisser de la souplesse aux services dans leur organisation, le déploiement de la lettre de liaison impliquant déjà un certain nombre de contraintes. La coordination des secrétariats médicaux est toutefois toujours disponible et proactive pour accompagner les services à revoir les circuits de production des documents. De manière générale, les procédures reprennent les étapes suivantes :

- 1) Dès l'entrée du patient : la secrétaire crée le document de sortie dans le DPI. Les informations déjà entrées dans le DPI (informations administratives, observations d'entrée...) sont automatiquement extraites dans le modèle du document.
- 2) Dès que la sortie est connue (dans la mesure où il est probable qu'il n'y ait plus d'évolution de la situation clinique du patient d'ici la sortie) : le médecin dicte ou saisit directement la synthèse du séjour et les informations relatives à la poursuite de la prise en charge.
- 3) Dès que le médecin a dicté ou saisi : la secrétaire frappe les éléments dans le document ou le remet simplement en forme.
- 4) Le jour de la sortie : le médecin relit, corrige et valide électroniquement le document (avec l'aide ou non de la secrétaire), qui est alors transmis aux correspondants de ville par messagerie sécurisée. Le document est remis au patient par un membre de l'équipe de soins.

3.6 Mettre à disposition les outils informatiques qui soutiennent le déploiement de la lettre de liaison.

Comme le souligne Viaud et al., la réalité de terrain est complexe et il convient donc de prévoir toutes les solutions, notamment informatiques, pour aider à la mise en œuvre effective de la lettre de liaison.

⁷⁰ Direction générale de l'offre de soins (2017), Lettre de liaison : déploiement en établissements de santé – Réunion des représentants des Fédérations et des Conférences d'établissements de santé.

⁷¹ Viaud A. et al. (2018), « Collaboration corps médical/informatique », *Gestions hospitalières*, pp.410-411

3.6.1 Disposer d'un dossier patient informatisé permettant une production optimisée des documents de sortie.

La préparation des documents de sortie de façon dématérialisée, au sein d'un dossier patient informatisé, semble indispensable pour faciliter la tâche des professionnels dans les services et pour réduire les délais de production. La mise à disposition d'un DPI adapté et rapide, l'ergonomie du système d'information médical, et la possibilité d'automatiser des extractions depuis le DPI pour alimenter la lettre de liaison, sont identifiés comme des facteurs de réussite pour du déploiement⁷².

Les enjeux liés au DPI ont été largement relayés dans les entretiens effectués auprès des services du GHEM. Une secrétaire souligne que la dématérialisation des observations médicales dans le DPI a aidé à changer les pratiques et à raccourcir les délais de production des documents de sortie. Les extractions automatiques depuis le DPI dans les modèles font également gagner du temps à la secrétaire qui prépare le document pour le médecin. Si le DPI peut donc être un facteur facilitant, le manque de rapidité et d'adaptation du logiciel au format des documents de sortie peut toutefois aussi être bloquant. Le tableau de conciliation médicamenteuse ne peut, par exemple, pas être saisi dans les observations du DPI du GHEM, et doit donc être construit sur un autre support. Pour pallier ces difficultés, le CHU de Nantes a construit un modèle de document de sortie basé sur les rubriques du DPI, pour aider à trouver et remplir les informations dans le document. De la même façon, à l'Hôpital Paris Saint-Joseph, la « lettre de liaison est le reflet du dossier ». Il faut toutefois préciser que les « copier-coller », ou les extractions depuis le DPI, doivent être systématiquement retravaillées, synthétisées et vérifiées dans le document de sortie. Le risque de retrouver des informations brutes dans ces documents a été souligné à la Direction du GHEM par les médecins de ville du Val d'Oise.

La production des documents de sortie est donc un élément à prendre en compte dans l'évolution des logiciels de dossier patient, afin que ces derniers deviennent les plus ergonomiques possibles. La DGOS souligne notamment la nécessité des synergies entre les établissements de santé et les éditeurs de logiciels pour « favoriser le recueil des données en temps réel lors du séjour du patient » et « adapter le paramétrage des DPI pour élaborer la lettre de liaison, l'imprimer et la structurer ».

⁷² Direction générale de l'offre de soins (2017), Lettre de liaison : déploiement en établissements de santé – Réunion des représentants des Fédérations et des Conférences d'établissements de santé.

3.6.2 Améliorer les modalités de transmission des documents de sortie.

Le décret du 20 juillet 2016 prévoit expressément la transmission de la lettre de liaison par messagerie sécurisée, « ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations ». La messagerie sécurisée, en plus de permettre un échange de mails en toute sécurité, permet la suppression des délais d'envoi et de la préparation de l'envoi par la secrétaire médicale. Or, en 2014 en France, selon les données de François et al.⁷³, le CRH restait transmis par courrier postal dans 86% des cas. Depuis quelques années, le GHEM travaille donc au déploiement de la messagerie sécurisée auprès de l'ensemble des services. Son utilisation doit être encouragée, puis généralisée, en parallèle de la mise en place de la lettre de liaison, car elle va dans le sens d'un renforcement des liens ville-hôpital.

