

ÉVALUATION ET AMÉLIORATION DES PRATIQUES

Document de sortie d'hospitalisation Vers un format électronique

Analyse bibliographique réalisée entre juin et septembre 2013

Date de validation par le collège : 17 octobre 2013

Cette note bibliographique est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé

Service documentation – information des publics

2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Table des matières

1.	Introduction.....	5
1.1	Les demandes	5
1.2	Le contexte	5
2.	Objectifs de ce document	7
3.	Existant en France	8
3.1	Réglementation	8
3.2	Recommandations et certification HAS.....	8
3.3	Contenu du Résumé d'unité médicale (RUM)	9
3.4	Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA	10
3.5	Volet Compte rendu d'hospitalisation de l'ASIP Santé	10
4.	Analyse de la littérature.....	11
4.1	Méthode de recherche.....	11
4.2	Problèmes observés avec les documents de sortie d'hospitalisation.....	11
4.3	Contenu des documents de sortie d'hospitalisation.....	12
4.4	Document de sortie rédigé à la main/dicté vs électronique	18
4.4.1	Format structuré vs non structuré.....	18
4.4.2	Document de sortie électronique vs dicté ou manuel.....	19
4.5	Délai d'envoi : compte rendu de sortie vs courrier de sortie.....	21
4.6	Implémentation des documents de sortie électroniques.....	22
5.	Conclusion et propositions.....	26
5.1	Résumé de l'analyse de la littérature et de l'existant.....	26
5.1.1	Les constats	26
5.1.2	Les caractéristiques attendues	26
5.1.3	Les conditions de réussite	27
5.1.4	Les conditions de mise en œuvre.....	27
5.2	Propositions HAS	27
5.2.1	Schéma cible	27
5.2.2	Méthode de travail	28
6.	Synthèse du contenu.....	30
6.1	Renseignements administratifs	31
6.2	Renseignements cliniques	35
6.3	Sortie de la structure de soins.....	43
6.4	Éléments spécifiques à quelques sources	51
7.	Références	53
Annexe 1.	Analyse revues systématiques	55
Annexe 2.	Tableau synthétisant délais et destinataires.....	57
Annexe 3.	Participants.....	59

Abréviations et acronymes

IHE PCC Integrating the healthcare Enterprise Patient care coordination

1. Introduction

1.1 Les demandes

Dans le cadre du Programme national sécurité du patient (PNSP), la HAS est notamment chargée de l'action 9 : « Élaboration et expérimentation d'un document de sortie type synthèse du séjour du patient lisible par lui, possiblement implémenté dans le SI, remis systématiquement à tout patient lors de sa sortie dans le but d'assurer la continuité de la prise en charge ».

Dans le cadre des projets pilotes PAERPA, la HAS est chargée d'élaborer la trame du compte rendu d'hospitalisation pour le parcours de santé des personnes âgées sur les territoires pilotes afin d'avoir un modèle unique. Il est précisé que « lorsque les modèles de document (i.e. PPS VMS, CRH, dossier de liaison urgences) auront été élaborés et composés dans le cadre d'un consensus métiers et en conformité avec les recommandations de la HAS, ils pourront être structurés techniquement afin de faire l'objet de spécifications utilisables par les éditeurs de logiciels pour être intégrés aux référentiels gérés par l'ASIP Santé ».

1.2 Le contexte

Le document de sortie d'hospitalisation est un des éléments nécessaires pour assurer la continuité des soins entre l'hôpital et la ville. Il s'inscrit dans l'organisation de la transition entre l'hôpital et le domicile (1).

S'il existe depuis longtemps dicté ou rédigé à la main sous format papier et adressé par courrier à ses destinataires, depuis plus d'une décennie il est de plus en plus souvent rédigé à partir des logiciels métiers des professionnels de santé mais le plus souvent édité et adressé sous format papier à ses destinataires.

Malgré son caractère réglementaire, il n'est pas encore systématique. Dans le cadre du recueil national des indicateurs du dossier patient (secteurs MCO, SSR, santé mentale et HAD), il existe un indicateur intitulé « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » (DEC), destiné à évaluer la qualité et le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation. En 4 ans (entre 2008 et 2011) pour le secteur MCO, l'envoi d'un courrier de fin d'hospitalisation complet dans un délai inférieur ou égal à 8 jours a augmenté de 22 points (passage de 26 % à 48 %) mais reste à améliorer. La variabilité nationale persiste en 2011 (0 à 100 %), et est notamment observée au niveau des écarts de moyennes régionales, allant de 33 % (Réunion) à 57 % (Nord-Pas-de-Calais). La « non-conformité » est le plus souvent due au caractère incomplet du compte rendu (55 %). En 2011, seulement 20 % des établissements ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 %.

Avec le développement des nouvelles technologies en santé, il est attendu que le document de sortie d'hospitalisation soit plus souvent réalisé, plus complet et plus rapidement disponible pour les professionnels de santé qui assurent la prise en charge du patient en sortie d'hospitalisation. Il commence à être adressé par messagerie sécurisée mais en l'absence de format standardisé, le contenu ne peut pas être importé ni intégré dans la base de données du système d'information/logiciel métier du professionnel de santé qui consulte le document. De plus avec la mise en place du DMP, il est attendu qu'il soit déposé dans le DMP afin d'être accessible à tout moment par tout professionnel de santé autorisé à y accéder.

Toutefois, pour que les documents de sortie d'hospitalisation puissent être envoyés dans le DMP ou adressés par messagerie sous format standardisé, ils doivent être conformes au cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé (CI-SIS).

Rappelons que le cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé (CI-SIS) défini par l'ASIP Santé propose les trois niveaux d'interopérabilité sémantique prévus par le standard HL7 CDA. On distingue :

– niveau 1 = non structuré : le contenu est de type pdf, txt, rtf, jpeg ou tiff, encapsulé dans le corps du document.

– niveau 2 = structuré pour le lecteur : le document est organisé en un ensemble de sections, à l'intérieur desquelles le texte figure dans un bloc narratif, qui peut être organisé à l'aide de structures telles que paragraphes, tableaux, notes, figures, références, etc.

– niveau 3 = structuré pour le lecteur et pour le SIS : le corps du document est organisé en sections comme dans le niveau 2. Mais pour ce niveau d'interopérabilité, chaque section peut comporter une ou plusieurs entrées embarquant les données du SIS (Système d'Information de Santé) producteur dont dérive le texte de la section.

La vocation d'une entrée est de fournir le contenu (qui est en format texte dans le niveau 2), sous une forme codée et structurée, importable et intégrable dans la base de données du SIS du professionnel de santé qui consulte le document.

Ainsi, le contenu métier d'un document de sortie défini par la HAS sera ensuite confié à l'ASIP Santé pour définir un modèle type contenant les spécifications techniques de niveaux 1 à 3 conformément au CI-SIS. Le contenu métier définit les rubriques cliniques (comme pathologies en cours, antécédents allergies, etc.) correspondant aux sections du niveau 2 du CI-SIS.

Ce travail s'inscrit à la suite d'un précédent travail réalisé avec les partenaires conventionnels au sujet du volet de synthèse médicale. La HAS a défini en 2012 le contenu métier de ce volet de synthèse médicale dont les spécifications techniques ont été élaborées par l'ASIP Santé.

Rappelons que cette synthèse médicale, élaborée par le médecin traitant et mise à jour autant que de besoin, comprend les rubriques suivantes :

1. **Coordonnées du patient**

2. **Coordonnées du médecin traitant**

3. **Date de mise à jour**

4. **Pathologies en cours**

Antécédents personnels (y compris : Allergies et Intolérances médicamenteuses)

Facteurs de risque (Antécédents familiaux, Facteurs de risque liés au mode de vie [Alcool, tabac, activité physique, alimentation], Facteurs de risque professionnels)

5. **Traitements au long cours**

6. **Points de vigilance** (note en texte libre du médecin relative à un traitement [médicamenteux ou non] ponctuel mais significatif, des résultats d'examens particulièrement significatifs ou des éléments nécessitant une vigilance particulière).

7. **Signature**

Cette synthèse est renseignée en « positif » (*les éléments absents ne sont pas spécifiquement précisés*).

2. Objectifs de ce document

Afin d'identifier le contenu des documents de sortie (compte rendu et/ou lettre), une analyse de l'existant et de la littérature a été réalisée. Elle permet de :

- faire un état des lieux de l'existant en France en termes de réglementation, recommandations et mise en œuvre ;
- identifier les rubriques des comptes rendus d'hospitalisation mais aussi des lettres de sortie proposés dans la littérature et les éléments les justifiant ;
- identifier les bénéfices et risques des comptes rendus électroniques et les conditions d'une mise en œuvre réussie.

Sur cette base, une méthode de travail est proposée pour :

- définir le contenu métier d'un document de sortie d'hospitalisation ;
- rédiger des recommandations en termes d'implémentation du modèle électronique.

3. Existant en France

3.1 Réglementation

Article R 1112-1 CSP

[...] A la fin de chaque séjour hospitalier, copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins est remise 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 1112-2 CSP modifié par [décret n°2006-119 du 6 février 2006 - art. 2 JORF 7 février 2006](#)

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés :

[...]

2° Les informations formalisées établies à la fin du séjour. Elles comportent notamment :

- a) Le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie ;
- b) La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ;
- c) Les modalités de sortie (domicile, autres structures) ;
- d) La fiche de liaison infirmière.

3.2 Recommandations et certification HAS

L'Anaes a publié en 2001, dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, un document *Préparation de la sortie du patient hospitalisé (2)*. Ce document consacre un chapitre à la « Continuité de l'information médicale : le compte rendu d'hospitalisation ou lettre de sortie. ».

Ce chapitre analyse les principaux problèmes liés au compte rendu d'hospitalisation : le contenu et le délai d'émission. Il met en avant les éléments suivants :

Les informations jugées les plus importantes par les médecins correspondants sont¹ :

- ▶ le détail du traitement de sortie (comprenant la fréquence d'administration, le dosage et la durée de traitement proposée) ;
- ▶ les résultats significatifs des examens réalisés durant l'hospitalisation (résultats positifs, mais aussi négatifs) ;
- ▶ les modalités de suivi conseillées ou proposées ;
- ▶ les informations données au patient concernant le diagnostic de sa pathologie.

Les médecins traitants souhaitent également être informés du pronostic de la pathologie présentée, les patients les interrogeant souvent à ce propos. Ils voudraient également que la destination du patient (domicile, institution...) soit précisée.

L'Anaes a publié en 2003, dans le cadre de l'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 (3)*.

Chaque contact avec l'établissement doit conduire à un compte rendu de consultation ou d'hospitalisation. Ce compte rendu gagne à être structuré de façon homogène au sein d'un éta-

¹ Solomon JK, Maxwell RB, Hopkins AP. 1995.

blissement pour faciliter l'exploitation de son contenu par les différents professionnels intervenant dans le dossier.

La structuration peut être la suivante :

- ▶ identification du patient ;
- ▶ identification des dates du contact (date de la consultation, dates d'entrée et sortie d'hospitalisation) ;
- ▶ lieu du contact ;
- ▶ mode d'entrée ;
- ▶ motif du contact ;
- ▶ antécédents du patient ;
- ▶ mode de vie ;
- ▶ histoire de la maladie ;
- ▶ examen clinique ;
- ▶ résultats biologiques significatifs ;
- ▶ résultats des examens complémentaires ;
- ▶ traitements réalisés, y compris les transfusions ;
- ▶ évolution dans le service et discussion ;
- ▶ mode de sortie (destination du patient), y compris la date et l'heure de sortie, le moyen de transport et l'accompagnement éventuel, ainsi que la liste des éléments remis au patient ;
- ▶ traitement de sortie ;
- ▶ suite à donner (surveillance à instituer, reconvoction, etc.) ;
- ▶ conclusion sous forme de synthèse. En cas d'hospitalisation, cette synthèse doit être cohérente avec les informations portées sur le Résumé d'unité médicale (RUM) du PMSI-MCO.

Seules les rubriques pertinentes au regard de la nature du contact et de la prise en charge seront remplies.

Dans le cadre de la certification et du critère 24a Sortie du patient (4), l'indicateur IPAQSS HAS « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » prend en compte (5) :

- ▶ délai d'envoi inférieur ou égal à 8 jours ;
- ▶ contenu du courrier complet :
 - identité du médecin destinataire,
 - référence aux dates du séjour,
 - synthèse du séjour,
 - et trace écrite d'un traitement de sortie.

3.3 Contenu du Résumé d'unité médicale (RUM)

Le RUM contient un nombre limité de rubriques. Les informations à fournir sont d'ordre administratif et médical. Elles sont répertoriées dans un arrêté du 22 février 2008 modifié (6).

- Informations dites administratives
 - ▶ Identifiants correspondant à l'ensemble du séjour dans les unités de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie de l'établissement : numéro administratif local de séjour et numéro de RSS
 - ▶ Numéro de l'établissement dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS)
 - ▶ Date de naissance
 - ▶ Sexe
 - ▶ Code postal de résidence
 - ▶ Numéro de l'unité médicale d'hospitalisation
 - ▶ Dates et modes d'entrée et de sortie, provenance et destination
 - ▶ Nombre de séances
- Informations médicales
 - ▶ Diagnostics : diagnostic principal (1), diagnostic relié (2), diagnostics associés (3)
 - ▶ Actes médicaux techniques réalisés au cours du séjour

- Types de dosimétrie et de machine en radiothérapie
- Poids à l'entrée dans l'unité médicale pour le nouveau-né
- Âge gestationnel de la mère et du nouveau-né, date des dernières règles de la mère
- Indice de gravité simplifié (IGS II)
- Données à visée documentaire

1. *Problème de santé qui a motivé l'admission du patient*

2. *Il n'y a lieu de mentionner un DR que lorsque le DP est codé avec le chapitre XXI de la CIM-10 ; le DR est une maladie chronique ou de longue durée ou un état permanent, présent au moment du séjour objet du résumé ; le DR répond à la question : « pour quelle maladie ou état la prise en charge enregistrée comme DP a-t-elle été effectuée ? ».*

3. *Un diagnostic associé significatif (DAS) est une affection, un symptôme ou tout autre motif de recours aux soins coexistant avec le DP — ou, ce qui revient au même, avec le couple DP-DR —, et constituant : un problème de santé distinct supplémentaire (une autre affection) ; ou une complication de la morbidité principale ; ou une complication du traitement de la morbidité principale.*

3.4 Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA Janvier 2013 (7)

Dans le chapitre système d'information, le cahier des charges évoque « quatre types de documents de synthèse dématérialisés, chacun d'entre eux devant être conforme à un modèle conçu par la HAS de manière spécifique pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie » : le VMS, le PPS, le CRH, le dossier de liaison urgence.

Ce cahier des charges précise que le compte rendu d'hospitalisation contient :

- le motif de l'hospitalisation ;
- les points à signaler sur le déroulement de l'hospitalisation (ayant une incidence à la sortie) ;
- la situation du patient à la sortie (pathologies, traitement en cours et critères de suivi) ;
- les préconisations d'aides et de soins associés ;
- les constantes de sortie (cliniques /biologiques) ;
- les traitements stoppés et motif(s) d'arrêt.

Ce document permet de comprendre pourquoi le patient a été hospitalisé, de préciser son état de santé quand il sort de l'hôpital, et avec quelles préconisations. Il est transmis à l'équipe de ville (médecin traitant s'il est connu et disponible) au moment de la sortie, étant précisé qu'à l'hôpital le CRH comprendra une partie relative aux préconisations d'aides et de soins, qui servira de base à l'élaboration ou à l'actualisation du PPS pour les sorties d'hôpital, après une visite à domicile.

