



La lettre de liaison à la sortie : un verrou de sécurité complexe mais incontournable pour le virage ambulatoire

Dominique Bonnet-Zamponi
Gériatre,
Omedit IDF
(Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique d'Île-de-France), FCCIS (Fédération corse pour la coordination et l'innovation en santé), membre de la commission spécialisée Système de santé et Sécurité des patients, HCSP

Les ruptures de parcours, c'est-à-dire les changements de lieux ou d'équipes de soins, sont des moments à risque de survenue d'événements indésirables potentiellement graves et dont une grande partie serait évitable. La sortie de l'hôpital en particulier est reconnue comme le moment le plus à risque : près d'un patient sur deux sortirait de l'hôpital avec une erreur dans la prescription de ses médicaments et/ou la prescription d'explorations diagnostiques et/ou dans sa surveillance, et près de 20 % subirait un événement indésirable lié aux soins dans le mois suivant la sortie, le plus souvent médicamenteux [24]. Le principal mécanisme de ces erreurs est le défaut de communication entre les professionnels entre eux, ainsi qu'entre les professionnels et le patient et/ou son entourage. Ainsi, assurer une transmission efficace des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge lors de ces moments de rupture est un pilier central de la sécurité des patients.

Historique

Avant 2016, la réglementation concernant les documents d'échanges d'information aux points de transition dans le parcours de soins et notamment en sortie d'hôpital était basée sur le Code de la santé publique. Celui-ci indique l'obligation d'un « compte rendu d'hospitalisation » et d'une « lettre rédigée à l'occasion de la sortie » pour chaque patient hospitalisé (article R. 1112-2) ; il précise que les « informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins » doivent 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 » (article R. 1112-1), et que notamment le médecin traitant doit recevoir « toutes indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du malade » (article R. 1112-60). Aucune information plus précise en termes de contenu n'est fournie.

En 2014, la Haute Autorité de santé publie un référentiel sur le « document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 h », qui précise les différentes rubriques obligatoires et facultatives (laissées aux choix des équipes) aussi bien médicales qu'administratives. Il s'applique à tout document, quelle qu'en soit sa dénomination (compte rendu d'hospitalisation, lettre de sortie), idéalement unique (avec éventuellement une version intermédiaire en cas de résultats en attente),

remis au patient à la sortie d'une hospitalisation et adressé aux médecins amenés à prendre en charge le patient en aval du séjour.

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 2016¹ relatif aux lettres de liaison, va préciser juridiquement le contenu et les modalités de transmission du document de sortie, dorénavant unique et intitulé « lettre de liaison de sortie d'hospitalisation (LLS) ». Cette LLS doit impérativement mentionner les éléments suivants :

« 1° l'identification du patient, du médecin traitant, le cas échéant du praticien adresseur, ainsi que l'identification du médecin de l'établissement de santé qui a pris en charge le patient avec les dates et modalités d'entrée et de sortie d'hospitalisation ;

« 2° le motif d'hospitalisation ;

« 3° la synthèse médicale du séjour précisant le cas échéant, les événements indésirables survenus pendant l'hospitalisation, l'identification de micro-organismes multirésistants ou émergents, l'administration de produits sanguins ou dérivés du sang, la pose d'un dispositif médical implantable ;

« 4° les traitements prescrits à la sortie de l'établissement (ou ordonnances de sortie) et ceux arrêtés durant le séjour et le motif d'arrêt ou de remplacement, en précisant, notamment pour les traitements médicamenteux, la posologie et la durée du traitement ;

« 5° l'annonce, le cas échéant, de l'attente de résultats d'examens ou d'autres informations qui compléteront cette lettre de liaison ;

« 6° 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. »

Rédigée par « le médecin de l'établissement qui a pris en charge le patient », la LLS est « remise au patient par ce médecin, ou un autre membre de l'équipe », qui « s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises ». Elle est transmise « le même jour, au médecin traitant et, le cas échéant, au praticien qui a adressé le patient » par « messagerie sécurisée » ou « tout moyen garantissant la confidentialité des informations », et « versée dans le dossier médical partagé du patient si ce dossier a été créé ».

Ce décret, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2017, et qui s'applique à toute hospitalisation, quelle que soit

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 59.

1. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032922482>

sa durée, est un véritable changement de paradigme pour les médecins hospitaliers. En effet, contrairement à l'ancien compte rendu d'hospitalisation, la lettre de liaison ne consiste plus à « raconter un parcours diagnostique et thérapeutique qui donne à voir l'excellence de la prise en charge aux autres médecins », pas plus qu'elle n'est « un courrier adressé à un cher confrère » [52]. Le praticien doit quitter une vision détaillée centrée sur le séjour hospitalier pour apporter une vision synthétique et prospective de la prise en charge en apportant des éléments qui vont permettre de « passer le relais » le plus en sécurité possible.