En pratique, l'utilisation de la messagerie sécurisée pour la transmission des documents de sortie soulève certaines interrogations. Se pose notamment la question de la validation électronique des documents par la secrétaire médicale. MSSanté et l'ASIP Santé précisent que les secrétaires médicales « peuvent utiliser MSSanté sous la responsabilité du professionnel de santé ou de l'établissement de santé qui les emploie, dans le respect des exigences de sécurité et de confidentialité prévues par les textes en vigueur »⁷⁴. Au sein du GHEM, certaines secrétaires refusent de valider électroniquement les documents à la place des médecins, de peur que leur responsabilité soit engagée. Une charte d'envoi de documents par messagerie sécurisée a ainsi été mise en place par la coordination des secrétariats médicaux. Elle précise que « la validation informatique d'un document par une secrétaire est sous la responsabilité du médecin qui signe le document ». Il faut également ajouter que les secrétaires ne peuvent pas « disposer de boîtes aux lettres [MSSanté] nominatives » mais seulement « accéder à des boîtes aux lettres génériques »⁷⁵.

Comme le souligne la Fédération nationale des établissements d'HAD (FNEHAD), « l'absence d'équipement systématique des médecins traitants d'une messagerie sécurisée de santé » est aussi un frein⁷⁶. Plusieurs secrétaires médicales du GHEM confirment cette difficulté. En l'absence de notification automatique, elles doivent en effet vérifier pour chacun des correspondants s'il dispose ou non d'une messagerie sécurisée afin de déterminer si un envoi par courrier postal est nécessaire. La possibilité pour les professionnels de ville de recevoir plus rapidement des documents par courrier électronique sécurisé a donc été

⁷³ François P. et al. (2014), « Qualité des services rendus par un centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes ». *Santé Publique*, Vol. 26, p.189-97.

⁷⁴ MSSanté et ASIP Santé (2016), Dossier de presse de la messagerie sécurisée de santé.

⁷⁵ *Ibid.*

⁷⁶ Direction générale de l'offre de soins (2017), Lettre de liaison : déploiement en établissements de santé – Réunion des représentants des Fédérations et des Conférences d'établissements de santé.

spécifiée à la fin l'ensemble des documents de sortie du GHEM, afin de les inciter à se doter d'une adresse mail sécurisée.

L'externalisation de la mise sous pli, c'est-à-dire l'impression et l'envoi des documents de sortie validés électroniquement par un partenaire externe, peut être mise en place, en complément du déploiement de la messagerie sécurisée de santé. Elle est notamment recommandée par la FEHAP pour réduire les délais. Sa mise en œuvre est envisagée pour l'année 2019 au sein du GHEM⁷⁷.

Enfin, le décret du 20 juillet 2016 précise également que la lettre de liaison doit être « versée dans le dossier médical partagé du patient si ce dossier a été créé ». Les avancées relatives au dossier médical partagé doivent donc être prises en compte pour faire évoluer les modalités de transmission des documents de sortie.

3.6.3 Développer les solutions de reconnaissance vocale.

L'utilisation d'une solution de reconnaissance vocale peut être une aide au déploiement de la lettre de liaison. La directrice « projets et parcours patient » de l'Hôpital Paris Saint-Joseph témoigne en effet que la reconnaissance vocale a « tout changé », en supprimant le temps de frappe pour les secrétaires (les médecins dictent leur lettre de liaison par reconnaissance vocale et corrigent directement dans le document). Selon un communiqué de presse de 2018, le Centre hospitalier régional (CHR) d'Orléans a divisé par quatre ses délais d'envoi de lettres de liaison grâce à la reconnaissance vocale, s'approchant ainsi d'un envoi systématique le jour de la sortie. Dans un communiqué, l'établissement souligne que cette solution a permis aux médecins utilisateurs "de gagner en efficacité en supprimant l'étape chronophage de validation du compte-rendu"⁷⁸.

Cet avis n'est néanmoins pas partagé par tous les acteurs du milieu. La responsable qualité du CHU de Nantes précise que, si la reconnaissance vocale est un outil intéressant pour la gestion du temps des secrétaires médicales, elle n'a que peu d'impact sur les délais de production des documents de sortie. Elle ajoute que beaucoup de médecins sont autonomes sur la saisie et que la lettre de liaison est bien souvent alimentée depuis le DPI par des données déjà « frappées ». Certains médecins du GHEM partagent cette opinion.

⁷⁷ *Ibid.*

⁷⁸ Tribault G. (2018), « Le CHR d'Orléans divise par quatre ses délais d'envois de lettres de liaison avec la reconnaissance vocale », *Hospimedia*, édition web.

Au final, mettre en place des solutions de reconnaissance vocale, du moins pour les médecins qui dictent, mérite d'être testé pour mesurer l'impact sur les délais de production des documents de sortie. Toutefois, il ne faut pas négliger le fait qu'un déploiement généralisé de cette technologie vient bouleverser les tâches des secrétaires médicales et implique donc de repenser leurs missions et leur organisation. D'autre part, les licences de reconnaissance vocale demeurent onéreuses, bien que les tarifs tendent à se réduire. Au GHEM, la reconnaissance vocale est actuellement en phase de test dans certains services, avant d'envisager un déploiement plus large.