3.5 Volet Compte rendu d'hospitalisation de l'ASIP Santé

L'ASIP Santé a publié un document *Volet compte rendu d'hospitalisation* dans un état « à finaliser », dans l'attente d'un groupe de travail de spécialistes métier (8).

L'ASIP Santé précise qu'il s'agit d'un document rassemblant les éléments le plus communément admis comme devant faire partie d'un compte rendu d'hospitalisation davantage que d'un document formel et définitif. En ce sens, il est destiné à être enrichi et complété en fonction des besoins des différentes catégories d'établissements et des différentes spécialités de services d'hospitalisation.

Ce volet fait partie de la couche « Contenu » du Cadre d'Interopérabilité des Systèmes d'Information de Santé. Il spécifie l'information et la structuration requises dans le cadre du projet de partage d'informations spécifiques sur les comptes rendus d'hospitalisation (CRH). Le modèle de document électronique spécifié est fondé sur la norme CDA R2.

Les spécifications cliniques de ce volet ont été définies à partir des recommandations de l'Anaes concernant le dossier du patient (3).

4. Analyse de la littérature

4.1 Méthode de recherche

- La recherche documentaire a été conduite dans la base de données Medline sur la période janvier 2003-juin 2013 en anglais et en français à partir des équations de recherche suivantes :

- ▶ 1/ *electronic discharge summary** Field: *Title/Abstract*
31 références ont été obtenues (23 retenues)

En limitant à ("*Meta-Analysis as Topic*"[Mesh] OR "*Meta-Analysis*"[Publication Type] OR "*Review Literature as Topic*"[Mesh] OR "*Meta Analysis*"[Title/Abstract] OR "*systematic Review*"[Title/Abstract] OR "*Literature review*"[Title/Abstract] OR "*Quantitative Review*"[Title/Abstract]) :

1 référence a été obtenue et retenue (Craig)

- ▶ 2/"*Medical Records Systems, Computerized*"[Majr] AND "*Patient Discharge*"[Majr]
81 références ont été obtenues (36 retenues)

En limitant à ("*Meta-Analysis as Topic*"[Mesh] OR "*Meta-Analysis*"[Publication Type] OR "*Review Literature as Topic*"[Mesh] OR "*Meta Analysis*"[Title/Abstract] OR "*systematic Review*"[Title/Abstract] OR "*Literature review*"[Title/Abstract] OR "*Quantitative Review*"[Title/Abstract]) :

2 références ont été obtenues et retenues (Craig, Motamedi)

Une première sélection des abstracts s'est faite sur les thèmes : contenu du *discharge summary*, attente et satisfaction des professionnels, compte rendu dicté ou rédigé vs *electronic discharge summary*, mise en œuvre.

- ▶ En complément la bibliographie des articles analysés a été exploitée de façon systématique.

Trois revues de la littérature répondaient aux questions posées : Kripalani *et al.* 2007, la revue de la littérature australienne sur *e-discharge* de 2010 (ACSQHC) et la revue de Motamedi (2011).

Une recherche incrémentale a été effectuée en s'appuyant sur les quatre études retenues par la revue australienne de 2010 (ACSQHC) pour déterminer les rubriques à retenir dans un *discharge summary* (Jansen [11 reviews], Alderton [7 reviews], Callen [17], Kripalani [69]), au total 89 références sans doublon et 38 abstracts retenus.

Au total 63 abstracts ont été retenus. Ensuite, les références citées dans les revues systématiques retenues n'ont pas été exploitées individuellement ni celles focalisées sur la réconciliation médicamenteuse ou les résultats en attente. Vingt-cinq *full text* ont été retenus et analysés.

- Une recherche dans la littérature grise a été faite afin d'identifier les recommandations ou revues de littérature élaborées par les sociétés savantes et/ou agences à l'international.

4.2 Problèmes observés avec les documents de sortie d'hospitalisation

La revue systématique de Kripalani *et al.* (9) (novembre 2006, 55 études d'observations relatives à la communication et au transfert d'information à la sortie de l'hôpital et 18 études contrôlées évaluant l'efficacité des interventions pour améliorer le transfert d'information) a montré qu'une communication directe entre les médecins hospitaliers et les médecins de soins de premier recours est peu fréquente (3 à 20 %), la disponibilité d'un résumé de sortie est peu fréquente lors de la première visite post-hospitalisation (12 à 34 %) et reste faible à 4 semaines (51 à 77 %), affectant la qualité des soins dans 25 % des cas approximativement et contribuant à la non-satisfaction du médecin de soins de premier recours. Le résumé de sortie est souvent incomplet avec

l'absence des résultats des examens (entre 33 et 63 % des cas), du traitement ou de l'évolution à l'hôpital (7 à 22 % des cas), du traitement de sortie (2 à 40 %), des résultats d'examens en attente (65 %), des conseils donnés au patient ou à sa famille (90 à 92 %), et du plan de suivi (2 à 43 %).

Les auteurs australiens d'une revue systématique de la littérature sur clinical handover (10) ont mis en évidence les situations de transfert/transition comportant des risques particulièrement élevés pour le patient dont le transfert d'un patient de l'hôpital à la ville. Les risques identifiés dans la littérature sont liés : aux faibles processus de sortie de l'hôpital vers la communauté du fait du changement d'équipe ; à la communication faible et aux différences dans la quantité/qualité d'information en fonction de la destination du patient ; à l'augmentation des erreurs médicales et des réhospitalisations.

À la demande de l'Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC), une revue de la littérature (non exhaustive, recherche Google et Medline depuis 1997 de la littérature en langue anglaise) a été entreprise par KPMG, dans le cadre du projet d'évaluation des comptes rendus de sortie (11).

- Un besoin de qualité dans les résumés de sortie : les auteurs retiennent que les problèmes clés identifiés avec les résumés de sortie incluent les délais de communication, l'inclusion d'informations imprécises et l'omission d'informations importantes. Ces problèmes peuvent être associés avec des événements indésirables pour les patients. Il y a des preuves bien documentées sur de tels événements liés aux erreurs médicamenteuses.
- Les caractéristiques de grande qualité des résumés de sortie sont les suivantes :
 - ils sont courts (< 2 pages) ;
 - ils contiennent des informations pertinentes (par ex. médicaments de sortie, suivi) ;
 - ils sont diffusés rapidement (au mieux dans la semaine).

Tsilimingras et al. (12) ont analysé les types d'effets indésirables une fois le patient sorti d'hospitalisation. Deux études nord-américaines² se sont intéressées spécifiquement aux types d'événements indésirables observés après la sortie survenant chez 19 % des patients dans la première étude et 23 % dans la seconde. Les événements indésirables étaient d'ordre médicamenteux dans respectivement 66 % et 72 % des cas, liés aux procédures (17 %, 7 %), infections nosocomiales (5 %, 11 %), erreurs thérapeutiques (16 %), ulcères de pression (7 %) et les chutes (4 %, 2 %). Les recommandations des auteurs à partir de la littérature pour améliorer la prise en charge après la sortie sont : amélioration de la transition, système d'information partagée, réconciliation médicamenteuse, suivi des résultats d'examens en attente, repérage systématique des patients avec des effets indésirables.

4.3 Contenu des documents de sortie d'hospitalisation

Bien que plus ancienne, nous avons retenu l'étude de van Walraven et Rokosh (13), car elle est très largement citée dans les publications. De plus, les auteurs ont réalisé un important travail sur la qualité des CR de sortie. Pour déterminer ce que les praticiens percevaient comme nécessaire pour des CR de sortie de haute qualité, les auteurs de cette étude ont fait passer un questionnaire en face à face à 50 hospitaliers (étudiants, *post graduate* et équipe médicale confirmée) et à 50 médecins de soins primaires entre mars et juin 1996. Les participants devaient indiquer le niveau de qualité auquel contribuait chacun des 56 items proposés sur une échelle de 15 catégories ordinales. Les résultats ont été transformés en échelle continue allant de -6.6 ("item rendant le CR sans utilité") en passant par 0 ("item n'avait aucun effet sur la qualité du résumé ") à 10 ("item est tellement essentiel que sans le CR est sans utilité").

Les auteurs ont défini un CR de sortie de qualité comme : un CR de sortie de haute qualité communique de façon efficace les informations nécessaires pour les soins à venir par un médecin de famille.

² Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, et al. 2003 ; Forster AJ, Clark HD, Menard A, et al. 2004.

Les éléments qui augmentaient le plus la qualité incluait (score [IC à 95 %]) :

- ▶ diagnostic de sortie (8.8 [8.4, 9.1]) ;
- ▶ diagnostic d'entrée (8.2; [7.7, 8.6]) ;
- ▶ médicaments de sortie (7.9 [7.4, 8.4]) ;
- ▶ problèmes médicaux actifs à la sortie (7.8 [7.4, 8.2]) ;
- ▶ résultats de laboratoires importants en attente (7,6 [7,1-8,0]) ;
- ▶ procédures (7.1 [6.7, 7.6]) ;
- ▶ complications à l'hôpital (7.1 [6.6, 7.5]) ;
- ▶ histoire de la maladie quand le diagnostic de sortie est incertain (7.0 [6.5, 7.5]) ;
- ▶ résultats de laboratoire normaux et anormaux pertinents (6.8 [6.3, 7.4]) ;
- ▶ problèmes médicaux ou sociaux en suspens à la sortie (6.7 [6.2, 7.2]) ;
- ▶ signes cliniques pertinents normaux et anormaux à l'examen clinique (6.6 [6.0, 7.2]) ;
- ▶ suivi (6.6 [6.0, 7.1]).

La qualité diminuait significativement quand la longueur du compte rendu excédait 2 pages et que le délai entre la sortie du patient et la réception du CR augmentait.

Selon la revue systématique de la littérature de Kripalani *et al.* (9) les médecins de soins primaires usuellement considéraient les informations suivantes comme les plus importantes pour permettre un suivi adapté³ :

- ▶ diagnostics principaux ;
- ▶ signes cliniques pertinents ;
- ▶ résultats des interventions et examens de laboratoire ;
- ▶ médicaments de sortie avec les raisons de tout changement par rapport aux médicaments antérieurs
- ▶ détail des arrangements faits pour le suivi ;
- ▶ information donnée au patient et à la famille ;
- ▶ résultats des examens en attente à la sortie ;
- ▶ besoins spécifiques de suivi.

En synthèse, Kripalani *et al.* suggèrent que pour améliorer la communication et le transfert d'information lors de la sortie d'hospitalisation entre les médecins hospitaliers et de ville :

- le jour de la sortie un document de synthèse devrait être adressé au médecin de soins primaires par e-mail, fax ou courrier postal ;
- si un compte rendu complet ne peut être envoyé le jour de la sortie, un document intermédiaire de sortie (*interim discharge note*) devrait être adressé et inclure au minimum :
 - ▶ les diagnostics,
 - ▶ les médicaments de sortie,
 - ▶ les résultats des interventions,
 - ▶ les besoins de suivi,
 - ▶ les résultats en attente ;
- le compte rendu de sortie devrait inclure les éléments suivants :
 - ▶ diagnostics principaux et secondaires,
 - ▶ histoire médicale et signes cliniques pertinents,
 - ▶ dates d'hospitalisation, traitements réalisés, résumé bref de l'évolution lors de l'hospitalisation,
 - ▶ résultats des interventions et des examens de laboratoire anormaux,
 - ▶ recommandations de tout avis spécialisé,
 - ▶ information donnée au patient et à la famille,

³ Bertrand D, Francois P, Bosson JL, *et al.* 1998; Adams DC, Bristol JB, Poskitt KR. 1993; Al-Rashed SA, Wright DJ, Roebuck N, *et al.* 2002; Bado W, Williams CJ. 1984; Balla JI, Jamieson WE. 1994; King MH, Barber SG. 1991; Meara JR, Wood JL, Wilson MA, Hart MC. 1992; Munday A, Kelly B, Forrester J, *et al.* 1997; Newton J, Eccles M, Hutchinson A. 1992; Pantilat SZ, Lindenauer PK, Katz PP, *et al.* 2001; Solomon JK, Maxwell RB, Hopkins AP. 1995; Stalhammar J, Holmberg L, Svardsudd K, *et al.* 1998; van Walraven C, Rokosh E. 1999; Wagstaff R, Berlin A, Stacy R, *et al.* 1994; Harding J. 1987;

- ▶ état du patient ou statut fonctionnel à la sortie,
- ▶ ordonnance médicamenteuse de sortie réconciliée avec les raisons pour tout changement et les indications pour les nouveaux médicaments,
- ▶ détail des arrangements faits pour le suivi,
- ▶ besoins de suivi spécifiques dont les rendez-vous et les interventions à programmer et les résultats d'examens en attente à la sortie,
- ▶ nom et coordonnées de contact du médecin hospitalier responsable.

Les comptes rendus d'hospitalisation devraient être structurés avec des rubriques pour organiser et mettre en valeur l'information la plus pertinente pour le suivi et pour assurer que tous les thèmes essentiels sont renseignés.

Dans la mesure du possible, les hôpitaux devraient utiliser les technologies de l'information pour extraire l'information dans les comptes rendus de sortie pour assurer l'exactitude (noms et doses des médicaments) et faciliter la réalisation rapide des comptes rendus.

Si possible, les patients devraient avoir une copie du compte rendu ou du courrier pour l'apporter lors des consultations de suivi.

L'American College of Physicians (ACP), la Society of Hospital Medicine (SHM), la Society of General Internal Medicine (SGIM), l'American Geriatric Society (AGS), l'American College of Emergency Physicians (ACEP) et la Society for Academic Emergency Medicine (SAEM) ont développé des standards pour répondre à l'insuffisance de qualité lors de la transition entre l'hôpital et la ville (14) dans le cadre d'une conférence de consensus *Transitions of Care Consensus Conference (TOCCC)*.

Ils proposent huit standards : coordination des cliniciens, plan de soins/dossier de transition, infrastructure de communication, formats standard de communication, responsabilité lors de la transition, délai minimum, *guideline* national sur la transition des soins, mesure.

Concernant le plan de soins/dossier de transition, le TOCCC a proposé un set minimal d'éléments qui devraient toujours faire partie du dossier de transition et faire partie de toute mise en œuvre initiale de ces standards. Cette liste comprend :

- ▶ diagnostic principal et liste des problèmes ;
- ▶ liste des médicaments (réconciliation) dont ceux autoprescrits et à base de plantes, et les allergies et interactions médicamenteuses ;
- ▶ identifier clairement les médecins assurant la coordination entre l'hôpital et la ville ;
- ▶ statut cognitif du patient ;
- ▶ résultats des examens et résultats en attente.

Le TOCCC recommande que les éléments additionnels suivants soient inclus dans un dossier de transition idéal :

- ▶ plan d'urgence et personne à contacter avec ses coordonnées ;
- ▶ plan de diagnostic et de traitement ;
- ▶ pronostic et objectif des soins ;
- ▶ directives avancées, procuration et consentement ;
- ▶ interventions planifiées, équipement médical durable, soins des plaies, etc. ;
- ▶ évaluation du statut des aidants ;
- ▶ les patients et/ou leur(s) famille/aidants doivent recevoir, comprendre et être encouragés à participer au développement de leur dossier de transition qui devrait prendre en compte la capacité de compréhension du patient, la couverture assurantielle, et être adapté à la culture.