La HAS a développé des indicateurs qualité pour la lettre de liaison à la sortie (Indicateur de qualité et de sécurité des soins (IQSS), « qualité de la lettre de liaison à la sortie ») qui sont intégrés à la certification. Ils concernent :

- les séjours en MCO « hors séances » d'au moins un jour de patients sortis à domicile (IQSS-MCO-V2019);
- les séjours en soins de suite et réadaptation d'au moins huit jours (IQSS SSR-V2020);
- les séjours en chirurgie ambulatoire (IQSS chirurgie ambulatoire-V2020)²;
- les séjours à temps plein en psychiatrie d'au moins huit jours (IQSS psychiatrie et santé mentale-V2021).

Enjeux et problématiques de la lettre de liaison dans le cadre du virage ambulatoire

Le virage ambulatoire implique de passer d'une logique de « séjour » à une logique de « flux », avec pour conséquence des points de transition concentrés (entrée et sortie le même jour) et la nécessité d'une transmission de l'information encore plus sécurisée (le patient devant pouvoir bénéficier d'une surveillance et d'une continuité des soins d'une qualité au moins équivalente à celle qu'il aurait reçue s'il était resté à l'hôpital). De ce fait établir un cadre de qualité et de sécurité pour les documents de transition en médecine et en chirurgie ambulatoire est donc crucial.

Cependant, en chirurgie ambulatoire, malgré le cadre réglementaire du décret du 20 juillet 2016 et la définition d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins pour la lettre de liaison de sortie d'hospitalisation, la sortie et en particulier la qualité de l'information à la sortie restent le principal point faible au vu de la qualité perçue par les patients (enquête e-Satis MCO/CA de 2020 [37]). En effet, l'organisation de la sortie et le retour au domicile étaient les moments du parcours les moins bien notés par les patients, avec un score de 70/100 et :

- 23 % des patients déclarant n'avoir reçu aucune information sur les signes ou complications devant les amener à recontacter l'établissement en urgence ;
- 28 % n'avoir pas reçu le numéro de téléphone de la personne ou le service à contacter en cas d'urgence ;

- 23 % n'avoir reçu aucun document à la sortie contenant des informations sur l'intervention et le suivi (lettre de liaison).

Pour ce qui concerne la médecine ambulatoire, le cadre réglementaire du décret du 20 juillet 2016 sur les lettres de liaison (entrée et sortie) s'applique à tout type de séjour hospitalier et donc à ceux de médecine hospitalière ambulatoire. Cependant :

- il n'existe pas de référentiel HAS définissant des critères de qualité pour une lettre de liaison à la sortie d'un séjour de médecine ambulatoire hospitalière ;
- aucune réglementation ne définit un cadre « qualité » des informations échangées entre professionnels de ville et donc pour les activités du virage ambulatoire qui auraient basculé d'une prise en charge hospitalière conventionnelle à une prise en charge entièrement en ville (seules les conditions d'échange d'information entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médicosocial sont précisées).

Ainsi, la médecine ambulatoire (hospitalière ou en ville) bénéficie d'un cadre réglementaire définissant les règles de communication (qui peut échanger quelles informations et via quel support?) mais pas de cadre de référence concernant la qualité des informations échangées. De ce fait, la qualité de l'information échangée à la sortie d'un dispositif de médecine ambulatoire n'est pas évaluable et est vraisemblablement très variable car dépendant des personnes. Ce manque de qualité potentiel induit « non seulement des risques pour le patient (par exemple risques d'erreurs médicamenteuses par méconnaissance d'un traitement prescrit par un confrère) mais aussi des risques de détournement de patientèle préjudiciables au patient et à la coopération professionnelle ». Ainsi par exemple, il semblerait que « l'information du médecin traitant sur le déroulement de la prise en charge en hôpital de jour (souvent réalisé après une première consultation à l'hôpital) ne soit pas systématiquement opérée, ni sur sa réévaluation. [...] Autrement dit, il y a à partir de l'admission, une captation du patient par l'hôpital sans réévaluation périodique de ses besoins avec son médecin traitant » [33]. Alors que la visée du virage ambulatoire est d'optimiser les parcours, ce qui implique d'optimiser les organisations, son déploiement et sa mise en œuvre ne doivent se faire qu'en assurant qu'au contraire ils ne risquent pas de favoriser des parcours inappropriés et une moindre coopération entre les professionnels.

Une dernière problématique concerne les destinataires de cette lettre de liaison. Réglementairement, seuls le patient lui-même et ses médecins (médecin traitant et médecin ayant adressé le patient à l'hôpital le cas échéant) sont destinataires de cette lettre de liaison. Ainsi les premiers professionnels de santé qui contribueront à la prise en charge du patient à sa sortie du dispositif ambulatoire (ou d'une hospitalisation conventionnelle), comme le pharmacien ou l'infirmier, n'auront accès à l'information que via le patient. Or celui-ci ne pensera pas, ne pourra, voire ne voudra,

2. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2884938/en/chirurgie-ambulatoire-indicateurs-de-processus-en-chirurgie-ambulatoire



pas toujours transmettre ces informations, pourtant cruciales pour sa sécurité. Ce défaut d'information, notamment sur les traitements médicamenteux à la sortie et sur les motifs des modifications effectuées par les hospitaliers, contribue au risque de rupture et d'erreurs médicamenteuses. Cela est d'autant plus préjudiciable que le patient est en situation de vulnérabilité, le pharmacien d'officine étant la personne-ressource principale de ces patients. « *La pharmacie est devenue l'interlocuteur de santé dans les zones défavorisées, le lieu ouvert, le conseil gratuit. Le pharmacien est souvent cité comme un référent santé, celui à qui on parle en premier de ses problèmes de santé* » [33].