3.7 Animer les relations ville-hôpital pour sensibiliser les hospitaliers aux attentes des médecins de ville.

Afin de faire adhérer les médecins hospitaliers au changement de paradigme que représente la lettre de liaison, il est important de les sensibiliser aux attentes des médecins de ville. L'animation d'un réseau ville-hôpital permet des échanges réguliers entre professionnels de ville et hospitaliers et participe donc à cette sensibilisation. Les entretiens menés au GHEM ont bien montré l'importance de ces échanges : les praticiens ayant participé aux groupes de travail « lettre de liaison » ou OMAGE, intégrant des médecins de ville, se faisaient ambassadeurs auprès des équipes hospitalières de leurs besoins pour la poursuite de la prise en charge. Des rencontres informelles « ville-hôpital » ont par ailleurs été instaurées avec des professionnels de ville par la Direction des relations extérieures, de la communication et de la coordination, ainsi que des échanges lors des enseignements postuniversitaires (EPU). Le modèle-type de « lettre de liaison / CRH » du GHEM a ainsi été débattu avec les médecins de ville lors des EPU.

3.8 Inscrire la lettre de liaison au cœur des objectifs de l'établissement et évaluer la portée du déploiement.

Enfin, comme dans toute conduite de projet, le déploiement de la lettre de liaison implique de fixer des objectifs et d'évaluer la réussite du projet.

En plus des campagnes IQSS, il est nécessaire de tracer la remise de la lettre de liaison au patient et les délais d'envoi, ainsi que d'évaluer la qualité du contenu de façon

régulière. Disposer de données fiables permet au chef de projet d'objectiver la situation relative aux documents de sortie dans l'établissement, de définir d'éventuelles actions correctives et de sensibiliser les acteurs dans les services (sans omettre que chaque service a ses spécificités et que les comparaisons ne sont pas forcément aisées). Plusieurs fédérations et conférences d'établissements de santé soulignent l'importance de mettre à la disposition des professionnels des états de suivi et de statistiques, de façon régulière et avec un découpage par service⁷⁹. Ainsi, au CH de Gonesse, les dates de dictée, de frappe et de signature de tous les comptes-rendus produits sont suivies informatiquement, par chaque cadre administratif de pôle. A l'Hôpital Paris Saint-Joseph, un suivi hebdomadaire des délais d'envoi électronique est réalisé pour chaque service (envoi soit par messagerie sécurisée directement aux médecins de ville, soit via une solution externalisée de mise sous pli). L'établissement ne trace pas la remise au patient mais considère que dans la mesure où le document a été transmis au médecin de ville le jour de la sortie, il a aussi été remis au patient. Au GHEM, les entretiens au sein des services ont traduit le besoin de récolter des données objectives, relatives à la production des documents de sortie. Différents acteurs d'un même service ont en effet des avis divergents sur les délais d'envoi de ces documents. Une extraction de statistiques depuis le DPI, relative aux délais, a donc été automatisée pour objectiver la situation de chacun des services. En outre, la remise de la lettre de liaison au patient est désormais tracée directement sur le document, via une case à cocher par la secrétaire au moment de la sortie. La non remise doit être justifiée.

La HAS fixe un taux de conformité à l'IQSS « Qualité de la lettre de liaison » à 80%. Les établissements de santé peuvent donc difficilement fixer des objectifs distincts aux services, bien que cet objectif soit ambitieux. Au sein du GHEM, cette cible a été reprise dans les objectifs qualité des pôles, intégrés dans les contrats de pôle pour l'année 2018. En outre, une étude interne sera organisée au premier semestre 2019 sur la base des IQSS, mais en décomposant l'indicateur en trois éléments principaux : la qualité du contenu, le respect des délais et la remise de la lettre au patient.

⁷⁹ Direction générale de l'offre de soins (2017), Lettre de liaison : déploiement en établissements de santé – Réunion des représentants des Fédérations et des Conférences d'établissements de santé.

Conclusion

Assurer la continuité des soins après une hospitalisation reste un enjeu pour notre système de santé. Malgré la sensibilisation des acteurs hospitaliers à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge, le déploiement d'outil tel que la lettre de liaison reste souvent ardu. En effet, la lettre de liaison est un document pensé pour les échanges d'information avec la ville, ce qui implique un contenu et une organisation distincte d'un compte-rendu classique et donc un changement de paradigme pour le corps médical. En outre, pour remettre la lettre au patient avant sa sortie, les circuits de production des documents de sortie et donc l'organisation médico-administrative sont nécessairement revus. Enfin, la réglementation et les recommandations officielles, encore récentes, manquent parfois de clarté. Face à cette situation, les retours d'expériences permettent de tenter quelques recommandations pour la mise en place de la lettre de liaison au sein d'un établissement. Tout d'abord, il est indispensable de préciser l'articulation entre compte-rendu et lettre de liaison et éviter de multiplier les formats de documents de sortie. Il est recommandé de proposer des modèles-types de documents de sortie harmonisés, mais sans aller jusqu'à une standardisation des supports entre les services. La réussite du déploiement passe aussi par une communication sur les enjeux du lien ville-hôpital et sur un accompagnement soutenu des services dans la mise en place de nouveaux outils. Enfin, la mise à disposition d'outils informatiques adaptés, l'animation des relations ville-hôpital, la définition d'objectifs et, dans un second temps, l'évaluation de la portée du déploiement, sont autant de facteurs de réussite du projet.