La revue de la littérature entreprise dans le cadre du projet d'évaluation des comptes rendus de sortie pour l'ACSQHC (11) a mis en évidence que plusieurs auteurs ont identifié une série de rubriques qui devraient être incluses dans le résumé de sortie. Les auteurs de cette revue soulignent

que toutes les rubriques ne sont pas identifiées par tous les auteurs comme critiques. Parmi les rubriques le plus souvent identifiées comme nécessaires⁴ figurent :

- diagnostic principal précis et diagnostics secondaires pertinents ;
- signes cliniques et résultats de laboratoires ;
- investigations ;
- interventions ;
- complications et allergies médicamenteuses ;
- arrangements hospitaliers pour le suivi ;
- élément médical et/ou social nécessitant un suivi ;
- médicaments de sortie ;
- dates d'admission et de sortie.

Le National Quality Forum (NQF) (15) publie depuis plusieurs années un document *Safe Practices for Better Healthcare*. La dernière mise à jour de 2010 contient 34 *Safe practices*. La *Safe practice* 15 porte sur les *discharge systems*. Cette section fait des recommandations sur les politiques et procédures de sortie, le plan de sortie et le *discharge summary*. Selon cette *Safe practice* le *discharge summary* doit être fourni au professionnel de santé ambulatoire qui accepte de prendre en charge le patient après la sortie de l'hôpital. Au minimum, le *discharge summary* devrait inclure :

- la raison de l'hospitalisation ;
- les découvertes significatives ;
- les procédures réalisées ainsi que les soins, les traitements et les services apportés au patient ;
- la situation du patient à la sortie ;
- les informations données au patient et à sa famille ;
- une liste complète et réconciliée des médicaments ;
- une liste des problèmes médicaux aigus, des tests et examens pour lesquels les résultats confirmés ne sont pas disponibles au moment de la sortie et nécessitent un suivi.

Cette *Safe practice* précise que la structure devrait s'assurer et documenter la réception du *discharge summary* par les professionnels de santé qui assument la responsabilité des soins après la sortie. Cette confirmation peut se faire par téléphone, fax, e-mail, ou tout autre système électronique.

Parmi les *Standards* de la **Joint Commission International** pour l'accréditation des hôpitaux dans sa 4^e édition en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011 (16) un chapitre est consacré à l'accès aux soins et à la continuité des soins. Ce chapitre comprend cinq sections : Admission dans l'établissement, Continuité des soins, Sortie orientation du patient et suivi, Transfert des patients et Transport.

La section « Sortie, orientation du patient et suivi » ACC.3 comprend notamment le *Standard* ACC.3.2.1 : la feuille médico-administrative (*discharge summary*) des patients hospitalisés est complète.

Ce standard précise que la feuille médico-administrative indique les éléments suivants :

- motif de l'admission, diagnostics et comorbidités ;
- observation physique et autres conclusions importantes ;
- procédures thérapeutiques et diagnostiques effectuées ;
- médicaments importants, y compris les médicaments prescrits au moment de la décharge (c'est-à-dire les médicaments à prendre lors du retour du patient à son domicile) ;
- l'état du patient au moment de la décharge ;
- instructions de suivi.

⁴ Jansen J, Grant I (2003) ; Alderton M, Callen J (2007) ; Callen J, Alderton M, McIntosh J (2008) ; Kripalani S, LeFevre F, Phillips C (2007).

L'IHE (*Integrating the Healthcare Enterprise*) *Patient Care Coordination Technical Framework* (17) a élaboré un modèle de document de sortie d'hospitalisation interopérable. Le contenu métier (les éléments cliniques à inclure) a été identifié par des médecins et des infirmières. Ce contenu métier a été traduit selon les spécifications techniques données par *HL7 Care Record Summary Implementation Guide, and HL7 CDA Release 2.0*.

Le contenu métier correspond aux éléments suivant :

- *Date of Admission*
- *Date of Discharge*
- *Participating Providers and Roles*
- *Discharge Disposition (who, how, where)*
- *Admitting Diagnosis*
- *History of Present Illness*
- *Hospital Course*
- *Discharge Diagnosis (including active and resolved problems)*
- *Selected Medicine Administered during Hospitalization*
- *Discharge Medications*
- *Allergies and adverse reactions*
- *Discharge Diet*
- *Review of Systems*
- *Vital Signs (most recent, high/low/average)*
- *Functional Status*
- *Relevant Diagnostic Tests and Reports (including links)*
- *Relevant Procedures and Reports (including links)*
- *Plan of Care*
- *Administrative Identifiers*
- *Pertinent Insurance Information*

La dernière version du *The SIGN discharge document* a été publiée en juin 2012 (18). Le SIGN avait déjà publié en 1996 et en 2003 des recommandations sur le contenu du document de sortie à remettre le jour de la sortie. Cette nouvelle version de 2012 prend en compte l'échange et le partage de données par voie électronique et insiste sur la réconciliation médicamenteuse avec trois têtes de chapitre différentes : *Stopped medicines on discharge, New medicines on discharge et Continuing medicines on discharge*.

Les têtes de chapitre sont :

- *Hospital*
- *Patient ID*
- *GP ID*
- *Consultant ID*
- *Ward/Department*
- *Contact*
- *Date of admission*
- *Date of discharge*
- *Date of death*
- *Primary discharge diagnosis*
- *Secondary discharge diagnosis/es*
- *Presenting complaint*
- *Mode of admission*
- *Source of referral*
- *Significant operations/procedures*
- *Clinical progress*
- *Results awaited*
- *Investigations pending*

- ▶ Allergies
- ▶ Stopped medicines on discharge
- ▶ New medicines on discharge
- ▶ Continuing medicines on discharge
- ▶ Follow up arrangements
- ▶ Copy to community pharmacy
- ▶ Copy to patient
- ▶ Copy to carer/relative
- ▶ Extended discharge document to follow
- ▶ Other information
- ▶ Consultant sign-off and comment
- ▶ Signature and name and position

Le Health and Social Care Information Centre et l'Academy of Medical Royal Colleges ont publié en juillet 2013 un document *Standards for the clinical structure and content of patient records*

(19). Ce document décrit les standards pour la structure et le contenu des dossiers des patients dont les lettres de demande d'avis hospitalier, la communication lors des transitions à l'hôpital, les comptes rendus de sortie et les lettres pour les consultations externes. Ils ont été développés en utilisant les preuves publiées et les avis des médecins, patients, infirmiers et autres professionnels de santé.

Concernant le compte rendu de sortie d'hospitalisation, ce document propose les rubriques standard pour les informations cliniques qui devraient être dans le dossier de sortie et incluses dans le compte rendu de sortie pour la communication de l'hôpital au MG et au patient.

Il est précisé que toutes les rubriques n'ont pas à être utilisées dans toutes les situations et que l'ordre dans lequel elles apparaissent est à définir par les acteurs.

Les têtes de chapitre de ce document sont :

- ▶ GP practice
- ▶ Referral details
- ▶ Patient demographics
- ▶ Social context
- ▶ Special requirements (*preferred language, interpreter required, advocate required, transport required, etc.*)
- ▶ Participation in research
- ▶ Admission details
- ▶ Discharge details
- ▶ Clinical details (*reason for admission*)
- ▶ Diagnoses
- ▶ Procedures
- ▶ Clinical summary
- ▶ Assessment scales
- ▶ Legal information
- ▶ Safety alerts
- ▶ Medications and medical devices
- ▶ Allergies and adverse reaction
- ▶ Investigations and procedures requested
- ▶ Patient and carer concerns
- ▶ Information given
- ▶ Plan and requested Actions
- ▶ Person completing record
- ▶ Distribution List

On notera la présence de têtes de chapitre classiquement non citées :

- Contexte social avec trois items : composition du ménage, vit seul, histoire professionnelle
- Exigences spécifiques, qui comprend langue préférée, besoin d'un interprète, etc.
- Participation à une étude de recherche

- Échelles d'évaluation (par ex. NYHA, ADL, fonctions cognitives, etc.)
- Informations légales avec consentement pour le traitement, évaluation capacité mentale, procuration, décisions avancées pour le traitement, don d'organes, consentement pour les enfants, consentement pour partage d'information.

En juillet 2013, *The Health Information and Quality Authority (HIQA)* irlandais a publié un document décrivant le *National Standard for Patient Discharge Summary Information* (26). Il est précisé que l'ensemble des données de ce document devrait permettre de donner une image complète du séjour hospitalier, cependant sans être trop détaillé afin de ne pas retarder l'envoi du document de sortie le jour de la sortie. Ce document a été développé à partir de ce qui existait dans d'autres pays et la consultation des parties prenantes. Il comprend les têtes de chapitre suivantes :

- ▶ *Patient details*
- ▶ *Primary care healthcare professional details*
- ▶ *Admission and discharge details*
- ▶ *Clinical narrative (hospital course during the inpatient stay)*
- ▶ *Medication details*
- ▶ *Future management*
- ▶ *Person(s) completing discharge summary*

Pour chaque item des têtes de chapitre, il est précisé s'il est obligatoire, obligatoire si disponible ou optionnel.

4.4 Document de sortie rédigé à la main/dicté vs électronique

4.4.1 Format structuré vs non structuré

L'étude de van Walraven et Rokosh (13) a montré qu'un format structuré de CR améliorait la qualité plus qu'un format narratif ou de type lettre (5,1 [4,6 - 5,6] vs 1,2 [0,7 - 1,7]).

La revue de Kripalani et al. (9) a montré que l'utilisation de formats standardisés pour mettre en avant l'information la plus pertinente améliorait la qualité perçue des documents⁵.

Les auteurs de la revue de la littérature entreprise dans le cadre du projet d'évaluation des comptes rendus de sortie pour l'ACSQHC (11) concluent qu'il y a des preuves limitées démontrant les avantages de modèles de documents structurés dans le cadre de la sortie⁶ :

- ▶ il y a des preuves que, quand ils sont convenablement utilisés, les modèles de documents structurés ont le potentiel d'améliorer la complétude, la structure et le contenu d'informations dans les CR de sortie ;
- ▶ les cliniciens préfèrent recevoir des CR de sortie structurés sous une série de rubriques, plutôt qu'un récit peu structuré.

Pour Craig et al. (2007) (20) (*Peer reviewed journal articles* (n = 67) and *non-peer reviewed literature* (n = 32) *published internationally between 1992 and 2006*) la standardisation est un des cinq points clés mis en avant par la littérature en matière de développement et d'introduction des comptes rendus électroniques (avec les bénéfices des CR électroniques, la satisfaction et les préférences des MG, la sécurité et la vie privée et les barrières à la mise en œuvre). Craig et al. indiquent qu'un certain nombre d'études⁷ ont défendu la nécessité de développer des sets de données minimales pour le recueil et la transmission des informations entre l'hôpital et la ville. De

⁵ Archbold RA, Laji K, Suliman A, et al. 1998; van Walraven C, Duke SM, Weinberg AL, et al. 1998 ; Rao P, Andrei A, Fried A, et al. 2005.

⁶ Rao P, Andrei A, Fried A, et al. (2005) ; Helleso R. (2006) ; Naidu N, Rajavelu P, Rajagopalan A. (2008). Quin D, Moulden A, Fraser S, et al. (2009).

⁷ Pagliari, Gilmour & Sullivan 2004 ; Cheah et al. 2005 ; General Practice Divisions, Victoria (1999).

plus, la littérature insiste sur l'utilisation de gabarits pour renseigner les CR de sortie, des gabarits qui facilitent la standardisation et la cohérence. Les gabarits améliorent l'acceptation par les utilisateurs des CR électroniques en leur faisant gagner du temps lors de la réalisation⁸. Pour les lecteurs des CR électroniques, un format structuré avec des en-têtes facilite la lecture⁹. Les gabarits utilisés dans le cadre du plan de sortie ont le potentiel d'améliorer la qualité du CR de sortie et d'assurer qu'il inclut un ensemble de données minimal conforme aux attentes des médecins généralistes¹⁰. La qualité d'un CR de sortie est augmentée et sa longueur raccourcie avec l'utilisation d'un gabarit.

4.4.2 Document de sortie électronique vs dicté ou manuel

Les auteurs de la revue de la littérature entreprise dans le cadre du projet d'évaluation des comptes rendus de sortie pour l'ACSQHC (11) concernant les comptes rendus de sortie électroniques précisent que le terme « *electronic discharge* » dans la littérature est appliqué à différentes configurations. Par exemple :

- logiciel de CR de sortie ajouté à un SI existant (système d'*e-prescription* par ex.), et l'information est transférée électroniquement entre le système existant et le logiciel de CR de sortie ;
- le CR de sortie est généré électroniquement mais transféré « manuellement » (faxé ou posté) aux médecins de soins primaires ;
- certaines données sont renseignées automatiquement dans le CR électronique alors que d'autres sont saisies manuellement à partir d'une source externe.

Les auteurs concluent que les CR de sortie électroniques :

– *ont un effet positif*¹¹

Les avantages des CR de sortie électroniques incluraient l'amélioration du délai, de la lisibilité et du contenu (complétude) des CR de sortie.

Des études ont montré que les systèmes de CR de sortie électroniques étaient acceptables pour les médecins généralistes et une façon effective de transmettre des informations aux structures de soins primaires. La réception des informations de sortie par voie électronique est, cependant, nouvelle et les médecins généralistes pourraient avoir besoin de certains ajustements pour s'habituer au nouveau système.

– *ne font pas de différence en termes de qualité*¹²

Quelques études ne révèlent aucune différence entre des CR rédigés à la main et des CR de sortie électroniques par rapport à la sécurité et à la qualité.

La façon dont sont conçus les CR de sortie électroniques semble avoir un effet sur la qualité globale des résumés. Par exemple, il y a toujours des erreurs possibles lorsque les informations sont renseignées manuellement dans le CR électronique au moment de la sortie.

– *peuvent avoir des effets négatifs*¹³

Un certain nombre d'études ont identifié des effets négatifs associés aux CR de sortie électroniques comme des erreurs ou des omissions.

La recherche indique aussi les préoccupations d'un certain nombre de MG recevant des CR électroniques de sortie. Ces préoccupations concernent le caractère de suffisance du contenu dans le CR, la confidentialité et la sécurité des informations ainsi que le caractère familier avec l'équipement informatique.

⁸ Tran et Cohen (2003).

⁹ Tattersall *et al.* (2002)

¹⁰ Van Walraven & Rokosh 1999 ; Rao *et al.* 2005.

¹¹ Peninsula Health (2007) ; Alderton M, Callen J. (2007) ; van Walraven C, Rokosh E. (1999) ; Chen Y, Brennan N, Magrabi F. (2010).

¹² Graumlich J, Novotny N, Nace G, *et al.* (2009). Callen J, McIntosh J, Li J. (2009).

¹³ Callen J, Alderton M, McIntosh J. (2008) ; Jansen J, Grant I. (2003).

La revue systématique de Motamedi et al. (21) (recherche jusqu'en novembre 2010 ; 12 études dont 8 ECR et 4 études quasi expérimentales) a cherché à évaluer l'efficacité des comptes rendus électroniques par rapport aux comptes rendus dictés ou rédigés à la main. Ces CR de sortie électroniques étaient :

- ▶ soit générés automatiquement à partir d'une base de données ;
- ▶ soit transmis de façon électronique ;
- ▶ soit correspondaient à une plate-forme Web accessible aux différents acteurs.