Conclusion

La qualité de l'information échangée entre les professionnels de santé et entre ces professionnels et le patient (et/ou son entourage) est l'un des verrous majeurs de la sécurité de la prise en charge lors des

transitions et notamment lors de la sortie d'un dispositif de chirurgie ou de médecine ambulatoire. Si un cadre réglementaire commun existe pour structurer le contenu de l'information lors des sorties hospitalières, celui-ci doit être précisé pour les dispositifs du virage ambulatoire de ville. En chirurgie ambulatoire, les critères de qualité ont été définis mais des études qualitatives mériteraient d'être menées pour comprendre les freins pouvant expliquer les difficultés d'implémentation de la lettre de liaison à la sortie de l'hôpital (et les difficultés qui en découlent pour les patients) pour, le cas échéant, adapter (simplifier?) ces critères. En médecine hospitalière ambulatoire, il serait souhaitable que ce cadre de qualité soit défini, idéalement en prenant en compte les retours d'expérience en chirurgie ambulatoire et en hospitalisation conventionnelle. Enfin, une réflexion mériterait également d'être engagée sur le fait d'élargir les destinataires de cette lettre de liaison pour améliorer la sécurité tout en garantissant le respect de la volonté du patient. ➔

La chirurgie en cabinet

Claude Ecoffey
Professeur
d'anesthésie-réanimation,
Département
d'anesthésie-réanimation
et médecine
péri-opératoire,
CHU Rennes, université
Rennes 1, membre
de la commission
spécialisée Système
de santé et Sécurité
des patients, HCSP,
copilote du rapport
du HCSP *Le Virage
ambulatoire :
pour un développement
sécurisé.*

La chirurgie en cabinet hors établissement de santé (*l'office based surgery* des Anglo-Saxons) correspond à des actes chirurgicaux réalisés sous anesthésie locale, y compris topique, en dehors des blocs opératoires mais avec un environnement permettant le respect des normes de sécurité. Cela existe déjà en France avec les implants dentaires posés par les chirurgiens-dentistes et l'ablation de lésions cutanées par les dermatologues en cabinet. La question pourrait être d'aller plus loin avec les pathologies simples de la main (500 000 actes réalisés en chirurgie ambulatoire sur Visuchir¹), notamment le traitement du syndrome du canal carpien. La chirurgie en cabinet permet un circuit plus simple et plus court réduisant le délai de prise en charge chirurgicale, souvent dans un contexte moins stressant pour les patients, avec une reprise plus rapide de l'activité, une morbidité post-opératoire réduite voire inférieure à la prise en charge en ambulatoire, et un moindre coût pour la société. En effet, un environnement de type « consultation » améliore la satisfaction du patient et limite l'impact sur l'environnement social.

Pourtant, en France, cette pratique n'existe pas ou de manière très confidentielle, comme cette expérience d'un centre de chirurgie de la main rapportée lors du congrès annuel de la Société française de la chirurgie de

la main en 2017 ; cette pratique s'est développée d'une manière importante dans certains pays. Aux États-Unis, les services de soins s'éloignent des établissements hospitaliers traditionnels (avec des lits) pour se tourner vers les établissements ambulatoires (sans lits). Les nouvelles techniques chirurgicales, se simplifiant, ont permis d'effectuer des procédures plus complexes dans des environnements non hospitaliers, tandis que les avantages économiques et les commodités pour les médecins et les patients ont entraîné la croissance rapide de la chirurgie en cabinet. Elle concerne la chirurgie de la main, la chirurgie cutanée, certains actes de gynécologie, d'ORL, d'ophtalmologie, de chirurgie plastique... Elle représentait 15 à 20 % des interventions chirurgicales et 10 millions de procédures chirurgicales aux États-Unis en 2005. Ce chiffre continuait d'augmenter pour atteindre environ 12 millions en 2009. La chirurgie en cabinet s'est également développée au Canada et en Suisse, alors qu'elle n'est plus autorisée en Allemagne pour des raisons administratives.

Dès les années 2000, il est apparu que la chirurgie ambulatoire apportait une meilleure qualité des soins chirurgicaux que la chirurgie traditionnelle, mais que l'on observait une dégradation significative en matière de qualité des soins sur tous les indicateurs qualité (y compris la mortalité) lors d'une prise en charge en chirurgie de cabinet. Il y avait approximativement dix fois plus de risques d'événements défavorables et de décès en chirurgie de cabinet comparativement à la chirurgie ambulatoire, même si depuis des études ont un peu nuancé ce chiffre. En effet, l'analyse d'une

1. La Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) ont réalisé un outil de visualisation des pratiques de chirurgie, notamment ambulatoire, des établissements de santé. Baptisée Visuchir, cette application, ergonomique et facile d'utilisation, est librement accessible en open data depuis le site ScanSanté de l'ATIH.