S'il est encore tôt pour dresser un premier bilan de la mise en place effective de la lettre de liaison au sein du Groupement hospitalier Eaubonne-Montmorency, il est clair que les acteurs hospitaliers concernés ont été sensibilisés aux enjeux. Les résultats de l'évaluation interne prévue pour le premier trimestre 2019 et des prochaines campagnes IQSS devraient permettre d'objectiver la réussite du projet.

Pour conclure, il convient de rappeler que la lettre de liaison de sortie ne peut assurer seule la continuité des soins entre la ville et l'hôpital. Afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins sur l'ensemble du parcours, le praticien qui adresse le patient doit accompagner sa demande d'une lettre de liaison à l'entrée, comme le prévoit le décret du 20 juillet 2016. Le recours systématique à ces deux documents de liaison sont clé pour le renforcement du lien ville-hôpital, et donc pour la continuité des soins dans notre système de santé.

Bibliographie

Ouvrages

Dupont M. et Rey-Salmon C. (2014), *L'enfant et l'adolescent à l'hôpital : Règles et recommandations applicables aux mineurs*, Presses de l'EHESP.

Articles de périodiques, revues

Bansard M. et al. (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*, Vol. 29, p. 57-70.

Bayloq G., Dupont M. (2016), « Loi santé. La lettre de liaison : Qu'en est-il du compte-rendu d'hospitalisation? », *Gestions hospitalières*, n°560, pp.522-523

Clanet R. et al. (2015), « Revue systématique sur les documents de sortie d'hospitalisation et les attentes des médecins généralistes », *Santé Publique*, Vol. 27, p. 701-711.

François P. et al. (2014), « Qualité des services rendus par un centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes ». *Santé Publique*, Vol. 26, p.189-97.

Houdart L. & Mazzucotelli M. (2016), « Une responsabilisation renforcée des professionnels de santé? », *Revue Droit et santé*, HS 2016, pp.43-47.

Tribault G. (2018), « Le CHR d'Orléans divise par quatre ses délais d'envois de lettres de liaison avec la reconnaissance vocale », *Hospimedia*, édition web.

Viaud A. et al. (2018), « Collaboration corps médical/informatique », *Gestions hospitalières*, pp.410-411.

La rédaction (2017), « Loi "santé". Les outils de coordination des soins en faveur des usagers », *Actualités sociales hebdomadaires*, n°3026, pp.33-39.

Thèses, mémoires

Cauchois, L (2017), *La transformation des secrétariats médicaux hospitaliers : concilier l'industrialisation du processus avec la personnalisation du service* [Mémoire], EHESP.

Devaux X. (2013), *Évaluation par les médecins traitants de la qualité du compte-rendu d'hospitalisation en unité de soins aigus et de soins de suite et réadaptation en gériatrie au CHRU de Montpellier* [Thèse], Université de Montpellier I, 106 p.

Jaffré A. (2012), *Améliorer le compte-rendu d'hospitalisation : le déploiement d'un projet prioritaire de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris au sein des Hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis* [Mémoire], EHESP, 58 p.

Etudes, rapports, guides

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (2003), Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu : réglementation et recommandations. 201 p.

Direction générale de l'offre de soins (2017), Lettre de liaison : déploiement en établissements de santé – Réunion des représentants des Fédérations et des Conférences d'établissements de santé.

Haute Autorité de Santé (2014), Document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 h - Fiche d'utilisation [internet].

Haute Autorité de Santé (2017), Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » (QLS) en MCO.

Haute Autorité de Santé (2017), Mesure de la satisfaction des patients hospitalisés plus de 48 heures dans un établissement de Médecine - Chirurgie – Obstétrique, Campagne 2017.

Haute Autorité de Santé (2018), Recueil d'indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de soins de suite ou de réadaptation. Consignes de remplissage. Grille de recueil. Indicateur QLS.

Haute Autorité de Santé (2018), Généralisation 2018 recueil d'indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de soins de courte durée. Consignes de remplissage. Grille de recueil. Thème DPA.

Haute Autorité de Santé (2018), Volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie.

MSSanté et ASIP Santé (2016), Dossier de presse de la messagerie sécurisée de santé.

Supports et textes juridiques

Avis n° 2014.0087/DG du 17 septembre 2014 du collège de la HAS relatif au projet de loi relatif à la santé.

Etude d'impact du projet de loi relatif à la santé du 14 octobre 2014.

Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison.

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des entretiens

Annexe 2 : Plan d'action pour le déploiement de la lettre de liaison du GHEM (2018)

Annexe 3 : Document de communication sur la lettre de liaison à la sortie du GHEM (2018)

Annexe 4 : Modèle-type de lettre de liaison/compte-rendu d'hospitalisation du GHEM (2018)

Annexe 1 : Liste des entretiens

Entretiens internes au Groupement hospitalier Eaubonne-Montmorency :