Les résultats ont montré que la mortalité et les taux de réadmissions à l'hôpital ou aux urgences dans les 6 mois semblaient similaires quel que soit le type de compte rendu. Il y a peu d'éléments sur l'impact des événements indésirables après la sortie puisque seulement deux études ont utilisé ce critère.

Les résultats intermédiaires ont davantage été étudiés :

- **Délai** : sur 8 études, 5 ont montré que les comptes rendus du groupe intervention (CR électroniques) étaient générés significativement de façon plus efficiente et transmis de façon plus rapide (dans les 48 h). Une étude¹⁴ a observé que les comptes rendus créés à partir d'une base de données étaient préparés plus rapidement et plus facilement et réduisaient la charge de travail par rapport à des CR dictés.
Une étude¹⁵ n'a pas mis en évidence de différence en termes de temps.
Dans une étude les médecins considéraient que les comptes rendus électroniques exigeaient davantage d'efforts pour être élaborés¹⁶.
- **Exactitude, qualité, complétude** : 2/2 études¹⁷ analysant l'exactitude ont montré que les comptes rendus étaient plus exacts ou avaient le même nombre d'erreurs.
Trois études sur cinq qui ont évalué la complétude ont montré des améliorations significatives dans le groupe intervention (CR électronique) spécifiquement en regard de la lisibilité, la globalité et la brièveté et de l'inclusion plus fréquente des informations sur les diagnostics, les médicaments, le suivi planifié, les tests en attente et les informations données au patient.
Une étude n'a pas mis en évidence de différence en termes de qualité¹⁸.
Une étude¹⁹ avait des résultats mitigés et indiquait que les comptes rendus électroniques avaient significativement un nombre plus élevés d'erreurs et/ou omissions par rapport aux CR rédigés manuellement en ce qui concerne la date de sortie, les diagnostics secondaires, le suivi et les traitements de sortie ; un petit nombre de médecins étaient responsables de 76 % de ces erreurs.
- **Satisfaction** : 8 études²⁰ ont analysé la satisfaction des patients et/ou des médecins. Parmi toutes les populations, la satisfaction avec les CR du groupe intervention était la même ou plus grande qu'avec les CR traditionnels.

Kripalani et al. (9) recommandent que dans la mesure du possible les hôpitaux utilisent les technologies de l'information pour extraire l'information dans les *discharge summaries* afin de s'assurer de l'exactitude (par exemple nom et doses des médicaments) et de faciliter le renseignement rapide des compte rendus.

¹⁴ van Walraven C, Laupacis A, Seth R, et al. (1999).

¹⁵ Maslove DM, Leiter RE, Griesman J, et al. (2009).

¹⁶ Graumlich JF, Novotny NL, Nace GS, et al. (2009).

¹⁷ Callen JL, Alderton M, McIntosh J. (2008) & Callen J, McIntosh J, Li J. (2010) ; Branger PJ, van der Wouden JC, Schudel BR, et al. (1992).

¹⁸ Maslove DM, Leiter RE, Griesman J, et al. (2009)

¹⁹ Callen JL, Alderton M, McIntosh J. (2008) & Callen J, McIntosh J, Li J. (2010).

²⁰ Afilalo M, Lang E, Leger R, et al. (2007) & Lang E, Afilalo M, Vandal AC, et al. (2006) ; Graumlich JF, Novotny NL, Stephen Nace G, et al. (2009) & Graumlich JF, Novotny NL, Nace GS, et al. (2009) ; Maslove DM, Leiter RE, Griesman J, et al. (2009) ; Garcia-Aymerich J, Hernandez C, Alonso A, et al. (2007) ; Gray JE, Safran C, Davis RB, et al. (2000) ; van Walraven C, Laupacis A, Seth R, et al. (1999).

4.5 Délai d'envoi : compte rendu de sortie vs courrier de sortie

L'analyse de la littérature de Kripalani *et al.* (9) (2007) a montré que les formats les plus classiques pour communiquer les informations relatives à l'hospitalisation étaient les *discharge summaries* (dictés par le médecin puis saisis par le secrétariat) et les *discharge letters* (habituellement des narrations écrites à la main mais quelquefois structurées ou saisies, alors appelées *interim summaries*). Les *discharge letters*, qui sont souvent remises par le patient ou postées le jour de la sortie, arrivaient plus rapidement au médecin de soins primaires que les comptes rendus dictés puis saisis. Ainsi, une semaine après la sortie 53 % (30 à 94 %) (médiane) des lettres étaient arrivées contre 14,5 % (9 à 20 %) des comptes rendus.

Dans ces suggestions, Kripalani *et al.* recommandent d'utiliser autant que possible les technologies de l'information et que, si un *discharge summary* complet ne peut être envoyé le jour de la sortie, une *interim discharge note* soit envoyée (par e-mail, fax ou courrier) comprenant au minimum :

- ▶ les diagnostics ;
- ▶ les médicaments de sortie ;
- ▶ les résultats des interventions ;
- ▶ les besoins de suivi ;
- ▶ les résultats en attente.

Le **WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions** (*The Joint commission, Joint commission international and WHO*) (22) a publié en 2007 un aide-mémoire intitulé *Communication during Patient Hand-overs*. Parmi les quatre actions suggérées, l'une recommande de : s'assurer que les organisations de soins mettent en œuvre des systèmes qui assurent – au moment de la sortie de l'hôpital – que le patient et le prochain professionnel qui prendra en charge le patient ont reçu les informations clés concernant les diagnostics de sortie, le plan de traitements, les médicaments et les résultats des examens complémentaires.

Le **SIGN** précise que le ***discharge document* (18)** proposé est un seul modèle de document de sortie, avec une version courte/centrale (*core format*) et une version longue (*extended format*).

La version courte/centrale du document de sortie, qui remplace le *Immediate discharge document* des versions antérieures, doit être produite pour tous les patients le jour de la sortie.

Lorsque le séjour hospitalier du patient est court, sans complication et qu'il n'y a pas de résultats en attente, la version courte/centrale du document de sortie sera le seul document de sortie.

Pour les situations plus complexes où davantage d'informations détaillées sur le séjour hospitalier ou les rendez-vous de suivi sont nécessaires, ou encore des résultats d'examens sont en attente, une version longue du document devra être complétée. Elle se fera par enrichissement de la version courte/centrale conservée dans le SI hospitalier.

La version longue devrait être envoyée dans les 7 jours suivant la sortie pour assurer que le généraliste a toutes les informations nécessaires pour la suite de la prise en charge du patient. Dans les situations où des informations importantes comme des résultats d'examens ne sont pas disponibles dans les 7 jours, la diffusion du document long peut être retardée jusqu'à réception des informations mais le délai ne devrait pas dépasser 14 jours.

Dans ***Electronic Discharge Summary Systems Self-Evaluation Toolkit*** de l'ACSQHC (23), une des mesures de qualité et de sécurité proposées est la proportion de *e-discharge summaries* envoyés dans les 48 heures de la sortie du patient. Il est précisé que bien que le délai de 48 heures doive être classiquement utilisé pour cette mesure, on ne devrait pas le considérer comme point de référence, particulièrement pour des patients à haut risque avec des situations complexes ou des comorbidités qui doivent être vus dans les 48 heures par leur médecin généraliste.

4.6 Implémentation des documents de sortie électroniques

Les auteurs de la revue de la littérature entreprise dans le cadre du projet d'évaluation des comptes rendus de sortie pour l'ACSQHC (11) (ACSQHC July 2010) concernant l'implémentation des CR de sortie électroniques concluent qu'il y a un certain nombre de barrières potentielles à la mise en œuvre de CR de sortie électroniques. La gestion du changement est une considération clé dans la mise en œuvre des CR de sortie électroniques. Une assistance et un engagement organisationnel adapté, avec une formation tant pour les cliniciens envoyant le compte rendu de sortie électronique que ceux qui le reçoivent, sont essentiels²¹.

Pour Craig et al. (2007) (20) (Peer reviewed journal articles (n = 67) and non-peer reviewed literature (n = 32) published internationally between 1992 and 2006) le problème le plus important et le plus constant soulevé dans la littérature relatif à l'implémentation des CR de sortie électroniques concerne le processus de changement et l'importance de gérer avec attention et de façon stratégique l'introduction d'une nouvelle technologie. Plusieurs auteurs²² suggèrent que la réussite des initiatives d'intégration ville-hôpital repose sur : un leadership clinique pour encourager l'acceptation, l'implication des parties prenantes et l'engagement des médecins généralistes, une communication régulière dont des réunions et des visites sur les sites de références, un plan de projet bien développé, une meilleure valorisation des CR de sortie et des changements dans le comportement et les croyances autour du processus de sortie. Un environnement de soutien, une approche coordonnée, une gestion et un leadership effectifs sont tous des facteurs critiques pour l'implémentation réussie des CR électroniques.

Bischoff et al. (2013) (24) ont conduit un projet d'amélioration de qualité sur un an portant sur les comptes rendus de sortie électroniques et impliquant des résidents de médecine dans un centre médical universitaire à San Francisco.

Les résidents, en tant que principale partie prenante, ont été invités à participer à toutes les étapes du projet. Deux résidents ont pris un rôle de leadership. Tous les résidents qui ont participé avaient des retours sur les progrès deux fois par semaine. Lors de sessions mensuelles les résidents leaders formaient leurs collègues résidents sur les meilleures pratiques pour la transition des soins. Une session d'une demi-journée sur les meilleures pratiques d'élaboration des comptes rendus de sortie était obligatoire.

Un modèle de compte rendu de sortie électronique a été créé avec la collaboration des résidents champions. Il contenait du texte libre et des champs remplis *via* le dossier médical pour documenter tous les éléments recommandés du CR de sortie dont la modification du traitement, le statut fonctionnel, le plan de suivi, les tests en attente et les conseils de sortie pour les patients. Aucun champ n'était obligatoire.

Le projet a été testé 3 mois et modifié suite au retour de cette phase pilote.

Les données sur les délais des CR étaient analysées deux fois par semaine avec retour auprès des résidents.

Le *Medical Center* a offert une incitation financière de 300 \$ à chaque résident si l'objectif global de 75 % de CR complétés le jour de la sortie était atteint à la fin de l'année d'expérimentation par équipe.

Les résultats ont montré qu'avec la mise en œuvre du programme, le délai moyen entre la sortie du patient et la réalisation du CR est passé 3,5 à 0,61 jours ($p < 0,001$). Le pourcentage de CR achevés le jour de la sortie est passé de 38 % à 83 % ($p < 0,001$) et cette amélioration a persisté pendant 6 mois après la fin du projet. Le pourcentage des résumés qui ont inclus tous les éléments recommandés est passé de 5 % à 88 % ($p < 0,001$).

Les médecins de soins primaires ont rapporté une probabilité inférieure de CR de sortie indisponibles au moment du suivi du malade en consultation externe (38 % à 4 %, $p < 0,001$). Les

²¹ Quin D, Moulden A, Fraser S, *et al.* (2009) ; Peninsula Health (2007) ; Silvester B, Carr S. (2009) ; Porteous J, Stewart-Wynne E, Connolly M, *et al.* (2009) ; Callen J, Alderton M, McIntosh J. (2008) ; Schabetsberger T, Ammenwerth E, Andreatta *et al.* (2006) ; Pillai A, Thomas S, Garg M. (2004).

²² Reponen *et al.* 2004 ; Jones & Rodda (2005) ; Smith *et al.* (2005) ; Scheeringa *et al.* (2003) ; Laurence *et al.* (2004).

résidents ont rapporté que les changements du système, plus que la motivation financière, ont compté pour le changement de leur comportement.

L'ACSQHC a publié un guide *Electronic Discharge Summary Systems Self-Evaluation Toolkit (23)*.

Ce document détaille pour les services médicaux des orientations par rapport à certaines des activités essentielles devant être entreprises et des questions à considérer avant la mise en œuvre d'un système de CR de sortie électronique.

La mise en œuvre d'un système de CR de sortie électronique (e-CR) est complexe et exige une étude globale de mise en œuvre préalable.

Planification de pré-mise en œuvre d'un système de e-CR	
Établir la gouvernance du projet	<p>Comité de gouvernance du projet de e-CR :</p> <ul style="list-style-type: none"> · assurer la surveillance des points critiques · passer en revue et répondre aux risques du projet et approuver les stratégies de réduction de risque · assurer la surveillance et approuver le budget du projet <p>Equipe projet de e-CR :</p> <ul style="list-style-type: none"> - entreprendre tous les aspects de la planification pour la mise en œuvre du système - puis entreprendre la mise en œuvre elle-même - si nécessaire, l'équipe de projet peut réunir des groupes de travail sur des tâches spécifiques (par exemple pour conduire les tests d'acceptation des utilisateurs) - rapports réguliers au comité de gouvernance
Considérer le contexte actuel	<p>Un certain nombre de facteurs associés au contexte local des projets ont été identifiés comme important dans l'influence de la facilitation et du succès de la mise en œuvre de systèmes. Une série de questions permettent de sérier le contexte local.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Décrire l'environnement local et le contexte d'exploitation - Définir l'état final désiré - Evaluer la préparation au changement/la conduite du changement à planifier
Identifier et engager les acteurs*	<p>Il est important de s'assurer que ceux qui seront impactés par le système proposé reçoivent des informations appropriées et régulières sur le projet et aient l'occasion d'apporter des idées dans les diverses activités du projet. La littérature met en évidence que le soutien et l'engagement de l'organisation, aussi bien que le plein engagement des acteurs, est essentiel pour la mise en œuvre et la durabilité des changements.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compléter une matrice d'engagement des parties prenantes* - Identifier qui, comment et quand engager des cliniciens
Établir les paramètres du projet	Déterminer les domaines cliniques retenus
Identifier les bénéfices et les risques du projet	<p>Les exemples de risque</p> <ul style="list-style-type: none"> · conséquences fortuites conduisant à des menaces de sécurité des patients (e-CR incomplets, prescriptions

	<p>médicamenteuses non à jour)</p> <ul style="list-style-type: none"> · appropriation inadéquate par les utilisateurs aboutissant à la résistance pour changer les pratiques de travail ou le retour aux pratiques précédentes · formation des utilisateurs insuffisante et assistance aux utilisateurs insuffisante · insuffisance de l'examen de pré-mise en œuvre de l'impact du système sur les processus de travail existants des utilisateurs (incluant la non-compréhension du temps qu'il faut pour compléter l'e-CR avec le nouveau système) - menant à la résistance au changement · manque de sponsoring au niveau exécutif · manque de champions cliniques pour soutenir et conduire la mise en œuvre · insuffisances des ressources d'équipe de projet (par exemple équipe trop petite ou sous-qualifiée) · interactions inadéquates entre le système e-CR et les autres systèmes comme résultats de biologie, radio, prescriptions médicamenteuses · augmentation des erreurs de transcription médicamenteuse
Considérer les modifications de pratiques des utilisateurs finaux	<p>Il est essentiel que les questions de <i>workflow</i> soient identifiées tôt, avant la mise en œuvre. La formation est une clé du succès de n'importe quel changement de pratique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conduire une cartographie du processus de <i>workflow</i> pour les utilisateurs finaux - Considérer les changements pré et post e-CR (basé sur UAT) - Plan de formation
Sélectionner le système	
Étudier les interactions du système	<ul style="list-style-type: none"> - Avec les autres systèmes de l'hôpital (système administratif, biologie, prescription, etc.) - Avec les systèmes des MG <p>Il n'y a aucune correction simple pour ces préoccupations d'interaction entre systèmes. Chaque système hospitalier et cabinet de MG fourniront un environnement différent d'exploitation et constitueront des défis uniques. La recommandation essentielle pour des équipes de projet d'ED est qu'elles devraient :</p> <ul style="list-style-type: none"> · travailler avec les éditeurs de logiciels et le personnel informatique hospitalier pour identifier précocement les questions et rationaliser les processus quand cela est possible · considérer les effets de <i>workflow</i> sur les utilisateurs qui auront de probables problèmes d'interactions et identifier les solutions · assurer que les tests globaux se fassent avec les logiciels utilisés par les MG précocement dans la phase de pré-mise en œuvre · répartir et prioriser le temps du projet pour aborder ces questions avant la mise en œuvre
Tester le système et les processus	<p>Tester des scénarios cliniques dans les domaines cliniques retenus Conduire des tests d'acceptation des utilisateurs en interne</p>

	et en externe
Mesurer l'impact du système de e-CR	Établir les mesures de base de la pré-mise en œuvre Identifier les avantages, les risques et les questions potentiels

* Exemple de parties prenantes clés pour la mise en place d'un système d'e-discharge

le personnel médical hospitalier, aussi bien les seniors que les juniors
les cadres hospitaliers
le staff hospitalier des systèmes d'information
la cellule qualité et sécurité
les médecins généralistes de liaison hospitaliers (*Hospital GP liaison*)
les départements locaux de médecine générale
l'unité des dossiers médicaux
les médecins généralistes et les autres professionnels de santé de soins primaires
les représentants des staffs des structures de médecine générale dont les infirmières praticiennes
les représentants des patients
les soins de nursing
les professionnels de santé associés dont les pharmaciens
les secrétariats des services
le personnel administratif

Destinataires des documents de sortie électronique. Classiquement, il s'agit du patient et du médecin généraliste ou professionnel de santé qui prend en charge le patient à la sortie (tableau annexe 2). Cependant, dès lors que le document de sortie est sous un format électronique et qu'il peut être échangé et partagé par voie électronique, les destinataires peuvent être plus nombreux.