- Dr Véronique Dormagen, cheffe de service de cardiologie et missionnée par la CME pour le premier groupe de travail « lettre de liaison ».
- Dr Christian Batchy, chef de service d'évaluation gériatrique et coordonnateur du projet OMAGE pour le GHEM.
- Frédérique Felgines, secrétaire référente du pôle de chirurgie et secrétaire du service de chirurgie orthopédique.
- Dr Damien Pourre, chef de service de chirurgie orthopédique.
- Béatrice Dolcet, secrétaire du service de diabétologie.
- Dr Karim Lachgar, président de la CME et chef de service de diabétologie.
- Fabien Druon, interne en médecine générale au sein du service de diabétologie.
- Isabelle Bouesnard, secrétaire référente du pôle de médecine et secrétaire du service de médecine interne.
- Kelly Le Coz et Eulalia Vernade, secrétaires du service de médecine interne.
- Dr Jean-Luc Saraux, chef de service de médecine interne.
- Malika Monrose, secrétaire de l'hôpital de semaine.
- Dr Alexandra Desvignes, cheffe du service de rhumatologie.
- Valérie Lhomme, secrétaire du service de médecine gériatrique aigue.
- Dr Françoise Yapi, cheffe du service de médecine gériatrique aigue.
- Marie-Marguerite Flocon, secrétaire du service de cardiologie.
- Dr Boutheina Zeghidi, praticien hospitalier du service de cardiologie.
- Astrid Lainé, secrétaire de gastroentérologie.
- Dr Sophie Gayno, cheffe du service de gastroentérologie.
- Aurore Taupin, secrétaire du service de soins de suite et de réadaptation gériatriques.
- Dr Bruno Froger, chef du service soins de suite et de réadaptation gériatriques, de l'USLD et de l'Unité cognitivo-comportementale et médiateur médical du GHEM.
- Camille Chauvaud, secrétaire du service de chirurgie viscérale.
- Dr Najib El Arbi, chef du service de chirurgie viscérale.
- Valérie Da Silva, secrétaire du service de gynécologie.
- Dr Vincent Villefranque, chef du service de gynécologie-obstétrique.
- Geneviève Bryant, secrétaire référente du pôle femme-enfant et secrétaire du service de pédiatrie.
- Priscilla Fournier et Yohan Caron, secrétaires du service de pneumologie.
- Dr Christian Delafosse, chef du service de pneumologie.
- Claudine Monnot, secrétaire référente du pôle de psychiatrie-addictologie et secrétaire du service du secteur G04 de psychiatrie.
- Dr Mohamed Rahal, chef du pôle de psychiatrie-addictologie et chef du service du secteur G03 de psychiatrie.
- Secrétaire du service de réanimation, Christine Carricart.
- Christine Spingart, secrétaire du service de soins de suite et de réadaptation polyvalents.
- Dr Philippe Joseph, chef du service de soins de suite et de réadaptation polyvalents.

Entretiens auprès d'autres établissements de santé :

- CH de Gonesse : Isabelle Caderon, Coordinatrice médico-administrative gestion dossier patient.
- CH d'Argenteuil : Brigitte Rousseau, Coordinatrice des secrétariats médicaux.
- CHU d'Amiens : Virginie BOUS, Coordinatrice des secrétariats médicaux.
- CHU de Nantes : Peggy Bellanger, Responsable qualité.
- Hôpital Saint-Joseph (Paris) : Bernadette Dureau, Directrice projets et parcours patient.
- CHU d'Angers, Hôpital Ambroise-Paré (AP-HP, Paris) et GH Paul Guiraud (Villejuif) : retour d'expérience d'élèves directeurs d'hôpital.

LETTRE DE LIAISON : ETAT DES LIEUX ET PLAN D'ACTION

QUELQUES ÉLÉMENTS CHIFFRÉS



IQSS 2016 :

- Taux de conformité du GHEM pour la qualité de la lettre de liaison : 46%
- Cible HAS : 80%
- Moyenne nationale MCO : 35%
- e-satis : préparation de la sortie est un point négatif



Enquête interne 2017-2018 (8 services) :

- 18,2/24 critères retrouvés dans les CRH (3 CRH par service)
- 80% des patients sont sortis avec un document de sortie
- 66% des patients sont sortis avec un document équivalent à un CRH
- 4,25 jours de délai moyen sortie/envoi au médecin traitant (si envoi papier)

ETAT DES LIEUX SUR 8 SERVICES MOTEURS



Cardiologie



Gériatrie



Chirurgie orthopédique



Médecine interne



Diabétologie



Rhumatologie



Gastroentérologie



SSR gériatrique

Services sélectionnés du fait de leur participation au premier groupe de travail « lettre de liaison » en 2016 ou au projet OMAGE.

Lettre de liaison = CRH

Dans la majorité des cas, le compte rendu d'hospitalisation se substitue à la lettre de liaison, c'est-à-dire que le CRH est le document remis au patient à la sortie. Il n'y a pas de création d'un document supplémentaire. Ce document n'est pas appelé « lettre de liaison », même s'il en a toutes les caractéristiques.

Synthétisation et anticipation

Pour réussir à ce que le patient parte avec son CRH ces services ont mis l'accent sur la synthétisation du CRH sur les éléments clés pour la poursuite de la prise en charge, en prenant garde à conserver toutes les informations nécessaires, et l'anticipation de la sortie du patient le plus tôt possible.

Retours positifs

Cette préparation des CRH « au fil de l'eau » est plébiscitée par les médecins et les secrétaires car permet d'éviter d'accumuler un retard anxiogène dans la préparation des CRH.