Ainsi, le cahier des charges PAERPA (7) recommande que le compte rendu d'hospitalisation soit transmis à l'équipe de ville (médecin traitant s'il est connu et disponible) au moment de la sortie.

Le SIGN précise que le *SIGN discharge document* (18) est pertinent pour tout le staff hospitalier médical et infirmier et les autres professionnels de santé associés, les médecins généralistes, les infirmières, les pharmaciens et les services d'urgences.

La *National E-Health Transition Authority* (NEHTA) (25) dans sa plaquette de présentation du *e-discharge summary* indique qu'un *e-discharge summary* diffusé électroniquement et de façon sécurisée dans un format standardisé supportera la continuité des soins des patients lorsqu'ils sortent de l'hôpital en fournissant aux professionnels de santé de soins primaires (*community healthcare providers*) des informations précises et à jour.

5. Conclusion et propositions

Un CR de sortie d'hospitalisation de haute qualité doit communiquer de façon efficiente les informations nécessaires pour les soins à prodiguer au patient après sa sortie de l'hôpital.

5.1 Résumé de l'analyse de la littérature et de l'existant

5.1.1 Les constats

- Les principaux problèmes identifiés avec les documents de sortie sont liés :
 - aux délais de communication : les professionnels qui assurent le suivi en ville n'ont pas les informations relatives à l'hospitalisation lors de la première visite/consultation post-hospitalisation ;
 - à l'inclusion d'informations imprécises ;
 - à l'omission d'informations importantes
 - ces problèmes peuvent être associés à des événements indésirables pour les patients.

Ces éléments sont confirmés en France par l'indicateur IPAQSS.

- Deux thèmes sont souvent traités dans la littérature relative aux documents de sortie car ils sont la source d'événements indésirables s'ils sont insuffisamment considérés :
 - la réconciliation médicamenteuse ;
 - le suivi des résultats d'examens en attente.

5.1.2 Les caractéristiques attendues

Les caractéristiques attachées à la qualité d'un document de sortie sont décrites ci-après.

- Taille : document court (< 2 pages).
- Contenu : informations pertinentes pour assurer la continuité des soins par le professionnel qui prendra en charge le patient en ville. La littérature décrit quatre ou cinq informations clés à faire figurer systématiquement dans les documents de sortie (diagnostic de sortie, médicaments de sortie, plan de suivi, résultats d'examens en attente) que l'on retrouve dans les différents modèles structurés des documents de sortie internationaux.
- Forme : document structuré en sections/rubriques. L'avis des professionnels de ville est à prendre en compte pour déterminer ces sections/rubriques afin de répondre à leurs attentes.
- Destinataires : classiquement le patient et son médecin traitant. Mais plusieurs sources évoquent le professionnel qui prendra en charge le patient en ville, voire les professionnels de santé de ville (équipe de soins de santé primaires).
- Délai : document diffusé rapidement, l'objectif étant que le médecin qui prend en charge le patient en ville dispose du compte rendu de sortie lors de la première consultation/visite qui suit la sortie d'hospitalisation. Classiquement, un document est remis/diffusé le jour de la sortie, et si ce document n'est pas le compte rendu de sortie complet ce dernier est à adresser dans les 4, 7 ou 8 jours selon les études ou les pays.
- *Discharge summary vs discharge letter* : avant l'utilisation de systèmes d'information, les formats les plus classiques pour communiquer les informations relatives à l'hospitalisation étaient les *discharge letters* (habituellement des narrations écrites à la main) souvent remises par le patient ou postées le jour de la sortie au médecin traitant et les *discharge summaries* (classiquement dictés par le médecin puis saisis par le secrétariat) qui arrivaient chez le médecin plus tard. Avec le développement de l'informatisation, ces notions sont remplacées par des modèles de documents électroniques dont au moins une partie, si ce n'est le document complet, peut être envoyée le jour de la sortie avec la remise d'une copie au patient.

5.1.3 Les conditions de réussite

- Les formats électroniques ont montré qu'ils peuvent améliorer la lisibilité, les délais et la complétude du contenu mais à certaines conditions :
 - pas de ressaisies des données déjà existantes ;
 - préparation du document de sortie au fur et à mesure, avant la sortie ;
 - maîtrise par les utilisateurs finaux de la nouvelle fonctionnalité (formation).

5.1.4 Les conditions de mise en œuvre

Au-delà de l'aspect technique, le contexte dans lequel s'inscrit le document de sortie est à prendre en compte.

► Organisation de la transition hôpital-ville

Les documents de sortie sont une des composantes de la transition hôpital-ville et doivent être combinés avec les autres actions à mettre en œuvre aux trois étapes de la transition : pendant l'hospitalisation, au moment de la sortie et après la sortie. Cette organisation est détaillée dans la fiche points clés et solutions de la HAS : [Comment éviter les réhospitalisations évitables des personnes âgées ?](#)

► Mise en œuvre de la version électronique

Pour bénéficier de la valeur ajoutée d'un format électronique et éviter les erreurs potentielles liées à l'utilisation de cet outil, cela implique un changement dans l'organisation des équipes avec la prise en compte de tous les professionnels/métiers qui seront impactés par cet outil pour éviter les freins, les blocages et les erreurs (du professionnel qui dictait ou saisissait le compte rendu une fois le patient sorti de l'hôpital en passant par le secrétariat qui saisissait les CR dictés au professionnel de ville qui recevra une version électronique).

La littérature montre l'importance de l'accompagnement des équipes lors de l'implémentation des documents de sortie électroniques : conduite du changement, leadership, implication de tous les acteurs (hospitaliers et de ville), formation à l'utilisation de l'outil.

5.2 Propositions HAS

5.2.1 Schéma cible

Compte tenu des éléments ci-dessus, la HAS fait les propositions suivantes.

- En termes de contenu : déterminer, à partir des modèles internationaux et de l'existant/réglementation en France, les rubriques pouvant figurer dans un document de sortie parmi lesquelles :
 - un nombre minimal de rubriques seraient « *obligatoires* » :
 - car indispensables à la continuité et à la qualité des soins,
 - ces rubriques devraient faire partie du document de sortie remis le jour de la sortie ;
 - les autres rubriques seraient « *optionnelles* » :
 - au niveau local (territoire de santé), les acteurs hospitaliers et de ville choisiraient les rubriques à ajouter dans le document de sortie dans le cadre de leur environnement, en fonction de leurs objectifs/attentes.
- En termes de formats : privilégier le format électronique. Pour cela, il sera demandé à l'ASIP Santé d'élaborer les spécifications techniques.
- En termes de délais : demander la remise d'un document de sortie sous format électronique à J0. Ce document devra être remis au patient et mis à disposition de l'équipe de ville.

- En termes de statut : prévoir qu'il s'agit d'une version intermédiaire du CR d'hospitalisation si la version complète n'est pas disponible le jour de la sortie. Par exemple, lorsque le séjour hospitalier du patient est court, sans complication et qu'il n'y a pas de résultats en attente, la version du document remis le jour de la sortie devrait être le seul document de sortie. Pour les situations plus complexes où davantage d'informations détaillées sur le séjour hospitalier ou les rendez-vous de suivi sont nécessaires, ou encore des résultats d'examens sont en attente, une version longue du document devra être complétée. Elle se fera par enrichissement de la version courte conservée dans le SI hospitalier.
- En termes d'accompagnement : élaborer, à partir de l'analyse de la littérature, un document court relatif aux étapes facilitant une mise en œuvre réussie d'un document de sortie électronique. Par ailleurs, l'organisation de la transition entre l'hôpital et le domicile dont fait partie le document de sortie fait déjà l'objet d'une fiche points clés et solution (1).
- En termes d'indicateurs : modifier l'indicateur IPAQSS HAS « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » lié à la certification des établissements de santé afin d'inciter à la remise le jour de la sortie d'un document de sortie. Cette modification porterait, dans un premier temps, sur le calcul de cet indicateur à J0 et, dans un deuxième temps, sur un nouveau critère correspondant à la remise d'un document conforme aux spécifications de la HAS et de l'ASIP à J0 (cf. document proposé par C Grenier).

5.2.2 Méthode de travail

► Détermination du contenu métier

Modalités : réunir un groupe des parties prenantes pour :

- valider le schéma cible ;
- à partir de l'analyse de la littérature et en s'appuyant sur les tableaux de synthèse :
 - sélectionner les 4/5 informations clés devant figurer dans tout document de sortie et ce dès le jour de la sortie,
 - déterminer les autres informations qui peuvent figurer dans un document de sortie en France, car pertinentes dans différents contextes français. Ces informations correspondront aux sections/rubriques du modèle électronique « exhaustif ». Elles devront être suffisamment nombreuses pour qu'au niveau local les acteurs hospitaliers et de ville, qui ajusteront ce modèle pour répondre à leurs objectifs/attentes, puissent y trouver les rubriques qu'ils souhaitent.

Les parties-prenantes qui seront sollicitées sont :

- Fédérations hospitalières
- FSM, CMG, FFMPs
- Conférences nationales des présidents de CME
- Représentant DIM
- SFPC
- Précollège pharmaciens, Collège Sage-femme, Précollège infirmiers, Collège de la Masso-Kinésithérapie
- Représentants Urgentistes (SFMU, SAMU)
- Représentants usagers
- FORAP, DGOS, DSSIS, ATIH, ASIP santé

Calendrier : la première réunion du groupe des parties prenantes sera fixée après validation par le Collège de ce document.

► Spécifications techniques du document

ASIP Santé : dès lors que les rubriques/sections à inclure dans le document de base exhaustif auront été déterminées, l'ASIP Santé pourra engager le travail de spécifications techniques.

► **Rédaction de recommandations pour la mise en place d'un document de sortie électronique**

Modalités : ces recommandations seront élaborées selon la méthode des fiches points clés et solutions avec une analyse de la littérature et la sollicitation d'experts.

Groupe de travail : une dizaine d'experts proposés par les parties prenantes.

Calendrier : 2014.

6. Synthèse du contenu

Les sources utilisées

Source	Pays	Contexte	Référence
Contenu du résumé d'unité médical (RUM in PMSI)	France	T2A	Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. Bulletin officiel N° 2013/6 bis Fascicule spécial; 2013.
Structuration CR sortie HAS 2003	France	Recommandations	Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Juin 2003. Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu – réglementation et recommandations (3)
Volet CR hospitalisation ASIP Santé	France	Version électronique	Cadre d'interopérabilité des SIS – Couche Contenu – Volet Compte rendu d'Hospitalisation (CRH) CI-SIS_CONTENTU_VOLET CR_HOSPITALISATION_V1.3.0.0.Docx 25/10/2012 (8)
Certification HAS indicateur IPAQSS	France	Certification	Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » (5)
Cahier des charges PAERPA	France	Cahier des charges	Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Janvier 2013 Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA (7)
van Walraven 1999	Canada	Littérature enquête	van Walraven C, Rokosh E. What is necessary for high-quality discharge summaries? <i>Am J Med Qual.</i> 1999 Jul-Aug;14(4):160-9. (13)
Kripalani 2007	États-Unis	Revue de la littérature	Kripalani S, LeFevre F, <i>et al.</i> Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. <i>JAMA</i> 2007;297(8): 831-41. (9)
e-Discharge Literature Scan ACSQHC Australie 2010	Australie	Revue de la littérature	ACSQHC (July 2010). e-Discharge Literature Scan. Sydney: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (11)
TOCCC 2009	États-Unis	Recommandations	Snow V, Beck D, <i>et al.</i> Transitions of Care Consensus Policy Statement American College of Physicians-Society of General Internal Medicine-Society of Hospital Medicine-American Geriatrics Society-American College of Emergency Physicians-Society of Academic Emergency Medicine. <i>J Gen Intern Med</i> 2009;24(8): 971-6. (14)
The National Quality Forum NQF, Safe Practice 15, 2010	États-Unis	Recommandations	National Quality Forum (NQF). <i>Safe Practices for Better Healthcare–2010 Update: A Consensus Report.</i> Washington, DC: NQF; 2010. (15)
Standards Joint Commission International ACC.3.2.1	États-Unis	Accréditation	Joint Commission International. Standards Joint Commission International pour l'accréditation des hôpitaux. 4 ^e édition. Manuel en vigueur à partir du 1 ^{er} janvier 2011. États-Unis: Joint Commission International; 2010.(16)
Discharge Summary Specification IHE PCC 2011	États-Unis	Version électronique interopérable	IHE Patient Care Coordination Technical Framework, Volume 2 (PCC TF-2): Transactions and Content Profiles. Rev. 7.0 Final Text 2011-09-09. (17)
eDischarge summary NEHTA Australie 2012	Australie	Version électronique interopérable	eDischarge summary. NEHTA http://www.nehta.gov.au/our-work/edischarge may 2012. (25)
The SIGN discharge document June 2012	Écosse	Version électronique interopérable	Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). The SIGN discharge document. Edinburgh: SIGN; 2012. (SIGN publication no. 128). [June 2012]. (18)
AoMRC– HSCIC July 2013	Royaume-Uni	Version électronique interopérable	Health and Social Care Information Centre, Academy of Medical Royal Colleges. <i>Standards for the clinical structure and content of patient records.</i> London: HSCIC, 2013. (19)
HIQA July 2013	Irlande	Version électronique interopérable	Health Information and Quality Authority . National Standard for Patient Discharge Summary Information. July 2013. Irlande (26)