Facteurs facilitants

- Sensibilisation aux besoins des médecins traitants (participation des médecins au groupe lettre de liaison ou au projet OMAGE)
- Maquette
- DPI (dans une certaine mesure)

Facteurs limitants

- Manque d'adhésion des médecins du service
- Difficulté à synthétiser ou crainte de perdre des informations
- Recrutement d'internes
- Absence des AMA le week-end
- DPI (dans une certaine mesure)

ELEMENTS DE BENCHMARK



POURSUITE DU DEPLOIEMENT : LES FACTEURS DE REUSSITE

Outils

- Mise à jour d'une maquette générique, remaniée par chaque service (recours obligatoire pour les documents à J0)
- Déploiement MSSanté
- DPI : suivi des avancées avec *Easily*
- A plus long terme : reconnaissance vocale et externalisation de la mise sous pli

Lien ville-hôpital

- Rencontres ville-hôpital
- Echanges lors des EPU
- Page dédiée aux professionnels de ville sur le site du GHEM

Objectifs et traçabilité

- Mise en place d'un indicateur de suivi de la remise des LL aux patients
- A plus long terme : traçabilité des délais via la validation électronique des comptes-rendus
- Intégration de l'IQSS « qualité de la LL » dans les contrats de pôle
- Nouvelle enquête interne sur échantillon de services fin 2018 en prévision des IQSS 2020

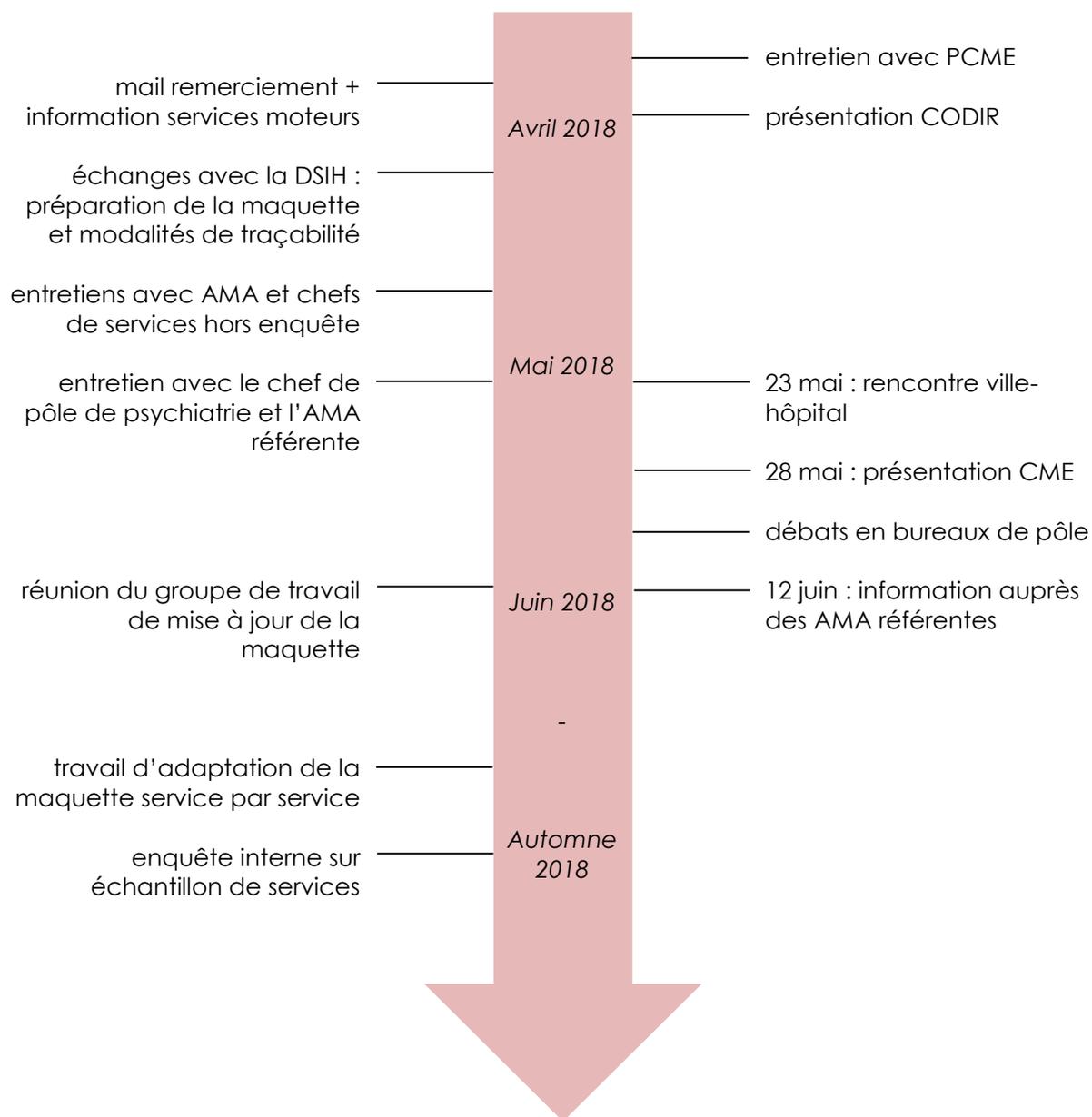
Communication et accompagnement

- Mail de remerciement + information services moteurs
- Construction d'un kit de communication autour de la lettre de liaison
- Communication en CME et bureaux de pôle
- Article dans *Convergences*

Eléments clés :

- ✓ définition et terminologie
- ✓ insister sur la finalité
- ✓ rappel des éléments contenus dans la LL
- ✓ articulation avec le CRH
- ✓ rappel des attentes des médecins de ville
- ✓ retour d'expériences des services qui ont amorcé la démarche (résultats de l'enquête)
- ✓ maquette adaptée aux besoins de chaque service
- ✓ fixer des échéances (début 2019 pour IQSS 2020)
- ✓ information sur les circuits de validation des documents et MSSanté

PROPOSITION DE CALENDRIER



DECRET DU 20 JUILLET 2016

LA LETTRE DE LIAISON



QU'EST-CE QUE C'EST ?