6.1 Renseignements administratifs

Sources	Coordonnées du MG	Identification du patient	Date d'entrée et de sortie d'hospitalisation	Intervenants participant à la prise en charge et leur rôle	Lieu de contact	Mode d'entrée
Contenu du résumé d'unité médical (RUM du PMSI)						
Structuration CR sortie -HAS 2003						
Volet CR hospitalisation ASIP Santé						
Indicateur IPAQSS						
Cahier des charges PAERPA						
van Walraven 1999						
Suggestions Kripalani 2007 <i>Interim discharge note</i>						
Kripalani analyse de la littérature						
Suggestion Kripalani 2007 CR						
e-Discharge Literature Scan ACSQHC Australie 2010						
TOCCC 2009						
The National Quality Forum NQF, Safe Practice 15						
Standards Joint Commission International						
Discharge summary specification IHE PCC						
eDischarge NEHTA Australie						
The SIGN discharge document June 2012						
AoMRC – HSCIC July 2013						
HIQA Ireland July 2013						

Sources	Coordonnées du MG	Identification du patient	Date d'entrée et de sortie d'hospitalisation	Intervenants participant à la prise en charge et leur rôle	Lieu de contact	Mode d'entrée
Contenu du résumé d'unité médical (RUM du PMSI)		>Date de naissance >Sexe >Code postal de résidence	>Dates d'entrée et de sortie		>Numéro administratif local de séjour et numéro de RSS >Numéro FINESS >Numéro de l'unité médicale d'hospit	>Mode d'entrée et provenance >Nombre de séances
Structuration CR sortie -HAS 2003		Identification du patient	Date d'entrée et de sortie d'hospit		Lieu du contact	Mode d'entrée
ASIP CDA2 section composite		En-tête	En-tête		En-tête	En-tête
ASIP CDA niveau 3						
Indicateur IPAQSS	Identité du médecin destinataire		Référence aux dates du séjour			
Cahier des charges PAERPA						
van Walraven 1999						
Suggestions Kripalani 2007 <i>Interim discharge note</i>						
Kripalani analyse de la littérature						
Suggestion Kripalani 2007 CR			Dates d'hospitalisation			
e-Discharge Literature Scan ACSQHC Australie 2010			• Dates of admission and discharge			
TOCCC						
The National Quality Forum NQF, Safe Practice 15						
Standards Joint Commission International						
IHE PCC (4) HL7 care record summary_CDA release2.0		En-tête	En-tête	En-tête		
IHE PCC : data elements (définis par les PS)		>Administrative Identifiers >Pertinent Insurance Information	>Date of Admission >Date of Discharge	>Participating Providers and Roles		
IHE PCC : CDA required (R), required if known (R2), optional (O)						

Sources	Coordonnées du MG	Identification du patient	Date d'entrée et de sortie d'hospitalisation	Intervenants participant à la prise en charge et leur rôle	Lieu de contact	Mode d'entrée
eDischarge NEHTA Australie						
The SIGN discharge document June 2012 ITEM	GP ID	Patient ID	Date of admission – Date of discharge – Date of death	Consultant ID (<i>responsable du patient au moment de la sortie</i>)	Hospital – Ward/ Department – Contact	Mode of admission – Source of referral
FIELDS (<i>en ital item sou-haitable pour la forme extensive</i>)	>forename >surname >GP practice (code) >address >postcode > <i>other GP name</i>	>CHI number > <i>title</i> >forename* > <i>alternative forename</i> >surname* >address* >postcode* >date of birth*		>forename >surname >specialty >contact details	>name – >text – >tel number	>Elective/emergency/transfer – >GP/self-referral/ambulance service/out-of-hours service/other hospital/NHS24/ other (please specify)
Academy of Medical Royal Colleges (AoMRC) – Health & Social Care Information Centre UK Discharge record headings July 2013	GP practice	Patient demographics	Admission details – Discharge details		Admission details	Admission details – Referral details
Subheading	>GP name >GP practice details >GP practice identifier	>Patient (P) Name >Date of birth >P sex >Gender >Ethnicity >NHS Number other identifier >P address >P tel number(s), >P email > communication preference > relevant contacts	>Date of admission >Time of admission – >Date of discharge >Time of discharge		>Patient location	>Method of admission >Source of admission – >Referrer details
HIQA Ireland July 2013	Primary care healthcare professional details	Patients details	Admission and discharge details		Admission and discharge details	Admission and discharge details

Sources	Coordonnées du MG	Identification du patient	Date d'entrée et de sortie d'hospitalisation	Intervenants participant à la prise en charge et leur rôle	Lieu de contact	Mode d'entrée
Subheadings	>Forname_O >Surname_O >address_O	> Forename_O > Surname_O > Address_O > Date of birth_O > Gender_O >Health Identifier_O > Discharge destination address_Opt	>Date of Admission_O >Date of Discharge_O <i>si applicable</i> >Patient died_O <i>si applicable</i> >Date of death_O <i>si applicable</i> >Post-mortem flag_O <i>si applicable</i>		>Hospital site_O	>Source of Referral_O >Method of Admission_O >Discharge method_O <i>si applicable</i>

6.2 Renseignements cliniques

Sources	Motif du contact <i>hospital admitting diagnosis section</i>	Histoire de la maladie <i>history of present illness section</i>	Antécédents	Mode de vie	Allergies <i>adverse and other adverse reaction section</i>	Examen clinique & statut fonctionnel	Résultats biologiques	Résultats des examens complémentaires	Procédures <i>Hospital Studies Summary Section</i>	Traitements médicamenteux	Évolution dans le service <i>Hospital Course Section</i>
RUM (PMSI)											
Structuration CR sortie HAS 2003											
CR hospit ASIP Sante											
Indicateur IPAQSS											
Cahier des charges PAERPA											
van Walraven 1999											
Suggestions Kripalani <i>interim discharge note</i>											
Kripalani analyse littérature											
suggestion Kripalani CR											
e-Discharge literture Scan Australie											
TOCCC											
The National Quality Forum N											
Standards Joint Commission International											
IHE PCC											
eDischarge summary NEHTA											
The SIGN discharge document											
AoMRC – HSCIC UK											

Sources	Motif du contact <i>hospital admitting diagnosis section</i>	Histoire de la maladie <i>history of present illness section</i>	Antécédents	Mode de vie	Allergies <i>adverse and other adverse reaction section</i>	Examen clinique & statut fonctionnel	Résultats biologiques	Résultats des examens complémentaires	Procédures <i>Hospital Studies Summary Section</i>	Traitements médicamenteux	Évolution dans le service <i>Hospital Course Section</i>
HIQA Ireland 2013											

Sources	Motif du contact <i>hospital admitting diagnosis section</i>	Histoire de la maladie <i>history of present illness section</i>	Antécédents	Mode de vie	Allergies <i>adverse and other adverse reaction section</i>	Examen clinique & statut fonctionnel	Résultats biologiques	Résultats des examens complémentaires	Procédures <i>Hospital Studies Summary Section</i>	Traitements médicamenteux	Evolution dans le service <i>Hospital Course Section</i>
	primary reason for admission to a hospital facility.	sequence of events preceding the patient's current complaints.			substance intolerances and the associated adverse reactions suffered by the patient.				relevant diagnostic procedures the patient received during the hospital admission.		sequence of events from admission to discharge in a hospital facility.
RUM (du PMSI)		Âge gestationnel de la mère et du nouveau-né, date des dernières règles de la mère				Poids à l'entrée dans l'unité médicale pour le nouveau-né			>Actes médicaux techniques réalisés au cours du séjour		
Structuration CR sortie HAS 2003	Motif du contact	Histoire de la maladie	Antécédents du patient	Mode de vie		Examen clinique	Résultats biologiques significatifs	Résultats des examens complémentaires		Traitements réalisés, y compris les transfusions	Evolution dans le service et discussion

Sources	Motif du contact <i>hospital admitting diagnosis section</i>	Histoire de la maladie <i>history of present illness section</i>	Antécédents	Mode de vie	Allergies <i>adverse and other adverse reaction section</i>	Examen clinique & statut fonctionnel	Résultats biologiques	Résultats des examens complémentaires	Procédures <i>Hospital Studies Summary Section</i>	Traitements médicamenteux	Evolution dans le service <i>Hospital Course Section</i>
ASIP CDA2 section composite	Conditions d'admission	Conditions d'admission	Antécédents	Mode de vie, facteurs de risques	Mode de vie, facteurs de risques	Examen physique	Résumés des examens biologiques (texte)	Examens complémentaires (texte)		Résumé de l'hospitalisation	Résumé de l'hospitalisation
ASIP CDA niveau 3	Motif d'hospitalisation <i>(Hospital Admission Diagnosis)</i>	>Histoire de la Maladie (texte) <i>(History of Present Illness)</i> >Traitement initial <i>(Admission Medication History)</i>	>ATCD Médicaux <i>(History of Past Illness)</i> >Pathologie active <i>(Active Problems)</i> >ATCD chirurgicaux >ATCD familiaux	>Habitus, mode de vie (texte) >Histoire consommation tabagique >Consommation alcool et /ou drogues >Facteurs de risque (texte)	Allergies et intolérances	Examen physique (avec sous-sections par appareil) <i>(Physical Exam)</i>	>Examens complémentaires (co-codés) <i>(Coded Hospital Studies Summary)</i>	Examens complémentaires (codés) <i>(Coded Hospital Studies Summary)</i>		>Médicaments prescrits <i>(Medications Administered)</i> >Histoire transfusionnelle	>Évolution de la maladie (texte) <i>(Hospital Course)</i> >Résultats d'examens (codés) <i>(Coded Results)</i>
Indicateur IPAQSS											
Cahier des charges PAERPA	Motif d'hospit						Constantes de sortie (cliniques /biologiques)			Traitements stoppés et motif(s) d'arrêt	Points à signaler sur déroulement de l'hospit (ayant une incidence à la sortie)
van Walraven 1999	Diagnostic d'admission : 8,2	Histoire maladie : 6,6 ; histoire maladie qd dg incertain : 7 ; histoire maladie qd dg certain: 5,1	Tous les ATCDs médicaux et chirurgicaux : 1,6 ; histoire avant l'hospitalisation limitée aux pbs	Histoire sociale : 1,7 ; histoire sociale seulement si pertinente par rapport au pb de l'admis-	Allergies médicamenteuses avec le type de réaction : 4,9 ; allergies médicamenteuses	Examen clinique complet : 1,1 ; seulement les signes anormaux de l'examen clinique : 4,7 ; les signes normaux	Résultats normaux et anormaux d'examens de laboratoire perti-	Copie des CR d'examens d'imagerie envoyés avec le CR : 3,4 ; copie des seuls résultats perti-	Résultats de toutes les investigations hospitalières normales et anormales : 2,7 ; les seuls	Médicaments avant l'admission: toutes les info :5 ; seulement les noms : 1 >> Tous les	Complications : 7,1

Sources	Motif du contact <i>hospital admitting diagnosis section</i>	Histoire de la maladie <i>history of present illness section</i>	Antécédents	Mode de vie	Allergies <i>adverse and other adverse reaction section</i>	Examen clinique & statut fonctionnel	Résultats biologiques	Résultats des examens complémentaires	Procédures <i>Hospital Studies Summary Section</i>	Traitements médicamenteux	Evolution dans le service <i>Hospital Course Section</i>
			actifs : 4,1	sion : 4,6	sans spécification des réactions : 1,5	et anormaux de l'examen clinique pertinents par rapport à la plainte : 6,6	nents : 6,8	nents dans le CR : 5	résultats anormaux des investig. Hospit : 3,8 ; résultats pertinents normaux et anormaux investig. par rapport à la plainte : 6,8 >procédures : 7,1	traitements donnés à l'hôp. : 4 ; seulement les traitements qui ont réussis : 1,9	
Suggestions Kripalani 2007 interim discharge note	Diagnoses								Results of procedures		
Kripalani analyse littérature	Main diagnosis,					Pertinent physical findings	Results laboratory tests		Results of procedures		
Suggestion Kripalani 2007	Diagnos-tics principaux et secondaires	Histoire médicale				Signes cliniques pertinents	Abnormal laboratory test results		Results of procedures	Treatment provided	Brief hospital course
e-Discharge literature Scan Australie (5)	Accurate primary diagnosis and relevant secondary diagnoses				Complications, adverse reactions and drug allergies	Physical examination findings	Laboratory results	Investigations	Procedures		

Sources	Motif du contact <i>hospital admitting diagnosis section</i>	Histoire de la maladie <i>history of present illness section</i>	Antécédents	Mode de vie	Allergies <i>adverse and other adverse reaction section</i>	Examen clinique & statut fonctionnel	Résultats biologiques	Résultats des examens complémentaires	Procédures <i>Hospital Studies Summary Section</i>	Traitements médicamenteux	Evolution dans le service <i>Hospital Course Section</i>
TOCCC	Principe diagnosis and problem list				Allergies and drug interactions	Patient's cognitive status		Test results			
The National Quality Forum NQF, in its Safe Practice 15, 2010	Reason for hospitalization							Significant findings			Procedures performed and care, treatment, and services provided to the patient
Standards Joint Commission International	Motif de l'admission, diagnostics et comorbidités					Observation physique et autres conclusions importantes			Procédures thérapeutiques et diagnostics effectuées	Médicaments importants, y compris les médicaments prescrits au moment de la décharge (c'est-à-dire les médicaments à prendre lors du retour du patient à son domicile)	
IHE PCC (4) HL7 care record summary_CDA release2.0	Conditions _HOSPITAL ADMISSION DX	History of Present Illness _HISTORY OF PRESENT ILLNESS			Allergies and Adverse Reactions _HISTORY OF ALLERGIES	> Review of Systems _REVIEW OF SYSTEMS >11.Physical Exam _VITAL SIGNS >Functional Status _HISTORY OF FUNCTIONAL STATUS		Studies and Reports_ HOSPITAL DISCHARGE STUDIES	Studies and Reports _HOSPITAL DISCHARGE STUDIES	Medications _HISTORY OF MEDICATION USE	Hospital Course _HOSPITAL COURSE

Sources	Motif du contact <i>hospital admitting diagnosis section</i>	Histoire de la maladie <i>history of present illness section</i>	Antécédents	Mode de vie	Allergies <i>adverse and other adverse reaction section</i>	Examen clinique & statut fonctionnel	Résultats biologiques	Résultats des examens complémentaires	Procédures <i>Hospital Studies Summary Section</i>	Traitements médicamenteux	Evolution dans le service <i>Hospital Course Section</i>
IHE PCC (4) data elements (définis par les PS)	2.Admitting Diagnosis	3.History of Present Illness			8.Allergies and adverse reactions	>10.Review of Systems >11.Vital Signs (most recent, high/low/average) >12.Functional Status		14.Relevant Diagnostic Tests and Reports (including links)	13.Relevant Procedures and Reports (including links)	6.Selected Medicine Administered during Hospitalization	4.Hospital Course
IHE PCC (4) CDA	Hospital Admission Diagnosis Section	History of Present Illness Section Admission Medication History Section			Allergies and Other Adverse Reactions Section	>10.Review of Systems Section >Vital Signs Section >Functional Status Section		Hospital Studies Summary Section	Medications Administered Section	Hospital Course Section	
required (R), required if known (R2), optional (O)	R	R2			R	>10.O >11.O >12.O		O	R2	R	
eDischarge summary NEHTA Australie	Diagnosis: Why was the patient admitted to hospital?				Allergies and adverse reactions			Diagnostic investigations: What tests were performed?	Clinical interventions: What procedures were performed?	Ceased medications	
The SIGN discharge document june 2012		Presenting complaint			Allergies			Significant operations/procedures	Stopped medicines on discharge	Clinical progress	
ITEM FIELDS		>Text description			> Y/N/Undetermined >If 'Yes' specify			> Text description >dates of operation	>Name of medicine (generic where)	>Text description >investigations >complications	

Sources	Motif du contact <i>hospital admitting diagnosis section</i>	Histoire de la maladie <i>history of present illness section</i>	Antécédents	Mode de vie	Allergies <i>adverse and other adverse reaction section</i>	Examen clinique & statut fonctionnel	Résultats biologiques	Résultats des examens complémentaires	Procédures <i>Hospital Studies Summary Section</i>	Traitements médicamenteux	Evolution dans le service <i>Hospital Course Section</i>
					(text)				tions/ proce- dures >code(s)	possible) >formu- lation >strengt h of prepara- tion >current dose >route of admin- istration >fre- quency >reason for stopping (text)	tions >code(s) >other relevant information
AoMRC – HSCI UK Discharge record headings	Clinical details – Diagnoses				Allergies and adverse reaction				Procedur es	Medica- tions and medical devices	Clinical summary
Subheading	> Reason for admission – >Diagnosis (<i>Confirmed diagnosis; active diagnosis being treated. Include the stage of the disease where relevant.</i>)				>Causa- tive agents >descrip- tion of the reaction > Proba- bility of recur- rence > date first exper- ienced				>Proced ure >Compli cations related to procedur e >Specific anaesthe sia issues	>Medicati on (M) name >M form >Route >Dose >M frequency >Addition al instructio ns >Do not discontin ue warnin >Reason for M >M recomme ndations >M change >Reason for M change >Medical devices	>Clinical summary >investiga- tions re- sults
HIQA Ire-	Clinical				Clinical	Clinical		Clinical	Clinical	Clinical	Clinical

Sources	Motif du contact <i>hospital admitting diagnosis section</i>	Histoire de la maladie <i>history of present illness section</i>	Antécédents	Mode de vie	Allergies <i>adverse and other adverse reaction section</i>	Examen clinique & statut fonctionnel	Résultats biologiques	Résultats des examens complémentaires	Procédures <i>Hospital Studies Summary Section</i>	Traitements médicamenteux	Evolution dans le service <i>Hospital Course Section</i>
land 2013	narrative				narrative	narrative		narrative	narrative	narrative – Medication details	narrative
	Diagnoses O-SiA				>Allergies O-SiA >Adverse events O-SiA	>Functional state O-SiA		>Relevant investigations and results O-SiA	>Operations and procedures O-SiA	>Relevant treatments and changes made in treatments O-SiA >Diet O-SiA – >Medications stopped or withheld _O	>Hospital Course O-SiA

6.3 Sortie de la structure de soins

Source	Mode de sortie (destination du patient), date et l'heure de sortie // Moyen de transport & accomp	Liste des éléments remis au patient	Conclusion sous forme synthèse** <i>Discharge diagnostic section</i>	Traitement de sortie <i>Hospital Discharge Medications Section</i>	Suite à donner (surveillance à instituer, reconvocation, etc.) <i>Care plan section</i>	Coordonnées du rédacteur du CR	Liste de diffusion
RUM (in PMSI)							
Structuration CR sortie HAS 2003							
ASIP CDA2 section composite							
Indicateur IPAQSS							
Cahier des charges PAERPA							
van Walraven 1999							
Suggestions Kripalani <i>Interim discharge note</i>							
Kripalani analyse de la littérature							
Suggestion Kripalani CR							
e-Discharge literature scan Austr.							
TOCCC							
The National Quality Forum NQF							
Standards Joint Commission International							
IHE PCC							
NEHTA Australie							
The SIGN discharge document							
AoMRC– HSCI UK							
HIQA 2013							

Source	Mode de sortie (destination du patient), date et l'heure de sortie // Moyen de transport & accomp	Liste des éléments remis au patient	Conclusion sous forme synthèse** <i>Discharge diagnostic section</i>	Traitement de sortie <i>Hospital Discharge Medications Section</i>	Suite à donner (surveillance à instituer, reconvocation, etc.) <i>Care plan section</i>	Coordonnées du rédacteur du CR	Liste de diffusion
			Conditions that need to be monitored after discharge from the hospital and those that were resolved during the hospital course.	The medications requested (ordered) to be administered to the patient after discharge from the hospital.	The expectations for care including proposals, goals, and order requests for monitoring, tracking, or improving the condition of the patient.		
RUM (du PMSI)	Mode de sortie et destination		Diagnostics : diagnostic principal, diagnostic relié, diagnostics associés				
Structuration CR sortie HAS 2003(1)	Mode de sortie (destination du patient), y compris la date et l'heure de sortie // moyen de transport et accompagnement éventuel	Liste des éléments remis au patient	Conclusion sous forme de synthèse** (= RUM)	Traitement de sortie	Suite à donner (surveillance à instituer, reconvocation, etc.)		
ASIP CDA2 section composite	En-tête		Conclusion sous forme de synthèse	Décisions thérapeutiques	Décisions thérapeutiques		
ASIP CDA niveau 3			Conclusion sous forme de synthèse (<i>Discharge Diagnosis</i>)	Traitement de sortie (<i>Hospital Discharge Medications</i>)	Plan de soins (<i>Care Plan</i>) Régime de sortie (<i>Discharge Diet</i>)		
Indicateur IPAQSS			Synthèse du séjour	Trace écrite du ttt de sortie			
Cahier des charges PAERPA (3)			Situation du patient à la sortie : patho	Situation du patient à la sortie : traitement en cours	Situation du patient à la sortie : critères de suivi Les préconisations d'aide et de soins asso-		

Source	Mode de sortie (destination du patient), date et l'heure de sortie // Moyen de transport & accomp	Liste des éléments remis au patient	Conclusion sous forme synthèse** <i>Discharge diagnostic section</i>	Traitement de sortie <i>Hospital Discharge Medications Section</i>	Suite à donner (surveillance à instituer, reconvocation, etc.) <i>Care plan section</i>	Coordonnées du rédacteur du CR	Liste de diffusion
					ciés		
van Walraven 1999 (10)		Pronostic du patient : 5,8 ; pronostic du patient et s'il a été communiqué au patient : 6,3	>>Diagnostic de sortie : 8,8 ; >> Problèmes médicaux actifs à la sortie : 7,8	Médicaments de sortie (nom, dose, fréquence, durée) : 7,9 ; médicaments de sortie limité à ceux modifiés par rapport à l'entrée : 3,4 ;	>> Suivi médical organisé (RDV et examens) : 6,6 ; suivi médical organisé en spécifiant les consultants et les dates des RDV : 6,2 >> Tous les résultats de laboratoire en attente : 4,5 ; résultats importants de laboratoire en attente : 7,6 ; >> Problèmes en suspens à la sortie : 6,7		
Suggestions Kripalani 2007 <i>Interim discharge note</i>				Discharge medications	> Follow-up needs > pending test results.		
Kripalani analyse de la littérature		Information given to the patient and family		Discharge medications with reasons for any changes to the previous medication regimen	> Details of follow-up arrangements made > test results pending at discharge, > specific follow-up needs		

Source	Mode de sortie (destination du patient), date et l'heure de sortie // Moyen de transport & accomp	Liste des éléments remis au patient	Conclusion sous forme synthèse** <i>Discharge diagnostic section</i>	Traitement de sortie <i>Hospital Discharge Medications Section</i>	Suite à donner (surveillance à instituer, reconvocation, etc.) <i>Care plan section</i>	Coordonnées du rédacteur du CR	Liste de diffusion
Suggestion Kripalani CR 2007		Information given to the patient and family	The patient's condition or functional status at discharge	Reconciled discharge medication regimen, with reasons for any changes and indications for newly prescribed medications	> Recommendations of any subspecialty consultants > Details of follow-up arrangements made > Specific follow-up needs, including appointments or procedures to be scheduled, and tests pending at discharge	Name and contact information of the responsible hospital physician	
e-Discharge literature scan Australia				Discharge medications	>Hospital follow up arrangements >Medical and/or including social issues requiring follow up		
TOCCC		Patients and/or their family/caregivers must receive, understand and be encouraged to participate in the development of their transition record which should take into consideration the patient's health literacy, insurance status and be culturally sensitive.// Assessment of caregiver status		Medication list (reconciliation) including over the counter/ herbals	Pending results // Emergency plan and contact number and person // Treatment and diagnostic plan // Prognosis and goals of care // Advance directives, power of attorney, consent // Planned interventions, durable medical equipment, wound care, etc. //		Clearly identifies the medical home, transferring coordinating physician, institution and their contact information

Source	Mode de sortie (destination du patient), date et l'heure de sortie // Moyen de transport & accomp	Liste des éléments remis au patient	Conclusion sous forme synthèse** <i>Discharge diagnostic section</i>	Traitement de sortie <i>Hospital Discharge Medications Section</i>	Suite à donner (surveillance à instituer, reconvocation, etc.) <i>Care plan section</i>	Coordonnées du rédacteur du CR	Liste de diffusion
The National Quality Forum NQF, in its Safe Practice 15, 2010		Information provided to the patient and family	The patient's condition at discharge	A comprehensive and reconciled medication list	A list of acute medical issues, tests, and studies for which confirmed results were unavailable at the time of discharge and that require follow-up		
Standards Joint Commission International			État du patient au moment de la sortie	Médicaments importants, y compris les médicaments prescrits au moment de la décharge (c'est-à-dire les médicaments à prendre lors du retour du patient à son domicile)	Instructions de suivi		
IHE PCC (4) HL7 care record summary_CDA release2.0	Care Plan_ DISCHARGE DISPOSITION		Conditions_ HOSPITAL DISCHARGE DX	Medications_ HOSPITAL DISCHARGE MEDICATIONS	>15.Care Plan_ TREATMENT PLAN		
IHE PCC (4) data elements (définis par les PS)	1.Discharge Disposition (who, how, where)		5.Discharge Diagnosis (including active and resolved problems)	7.Discharge Medications	>15.Plan of Care >9.Discharge Diet		
IHE PCC (4) CDA			>Discharge Diagnosis Section >Active Problems Section >History of Past Illness Section	Hospital Discharge Medications Section	>Care Plan Section >Discharge Diet Section		
required (R), required if known (R2), optional (O)			R	R	>15.R >9.O		

Source	Mode de sortie (destination du patient), date et l'heure de sortie // Moyen de transport & accomp	Liste des éléments remis au patient	Conclusion sous forme synthèse** <i>Discharge diagnostic section</i>	Traitement de sortie <i>Hospital Discharge Medications Section</i>	Suite à donner (surveillance à instituer, re-convocation, etc.) <i>Care plan section</i>	Coordonnées du rédacteur du CR	Liste de diffusion
NEHTA Australie				Medications on discharge	Arranged services: What future services have been scheduled?		
The SIGN discharge document june 2012 ITEM		Other information	Primary discharge diagnosis – Secondary discharge diagnosis/es	New medicines on discharge – Continuing medicines on discharge	Results awaited – Investigations pending – Follow up arrangements	Consultant sign-off and comment – Signature and name and position	Copy to community pharmacy – Copy to patient – Copy to carer/relative
FIELD		>Text (for example: > information on medicines on admission not known or incomplete prior to discharge >information on anticipatory care planning > information relating to the patient's understanding of their condition > details of information that has been provided to the patient and/or their carer or relative > information on the patient's fitness to work)	>Primary diagnosis (text) >confirmed/provisional > code – >secondary diagnosis/es >confirmed or provisional > code(s)	>Name of medicine (generic where possible) >formulation >strength of preparation >current dose >route of administration >frequency >duration of treatment (stop date or 'continue') >number of days supply >aids to compliance (text) >reason for change to admission medicines >indications for new medicines	> Y/N >If 'Yes' specify (text) – > Y/N >If 'Yes' specify (text) – >Y/N > If 'Yes', specify (text) > Text description	>Y/N > Comment – >signature >legible text of name > job title > contact telephone number	> Y/N >If 'Yes' specify (text) – > Y/N – >Y/N >If 'Yes' specify (text)
AoMRC) – HSCI UK Discharge record headings July 2013 Heading	Discharge details	Patient and carer concerns – Information given			Investigations and procedures requested – Plan and requested Actions	Person completing record	Distribution List

Source	Mode de sortie (destination du patient), date et l'heure de sortie // Moyen de transport & accomp	Liste des éléments remis au patient	Conclusion sous forme synthèse** <i>Discharge diagnostic section</i>	Traitement de sortie <i>Hospital Discharge Medications Section</i>	Suite à donner (surveillance à instituer, reconvocation, etc.) <i>Care plan section</i>	Coordonnées du rédacteur du CR	Liste de diffusion
Subheading	<ul style="list-style-type: none"> >Discharging consultant >Discharging specialty/ department >Expected date of discharge >Discharge method >Discharge destination > Discharge address 	<ul style="list-style-type: none"> >Patient's and carer's concerns, expectations and wishes – >Information and advice given 			<ul style="list-style-type: none"> > Investigations requested > procedures requested – >Actions (<i>Including planned investigations, procedures and treatment</i> <ul style="list-style-type: none"> a) person responsible b) action – requested, planned or completed c) When action requested d) suggested strategies) >Agreed with patient or legitimate patient representative 	<ul style="list-style-type: none"> >Name >Designation or role >Grade >Specialty >Date completed 	>Distribution list
HIQA Ireland 2013		Future management		Medication details	Future management	Person(s) completing discharge summary	
		>Information given to patient and carer_O SiA		>Medication on discharge_O	<ul style="list-style-type: none"> >Hospital actions_O SiA >GP actions_O SiA > Social care actions_O SiA > Advice, Recommendations and future plan_O SiA 	<ul style="list-style-type: none"> >Forename_O >Surname_O >Contact number_O >Job Title_O >Professional body registration number_O >Signature_O >Copies to_Opt >Date of completion of discharge summary_O >Consultant sign off_Opt >Date of consultant sign off_Opt 	

Source	Mode de sortie (destination du patient), date et l'heure de sortie // Moyen de transport & accomp	Liste des éléments remis au patient	Conclusion sous forme synthèse** <i>Discharge diagnostic section</i>	Traitement de sortie <i>Hospital Discharge Medications Section</i>	Suite à donner (surveillance à instituer, reconvocation, etc.) <i>Care plan section</i>	Coordonnées du rédacteur du CR	Liste de diffusion
						>Discharging consultant's name_O >Discharge Specialty_O >Document reference number_Opt	

6.4 Éléments spécifiques à quelques sources

RUM (PMSI)	Types de dosimétrie et de machine en radiothérapie Indice de gravité simplifié (IGS II) Données à visée documentaire		
IHE PCC (4) CDA	Advance Directives Section		
The SIGN discharge document June 2012	Extended discharge document to follow (>Y/N)		
AoMRC–HSICS July 2013	<p>Social context >Household composition >Lives alone >Occupational history</p> <p>Special requirements (<i>preferred language, interpreter required, advocate required, transport required, etc.</i>)</p> <p>Participation in research</p>	<p>Assessment scales (<i>Assessment scales used, eg, New York Heart Failure scale, Activities of Daily Living (ADL), cognitive function, mood assessment scales, developmental scales, MUST (nutrition), BPI (pain), etc.</i>)</p> <p>Legal information Consent for treatment Mental capacity assessment Advance decisions about treatment Lasting or enduring power of attorney or similar Organ and tissue donation Consent relating to child Consent to information sharing Safeguarding issues</p> <p>Safety alerts Risk to self Risks to others</p>	
HIQA Ireland 2013	<p>Clinical narrative >Clinical alerts_O si applicable (<i>An alert is a piece of information about a specific patient required for the management of a patient in order to minimise risk to the patient concerned, healthcare staff, other patients and the organisation. It is a warning of a medical condition or risk factor that requires consideration before treatment is initiated.</i>) O-SiA</p> <p>>Pertinent clinical information (<i>This heading may be used to indicate an investigation which should be undertaken, or a course of treatment which should be considered by the primary care healthcare professional or information which</i></p>		