Un document de sortie d'hospitalisation rédigé par le médecin de l'établissement responsable de la prise en charge, remis au patient le jour de la sortie, transmis le ce même jour au médecin traitant et, le cas échéant, au praticien adresseur.



DANS QUEL BUT ?

En assurant le lien ville-hôpital, la lettre de liaison permet la continuité et donc la qualité et la sécurité de la prise en charge. En outre, elle aide le patient à devenir maître de son propre parcours en lui permettant de détenir les informations qui le concernent.



QUELLE ARTICULATION AVEC LE CRH ET LA LETTRE DE SORTIE ?

La lettre de liaison se substitue au CRH et la lettre de sortie comme document devant obligatoirement être intégré dans le dossier médical du patient.



QUELS SÉJOURS SONT CONCERNÉS ?

Toutes les hospitalisations sont concernées par la lettre de liaison mais les recommandations officielles quant au contenu peuvent différer selon l'activité (MCO, SSR, PSY) et les caractéristiques du séjour.

HOPITAL SIMONE VEIL
DIRECTION DES RELATIONS EXTERIEURES, DE LA COORDINATION ET DE LA COMMUNICATION
2018

LE CONTENU

EXEMPLE POUR UN SEJOUR DE PLUS DE 24H EN MCO OU SSR



Conforme au Décret du 20 juillet 2016 ;
A l'IQSS "Qualité de la lettre de liaison à la sortie" (HAS) ;
Au CAQES 2018.

IDENTIFICATION DU PATIENT	<ul style="list-style-type: none">• Nom de naissance• Prénom• Date de naissance• Sexe
INFORMATIONS D'ENTRÉE ET DE SORTIE	<ul style="list-style-type: none">• Dates d'entrée et de sortie• Modalités d'entrée et de sortie• Destination du patient à la sortie (domicile, autre établissement...)
MOTIF D'HOSPITALISATION	<ul style="list-style-type: none">• Motif d'hospitalisation
SYNTHÈSE MÉDICALE DU SÉJOUR	<ul style="list-style-type: none">• Synthèse de la prise en charge du patient au cours du séjour• Synthèse de la situation clinique du patient à sa sortie
TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX	<p>Présentation sous forme de tableau :</p> <ul style="list-style-type: none">• Traitements à l'entrée ou mention d'absence de traitement• Traitements à la sortie ou mention d'absence de traitement<ul style="list-style-type: none">- dénomination commune- posologie (dosage unitaire et rythme d'administration)- voie d'administration / forme- durée de prescription• Justification modification, arrêt ou nouveau traitement• Structuration des traitements par domaine pathologique• Sources (pharmacien d'officine...)• Nom du pharmacien d'officine

HOPITAL SIMONE VEIL

DIRECTION DES RELATIONS EXTERIEURES, DE LA COORDINATION ET DE LA COMMUNICATION
2018

SUITES À DONNER	<ul style="list-style-type: none"> • Planification des soins : rendez-vous médicaux, examens complémentaires à faire, soins infirmiers ou de rééducation • Recommandations et surveillances particulières • Suites médico-sociales
ACTES TECHNIQUES ET EXAMENS COMPLÉMENTAIRES	<ul style="list-style-type: none"> • Conclusion ou information concernant les actes techniques ou examens complémentaires réalisés pendant l'hospitalisation • Résultats en attente
RISQUES LIÉS À L'HOSPITALISATION	<ul style="list-style-type: none"> • Statut connu / porteur de BMR ou BHR • Réalisation d'une transfusion ou d'une administration de produits sanguins ou dérivés du sang • Pose d'un dispositif médical implantable (DMI) • Survenue d'événements indésirables associés aux soins
IDENTIFICATION DU SIGNATAIRE	<ul style="list-style-type: none"> • Nom du signataire de la lettre de liaison • Nom du service et de l'hôpital • Coordonnées : adresse (postale ou mail) ou téléphone
DATE DE SIGNATURE	<ul style="list-style-type: none"> • Date de signature ou date de validation électronique similaire ou précédent la date de sortie d'hospitalisation
INFORMATIONS LIÉES AUX MÉDECINS DESTINATAIRES	<ul style="list-style-type: none"> • Nom et adresse (postale ou mail) du médecin traitant • Indication si le patient n'a pas de médecin traitant ou s'il ne souhaite pas que celui-ci soit informé • Nom et adresse (postale ou mail) d'un autre médecin destinataire
MENTION DE LA REMISE AU PATIENT A LA SORTIE	<p>Mention de la remise de la lettre de liaison au patient à la sortie (dans le corps de la lettre de liaison ou dans le dossier médical du patient) ou justification de la non remise :</p> <ul style="list-style-type: none"> - refus du patient - patient transféré aux urgences / dans un autre établissement - patient muté dans un autre secteur (ex: MCO --> SSR) - non pertinent : soins palliatifs, patient pas en état de recevoir la lettre, difficultés psychologiques
<p>HOPITAL SIMONE VEIL DIRECTION DES RELATIONS EXTERIEURES, DE LA COORDINATION ET DE LA COMMUNICATION 2018</p>	

**COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION
LETTRE DE LIAISON DE SORTIE D'HOSPITALISATION**

Nom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Sexe :

Adresse :

Prénom :

N° IPP :

N° de séjour :

Date d'entrée :

Mode d'entrée :

Provenance :

Date de sortie :

Mode de sortie :

Destination :

Allergies connues :

Motif d'hospitalisation

Synthèse médicale du séjour (prise en charge et situation à la sortie)

Traitements médicamenteux

Traitement d'entrée - dénomination - posologie - voie d'administration/forme	Traitement de sortie - « idem » si poursuite du traitement - réécrire si modifications - « Arrêt » si arrêt	Commentaires - durée ou « traitement au long cours » - justification modification, arrêt ou nouveau traitement - cible thérapeutique et surveillance
Domaine pathologique :		
Domaine pathologique :		
<input type="checkbox"/> Absence de traitement	<input type="checkbox"/> Absence de traitement	
Sources : malade <input type="checkbox"/> ordonnances <input type="checkbox"/> médecin traitant <input type="checkbox"/> pharmacien d'officine <input type="checkbox"/> autre :		
Nom du pharmacien d'officine :		

Suites à donner

Planification des soins :

- Rendez-vous médicaux :
- Examens complémentaires à faire :
- Soins infirmiers ou de rééducation :

Recommandations et surveillances particulières :

Suites médico-sociales :

- Aucun suivi dans l'immédiat

Actes techniques, examens complémentaires et biologiques (pertinents)

Résultats en attente :

- oui non

Si oui, préciser :

Risques liés à l'hospitalisation

Patient porteur/contact de BMR ou BHRé :

- oui non

Si oui, préciser :

Transfusion ou administration de produits sanguins/dérivés du sang durant le séjour :

- oui non

Si oui, préciser :

Survenue d'évènements indésirables associés aux soins :

- oui non

Si oui, préciser :

Pose d'un dispositif médical implantable (DMI) :

- oui non

Si oui, préciser :

Rédigé par :

Relu et signé par (praticien du service de ... de l'Hôpital Simone Veil) :

Nom :

Coordonnées :

Date :

Médecin traitant :

Nom :

Adresse :

- le patient n'a pas de médecin traitant

- le patient ne souhaite pas que des informations soient transmises à son médecin traitant

· Nom du patient :

- -

Document adressé à :

- médecin traitant
 autre(s) médecin(s)

Nom :

Adresse :

Document remis au patient à la sortie : oui non

Si non, pourquoi :

Diagnostic principal :

Diagnostics associés :

Code :

	<p>Savez-vous que vous pouvez recevoir plus rapidement ce document par courrier électronique sécurisé ? Sécurisé, Facile, Gratuit : inscrivez-vous sur Ms Santé www.mssanté.fr Une adresse mail sécurisée vous sera attribuée. Nous l'utiliserons pour vous adresser les courriers et comptes rendus.</p>
---	---

VEYRIÉ	Alice	Septembre 2018
Filière Directeur d'hôpital Promotion 2017-2018		
Les documents de liaison ville-hôpital en sortie d'hospitalisation : du compte-rendu à la lettre de liaison		
<p>Résumé :</p> <p>Le lien entre l'hôpital et la ville est une faiblesse de notre système de santé. Cette situation a un impact sur la continuité de la prise en charge et donc sur la qualité et la sécurité des soins. L'un des risques majeurs de rupture dans le parcours de soins se situe au moment de la sortie de l'hôpital. Pour pallier aux insuffisances du lien ville-hôpital, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 introduit dans le droit français la notion de lettre de liaison de sortie d'hospitalisation. Cette lettre, rédigée par le médecin de l'établissement en charge du patient et comportant les éléments utiles à la continuité des soins, est transmise au praticien qui a adressé le patient en vue de son hospitalisation et au médecin traitant. Elle est également remise au patient au moment de la sortie. Or, si les enjeux de la liaison ville-hôpital au moment de la sortie font consensus auprès des acteurs du milieu, la lettre de liaison n'est déployée dans les établissements que difficilement et de façon hétérogène. En effet, elle constitue un changement de paradigme pour le corps médical et sa mise en place nécessite bien souvent de revoir l'organisation médico-administrative des services. En outre, la réglementation et les recommandations officielles, encore récentes, manquent parfois de clarté. Les retours d'expériences permettent toutefois de tenter quelques recommandations pour la conduite du déploiement de la lettre dans les établissements de santé. Parmi celles-ci, il paraît important de préciser l'articulation entre compte-rendu et lettre de liaison et éviter de multiplier les formats de documents de sortie. Il est également recommandé de proposer des modèles-types de documents harmonisés, sans aller jusqu'à une standardisation des supports entre les services, de communiquer sur les enjeux du lien ville-hôpital et d'accompagner les services dans la démarche.</p>		
<p>Mots clés : document de sortie, lettre de liaison, compte-rendu d'hospitalisation, lien ville-hôpital, continuité des soins, qualité des soins, sécurité des soins.</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		