	<p><i>the healthcare professional O-SiA should be aware of, e.g. blood transfusions, difficult intubations, advance care directives or pressure sores.)</i></p> <p>>Immunisations <i>(This should detail the immunisations given to the patient during this inpatient stay)</i></p> <p>>Infection control status <i>(This should detail information relating to the treatment, prevention, monitoring or investigation of infections.) O-SiA</i></p>		
--	--	--	--

O-SiA = obligatoire si applicable

7. Références

1. Haute Autorité de Santé. Comment éviter les réhospitalisations évitables des personnes âgées ? Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parours_rehospitalisations_evitables_vf.pdf
2. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Préparation de la sortie du patient hospitalisé. Saint-Denis La Plaine: Anaes; 2001.
3. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. 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. Saint-Denis La Plaine: Anaes; 2003.
4. Haute Autorité de Santé. Manuel de certification des établissements de santé. V2010, révisé avril 2011. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.
5. Haute Autorité de Santé. Fiche descriptive de l'indicateur : Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/ipaqs_20090730_fiche_dec.pdf
6. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. Bulletin officiel 2013; N° 2013/6 bis. Fascicule spécial.
7. Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA. 2013. http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cdc_paerpa.pdf
8. Agence des systèmes d'information partagés en santé. Cadre d'interopérabilité des SIS - Couche Contenu - Volet Compte Rendu d'Hospitalisation (CRH). ASIP Santé 2012. http://esante.gouv.fr/sites/default/files/CI-SIS_CONTENU_VOLET-CR_HOSPITALISATION_v1.3.0.0.pdf
9. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. JAMA 2007;297(8):831-41.
10. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. eHealth Services Research Group, University of Tasmania Australia, ed. Wong, MC, Yee, KC, Turner, P. Clinical Handover Literature Review. 2008. <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2008/01/Clinical-Handover-Literature-Review-for-release.pdf>
11. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. e-Discharge Literature Scan. Sydney: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care; 2010. <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/e-DischargeLiteratureScan.pdf>
12. Tsilimingras D, Bates DW. Addressing postdischarge adverse events: a neglected area. Jt Comm J Qual Patient Saf 2008;34(2):85-97.
13. van Walraven WC, Rokosh E. What is necessary for high-quality discharge summaries? Am J Med Qual 1999;14(4):160-9.
14. Snow V, Beck D, Budnitz T, Miller DC, Potter J, Wears RL, et al. Transitions of Care Consensus Policy Statement American College of Physicians-Society of General Internal Medicine-Society of Hospital Medicine-American Geriatrics Society-American College of Emergency Physicians-Society of Academic Emergency Medicine. J Gen Intern Med 2009;24(8):971-6.
15. National Quality Forum. Safe Practices for Better Healthcare-2010 Update: A Consensus Report. Washington, DC: NQF; 2010. http://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe_Practices_for_Better_Healthcare_-_2010_Update.aspx
16. Joint Commission International Accreditation Standards For Hospital. 4e édition. Manuel en vigueur à partir du 1er janvier 2011. États-Unis: Joint Commission International; 2010.
17. Integrating the Healthcare Enterprise. IHE Patient Care Coordination Technical Framework, Volume 2 (PCC TF-2): Transactions and Content Profiles. Revision 8.0 - Final Text. IHE International, Inc.; 2012. http://www.ihe.net/Technical_Framework/upload/IHE_PCC_TF_Vol2.pdf
18. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. The SIGN discharge document. Edinburgh: SIGN; 2012. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign128.pdf>
19. Health and Social Care Information Centre, Academy of Medical Royal Colleges. Standards for the clinical structure and content of patient records. London: HSCIC; 2013.
20. Craig J, Callen J, Marks A, Saddik B, Bramley M. Electronic discharge summaries: the current state of play. HIM J 2007;36(3):30-6.
21. Motamedi SM, Posadas-Calleja J, Straus S, Bates DW, Lorenzetti DL, Baylis B, et al. The efficacy of computer-enabled discharge communication interventions: a systematic review. BMJ Qual Saf 2011;20(5):403-15.
22. WHO Collaborating Centre for patient safety solutions. Communication during Patient Hand-overs. WHO; 2007. <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>
23. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Electronic Discharge Summary Systems Self-Evaluation Toolkit. Sydney: ACSQHC; 2011. <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/EDS-self-eval-toolkit-sept2011.pdf>
24. Bischoff K, Goel A, Hollander H, Ranji SR, Mourad M. The Housestaff Incentive Program: improving the timeliness and quality of discharge summaries by engaging residents in quality improvement. BMJ Qual Saf 2013;22(9):768-74.
25. National E-Health Transition Authority. eDischarge summary. NEHTA; 2012. <http://www.nehta.gov.au/implementation-resources/clinical-documents/EP-1152-2012>

26. Health Information and Quality Authority. National Standard for Patient Discharge Summary Information. Dublin: HIQA; 2013.

Annexe 1. Analyse revues systématiques

Auteurs, année de publication Type de l'étude	Recherche systématique de la littérature Période de la recherche	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Nombre d'articles inclus Type d'étude (nombre total de patients ou bornes inférieures et supérieures)	Niveau de preuve	Conclusion des auteurs et cohérence avec les données présentées
Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, <i>et al.</i> 2007 RS (9)	Oui Recherche jusqu'en novembre 2006	Oui	Oui		Sur 1 064 + 44 références, 73 publications retenues : 55 études observationnelles (21 audits de dossiers médicaux, 23 enquêtes auprès de PS, 11 combinant les deux) 18 études contrôlées (3 ECR, 7 non randomisées, 8 avant-après)		
Motamedi SM, Posadas-Calleja J, Straus S, <i>et al.</i> 2011 RS (21)	Oui Recherche jusqu'en Novembre 2010	Oui	Oui	Oui	Sur 4 415 références puis 49 + 5 <i>full texts</i> 12 études publiées 1992 et 2009 ont été retenues (8 ECR et 4 quasi expérimentales)		Computer-enabled discharge communications appear beneficial with respect to a number of important secondary outcomes (timeliness, accuracy, quality/completeness, satisfaction). Primary outcomes of mortality and readmission are less commonly reported in this literature and require further study.
Revue de la littérature dans le cadre du projet d'évaluation des comptes rendus de sortie pour l'ACSQHC (11)	NB : This document synthesises relevant material sourced during a scan of publicly available literature. However, it	Non	Non	Non	Non		Oui

Auteurs, année de publication Type de l'étude	Recherche systématique de la littérature Période de la recherche	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Nombre d'articles inclus Type d'étude (nombre total de patients ou bornes inférieures et supérieures)	Niveau de preuve	Conclusion des auteurs et cohérence avec les données présentées
	should be noted that this document is not intended to be an exhaustive review of all available literature. 1997 à 2010						
Craig J, Callen J, Marks A, <i>et al.</i> 2007 Review (20)	A detailed literature review of information related to electronic discharge summaries between 1992 and 2006	Non	Non	Non	The literature included 67 peer reviewed journal articles and conference proceedings from the United Kingdom, United States of America, Europe and Australia. The non-peer reviewed literature (32 sources) consisted of health facility documentation and guidelines, and government websites relevant to electronic discharge summaries		
Tsilimingras D, Bates DW, 2008 Review (12)	1966 à mai 2007	Oui	Non	Non	Sur 1 667 références, 152 <i>full texts</i> analysés + 26 ; 44 articles retenus : 29 essais cliniques, 15 études de cohortes		

Annexe 2. Tableau synthétisant délais et destinataires

Source	Destinataires et délais identifiés																					
Article R 1112-1 CSP	[...] À la fin de chaque séjour hospitalier, copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins est remise 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 1112-2 CSP	Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés : [...] 2° Les informations formalisées établies à la fin du séjour. Elles comportent notamment : a) Le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie ; b) La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ; c) Les modalités de sortie (domicile, autres structures) ; d) La fiche de liaison infirmière.																					
Structuration CR sortie. HAS 2003	Le compte rendu est indispensable au médecin correspondant et au médecin hospitalier pour la prise en charge ultérieure du patient.																					
Certification HAS indicateur IPAQSS	Délai d'envoi inférieur ou égal à 8 jours. Contenu du courrier complet : - identité du médecin destinataire ; - référence aux dates du séjour ; - synthèse du séjour ; - et trace écrite d'un traitement de sortie.																					
Cahier des charges PAERPA	Le compte rendu d'hospitalisation est transmis à l'équipe de ville (médecin traitant s'il est connu et disponible) au moment de la sortie.																					
van Walraven 1999	Un <i>discharge summary</i> de haute qualité communique de façon efficace les informations nécessaires pour les soins à venir par le médecin de famille du patient. <table border="1"> <thead> <tr> <th>Délai de réception du CR après la sortie du patient</th> <th>Contribution moyenne à la qualité du CR</th> <th>IC à 95 %</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 à 4 jours</td> <td>5,7</td> <td>5,2 - 6,3</td> </tr> <tr> <td>4 à 7 j</td> <td>5</td> <td>4,5 - 5,5</td> </tr> <tr> <td>1 à 2 semaines</td> <td>3,3</td> <td>2,8 - 3,9</td> </tr> <tr> <td>2 à 4 s</td> <td>0,5</td> <td>-.0,1 - 1,2</td> </tr> <tr> <td>1 à 2 mois</td> <td>-.3,2</td> <td>-.3,8 - -2,6</td> </tr> <tr> <td>> 2 mois</td> <td>-.4,8</td> <td>-.5,3 - -4,3</td> </tr> </tbody> </table>	Délai de réception du CR après la sortie du patient	Contribution moyenne à la qualité du CR	IC à 95 %	1 à 4 jours	5,7	5,2 - 6,3	4 à 7 j	5	4,5 - 5,5	1 à 2 semaines	3,3	2,8 - 3,9	2 à 4 s	0,5	-.0,1 - 1,2	1 à 2 mois	-.3,2	-.3,8 - -2,6	> 2 mois	-.4,8	-.5,3 - -4,3
Délai de réception du CR après la sortie du patient	Contribution moyenne à la qualité du CR	IC à 95 %																				
1 à 4 jours	5,7	5,2 - 6,3																				
4 à 7 j	5	4,5 - 5,5																				
1 à 2 semaines	3,3	2,8 - 3,9																				
2 à 4 s	0,5	-.0,1 - 1,2																				
1 à 2 mois	-.3,2	-.3,8 - -2,6																				
> 2 mois	-.4,8	-.5,3 - -4,3																				
Recommandations Kripalani 2007	On the day of discharge , a summary document should be sent to the primary care physician by e-mail, fax, or mail. If a complete discharge summary cannot be sent on the day of discharge, then an interim discharge note should be sent. If possible, patients should be given a copy of the discharge summary or note and told to bring it to their follow-up visit.																					
Communication During Patient Hand-Overs. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions 2007	Parmi les quatre actions suggérées, l'une recommande de s'assurer que les organisations de soins mettent en œuvre des systèmes qui assurent – au moment de la sortie de l'hôpital – que le patient et le prochain professionnel qui prendra en charge le patient (<i>next health-care provider</i>) ont reçu les informations clés concernant les diagnostics de sortie, le plan de traitements, les médicaments et les résultats des examens complémentaires.																					
Electronic Discharge Summary Systems Self-Evaluation Toolkit de l'ACSQHC Australie 2011	Une des mesures de qualité et de sécurité proposées est la proportion de <i>e-discharge summaries</i> envoyés dans les 48 heures de la sortie du patient. Il est précisé que bien que le délai de 48 heures doive être classiquement utilisé pour cette mesure, on ne devrait pas le considérer comme point de référence, particulièrement pour des patients à haut risque avec des situations complexes ou des comorbidités qui doivent être vus dans les 48 heures par leur médecin généraliste.																					
TOCCC 2009	Coordinating Clinicians Communication and information exchange between the medical home and the receiving provider should occur in an amount of time that will allow the receiving provider to effectively treat the patient.																					

	This communication and information exchange should ideally occur whenever patients are at a transition of care; e.g., at discharge from the inpatient setting. The timeliness of this communication should be consistent with the patient's clinical presentation and, in the case of a patient being discharged, the urgency of the follow-up required.
The National Quality Forum NQF, in its Safe Practice 15, 2010	A discharge summary must be provided to the ambulatory clinical provider who accepts the patient's care after hospital discharge. The organization should ensure and document receipt of discharge information <u>by caregivers</u> who assume responsibility for post-discharge care. A <u>written discharge plan</u> must be provided to each patient at the time of discharge
Standards Joint Commission International ACC.3.2.	Standard ACC.3.2 : les données cliniques des patients hospitalisés contiennent une copie de la feuille médico-administrative (<i>discharge summary</i>). Intention de ACC.3.2 Au moment de la sortie du patient , un résumé décrivant les soins prodigués au patient est préparé. Une copie est donnée : - au patient et, le cas échéant, à sa famille, [...] ; - également au professionnel de santé qui sera responsable de la continuité des soins du patient ou de son suivi.
eDischarge summary NEHTA Australie 2012	The discharge summary is typically produced by the patient's attending doctor and may be shared with the patient and various healthcare providers such as the patient's general practitioner (GP) and the referring specialist.
The SIGN discharge document June 2012	The SIGN Document Discharge is of relevance to all hospital medical and nursing staff, allied health professionals, general practitioners, community nurses, pharmacists, and out-of-hours services. The SIGN DD is not intended to be the sole or main source of information for patients, their carers or relatives , although most will receive a copy at the time of discharge from hospital. The core discharge document (CDD) must be produced for all patients on the day of discharge. The Extended Discharge Document should be sent out within seven days of the date of discharge to ensure that the GP has all the information required for the ongoing care and management of the patient. In cases where important information, such as test results, is not available within seven days, dispatch of the EDD can be delayed until the information is available but this delay should not exceed 14 days.
AoMRC– HSCIC July 2013	Discharge record standards: standard headings for the clinical information that should be recorded in the discharge record and included in the discharge summary communication from hospital to GP and patient.

Annexe 3. Participants

Cette note de synthèse a été rédigée par le Dr Florence Maréchaux, sous la responsabilité du Dr Rémy Bataillon, chef du service évaluation et amélioration des pratiques de la HAS.

La recherche documentaire a été effectuée par Mme Emmanuelle Blondet, sous la direction de Mme Frédérique Pagès, responsable du service documentation - information des publics de la HAS.

Fiche descriptive

Intitulé	TITRE
Méthode de travail	Analyse bibliographique
Date de mise en ligne	
Objectifs	Document préparatoire à l'élaboration du contenu du document de sortie d'hospitalisation
Recherche documentaire	La recherche documentaire a été effectuée par Mme Emmanuelle Blondet, sous la direction de Mme Frédérique Pagès, responsable du service documentation et information des publics de la HAS.
Auteurs de l'argumentaire	Dr Florence Maréchaux, sous la responsabilité du Dr Rémy Bataillon, chef du service évaluation et amélioration des pratiques de la HAS
Validation	Date de validation par le Collège : 17 octobre 2013

~



Toutes les publications de l'HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr