

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins « Qualité de la lettre de liaison à la sortie »

Psychiatrie et santé mentale - périmètre « hospitalisation à temps plein »
Version 2025

Définition	Cet indicateur évalue la qualité de la lettre de liaison à la sortie d'hospitalisation. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de la lettre de liaison à la sortie est d'autant plus grande que le score est proche de 100. L'indicateur est calculé à partir de 12 critères qualité : Deux critères sont indispensables : (1) Lettre de liaison à la sortie retrouvée ; (2) Lettre de liaison à la sortie datée du jour de la sortie. En l'absence de conformité d'un de ces deux critères, le score est égal à 0. Le score est calculé, en cas de conformité des critères indispensables, à partir de la traçabilité des 10 critères « qualité » : Cinq critères médico-administratifs : (3) Remise au patient de la lettre de liaison à la sortie ; (4) Identification et envoi au médecin traitant (si applicable) ; (5) Identification du patient dans la lettre de liaison ; (6) Date d'entrée et date de sortie ; (7) Identification du signataire de la lettre de liaison ; Cinq critères médicaux : (8) Motif de l'hospitalisation ; (9) Synthèse médicale du séjour ; (10) Actes techniques et examens complémentaires ; (11) Traitements médicamenteux de sortie ; (12) Planification des soins.
Justification	La lettre de liaison est un élément clé de la continuité des soins. Elle ne crée pas de nouveau document car elle remplace le compte-rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie (article R1112-2 du code de santé publique – version du 1^{er} janvier 2017 modifiée par le décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 sur les lettres de liaison). Elle doit être remise au patient le jour de la sortie et adressée au médecin traitant. Elle résume les conclusions de l'hospitalisation et établit des préconisations de prise en charge après la sortie afin d'assurer une bonne coordination « hôpital/ville ». Le Décret n°2016-995 publié le 20 juillet 2016 dans son article 1 a pour objet de favoriser la continuité des soins. Il instaure l'obligation pour les établissements de santé de remettre une lettre de liaison au patient le jour de sa sortie et de l'adresser dans le même temps à son médecin traitant. Le texte réglementaire définit également les éléments que doit contenir ce document. Article R.1112-1-2 du CSP (créé par l'article 1 du décret n°2016-995 du 20 juillet 2016) : « I. Lors de la sortie de l'établissement de santé, une lettre de liaison, rédigée par le médecin de l'établissement qui l'a pris en charge, est remise au patient par ce médecin, ou par un autre membre de l'équipe de soins mentionnée au 1° de l'article L. 1110-12 qui l'a pris en charge, et qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises. » « Dans le respect des dispositions des articles L. 1110-4 et L. 1111-2, la lettre de liaison est transmise le même jour, au médecin traitant et, le cas échéant, au praticien qui a adressé le patient. Elle est adressée par messagerie sécurisée répondant aux conditions prévues à l'article L. 1110-4-1, ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations, et versée dans le dossier médical partagé du patient si ce dossier a été créé. »

	« II. Cette lettre de liaison contient les éléments suivants : 1) Identification du patient, du médecin traitant, le cas échéant du praticien adresseur, ainsi que l'identification du médecin de l'établissement de santé qui a pris en charge le patient avec les dates et modalités d'entrée et de sortie d'hospitalisation ; 2) Motif d'hospitalisation ; 3) Synthèse médicale du séjour précisant le cas échéant, les événements indésirables survenus pendant l'hospitalisation, l'identification de micro-organismes multirésistants ou émergents, l'administration de produits sanguins ou dérivés du sang, la pose d'un dispositif médical implantable ; 4) Traitements prescrits à la sortie de l'établissement (ou ordonnances de sortie) ... en précisant, notamment pour les traitements médicamenteux, la posologie et la durée du traitement ; 5) Annonce, le cas échéant, de l'attente de résultats d'examens ou d'autres informations qui compléteront cette lettre de liaison ; 6) Suites à donner, le cas échéant, y compris d'ordre médico-social, tels que les actes prévus et à programmer, recommandations et surveillances particulières ». L'article L. 1112-1 du code de la santé publique prévoit que : « La lettre de liaison est, dans le respect des exigences prévues aux quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 1111-2, remise, au moment de sa sortie [de l'établissement de santé], au patient ou, avec son accord et dans les conditions prévues à l'article L. 1111-6, à la personne de confiance. »
Utilisations	L'objectif de performance est fixé à 80/100. Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé. Procédure de certification des établissements de santé. Diffusion publique, Incitations financières à l'amélioration de la qualité (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet – cf cadre réglementaire.
Type d'indicateur	Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements. Score composite. Pas d'ajustement au risque.
Score individuel	Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères conformes divisé par le nombre de critères applicables. Si un des deux critères « indispensables » n'est pas conforme, le score individuel est égal à 0. Quand un critère est non applicable, il n'est pas pris en compte dans le calcul de l'indicateur.
Score global	Le score global est calculé pour l'ensemble des dossiers. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x100).
Échantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 70 séjours, tirés au sort sur l'année N-1.
Critères d'inclusion	Au sein du RIM-P de l'année N-1, parmi les RPS, sélection des séjours suivants : • Uniquement composés de séquences d'hospitalisation temps plein (code d'activité 01) ; • Hors formes combinées ; • Commencés et terminés entre Février de l'année N-1 et Novembre de l'année N-1 ; • D'une durée supérieure ou égale à 8 jours ; • Non précédés et non suivis par une séquence d'hospitalisation temps plein (code d'activité 01) dans les 30 jours ; • Ayant pour mode de sortie le domicile (code de mouvement 8).

Critères d'exclusion	- Exclusion des séjours de formes d'activités combinées (mode P - Parallèle - ou A - Associée) ; - Exclusion des séjours commencés en Janvier de l'année N-1 et des séjours terminés en Décembre de l'année N-1 ; - Exclusion des séjours d'une durée strictement inférieure à 8 jours ; - Exclusion des séjours précédés et/ou suivis dans les 30 jours d'une séquence d'hospitalisation à temps plein (code d'activité 01) ; - Exclusion des séjours ayant un autre mode de sortie que le domicile.
Mode d'évaluation de la conformité des critères de l'indicateur	L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire permettant de calculer les critères. Deux critères indispensables : 1. Lettre de liaison à la sortie retrouvée (critère 1) Le critère est satisfait si la lettre de liaison à la sortie est retrouvée dans le dossier médical. Quand le critère n'est pas satisfait, le score est égal à 0. 2. Lettre de liaison à la sortie datée du jour de la sortie (critère 2) Le critère est satisfait si la date de rédaction notée dans la lettre de liaison à la sortie est la date de sortie administrative du patient. Quand le critère n'est pas satisfait, le score est égal à 0. Cinq critères médico-administratifs : Les éléments requis pour la traçabilité de chacun des critères « qualité » sont décrits ci-dessous : 3. Remise au patient de la lettre de liaison à la sortie (critère 3) Le critère est satisfait : - Si on retrouve la mention de remise au patient de la lettre de liaison à la sortie ; - Si on retrouve la mention du refus du patient de recevoir sa lettre de liaison ; - Si on retrouve la justification de la non-remise au patient. Identification et envoi au médecin traitant (critère 4) (si applicable) Ce critère ne concerne que les patients ayant déclaré un médecin traitant ou pour lesquels la réponse est « ne sait pas » à la déclaration du médecin traitant. Le critère est satisfait : - Si on retrouve dans la lettre de liaison à la sortie ou dans le dossier du patient, de façon lisible l'identification du médecin traitant : nom ET adresse (postale ou électronique) ; ET : - Si la lettre de liaison est envoyée au médecin traitant le jour de la sortie du patient ; OU - S'il est mentionné que le patient refuse que sa lettre de liaison soit envoyée au médecin traitant. 4. Identification du patient dans la lettre de liaison (critère 5) Le critère est satisfait si on retrouve, dans la lettre de liaison à la sortie, de façon lisible, l'identification conforme du patient : nom de naissance ET prénom ET date de naissance ET sexe. 5. Date d'entrée et date de sortie (critère 6) Le critère est satisfait si on retrouve, dans la lettre de liaison à la sortie, de façon lisible, une référence aux dates du séjour (date d'entrée ET date de sortie). 6. Identification du signataire de la lettre de liaison (critère 7) Le critère est satisfait si on retrouve, dans la lettre de liaison à la sortie, de façon lisible, l'identité du signataire du document (nom ET service ET hôpital) ET ses coordonnées (adresse (postale ou mail) ou téléphone). Cinq critères médicaux : 7. Motif d'hospitalisation (critère 8) Le critère est satisfait si le motif d'hospitalisation est retrouvé dans la lettre de liaison à la sortie.

8. Synthèse médicale du séjour (critère 9)

Le critère est satisfait si une synthèse médicale du séjour est retrouvée dans la lettre de liaison à la sortie et qu'elle mentionne le cas échéant, un ou plusieurs des quatre éléments suivants dès lors qu'ils sont retrouvés dans le dossier analysé : événements indésirables associés aux soins ; portage ou identification de micro-organismes multi-résistants ou émergents ; administration de produits sanguins ou dérivés du sang ; pose d'un dispositif médical implantable.

9. Actes techniques et examens complémentaires (critère 10)

Le critère est satisfait :

- Si au minimum une conclusion ou une information concernant le (les) acte(s) technique(s) ou examen(s) complémentaire(s) réalisé(s) pendant l'hospitalisation est retrouvée dans la lettre de liaison à la sortie ;

OU

- S'il est noté qu'aucun acte technique ou examen complémentaire n'a été réalisé durant l'hospitalisation, dans la lettre de liaison à la sortie ;

OU

- S'il est noté que les résultats sont en attente.

10. Traitements médicamenteux de sortie (critère 11)

Le critère est satisfait si on retrouve dans la lettre de liaison à la sortie, de façon lisible :

- La liste des médicaments à la sortie du patient, avec pour chaque prescription de médicament : sa dénomination (DCI et/ou nom commercial), sa posologie (dosage unitaire ET rythme d'administration), sa voie d'administration ET sa durée de prescription, ou la mention de l'absence de traitement à la sortie.

ET

- La mention de la suppression, de la modification, ou de la poursuite du traitement habituel ou la mention de l'absence de traitement habituel.

11. Planification des soins (critère 12)

Le critère est satisfait si on retrouve une information sur la planification des soins dans la lettre de liaison à la sortie, qu'elle soit prévue en amont de l'hospitalisation ou non.

Algorithme de calcul de l'indicateur		
« Qualité de la lettre de liaison à la sortie » - périmètre « hospitalisation à temps plein »		
Variable	Algorithme	
Critère 1 : Lettre de liaison à la sortie retrouvée		
Pourcentage de dossiers = [num CRIT 1] / [den CRIT 1]	Dossier i : [num CRIT 1]	Si [QLS_1] = 1 Alors [num CRIT 1] = 1 Sinon [num CRIT 1] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT 1]	Si [INCLUSION_DOSSIER] = 1 ET [SORTIE_DOM] = 1 Alors [den CRIT 1] = 1 FinSi
Critère 2 : Lettre de liaison à la sortie datée du jour de la sortie		
Pourcentage de dossiers = [num CRIT 2] / [den CRIT 2]	Dossier i : [num CRIT 2]	Si [QLS_2] = 1 ET [QLS_2_1] ≤ [D_Finsej] Alors [num CRIT 2] = 1 Sinon [num CRIT 2] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT 2]	Si [INCLUSION_DOSSIER] = 1 ET [SORTIE_DOM] = 1 ET [QLS 1] = 1 Alors [den CRIT 2] = 1 FinSi
Critère 3 : Remise au patient de la lettre de liaison à la sortie		
Pourcentage de dossiers = [num CRIT 3] / [den CRIT 3]	Dossier i : [num CRIT 3]	Si [QLS_3] = 1 OU [QLS_3] = 0 ET [QLS_3_1] = 1 OU [QLS_3] = 0 ET [QLS_3_1] = 0 ET [QLS_3_1_1] = 1 = 1 Alors [num CRIT 3] = 1 Sinon [num CRIT 3] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT 3]	Si [INCLUSION_DOSSIER] = 1 ET [SORTIE_DOM] = 1 ET [QLS_1] =1 ET [QLS_2] = 1 ET [QLS_2_1] ≤ [D_Finsej] Alors [den CRIT 3] = 1 FinSi

Critère 4 : Identification et envoi au médecin traitant (si applicable)

Pourcentage de dossiers = [num CRIT 4] / [den CRIT 4]	Dossier i : [num CRIT 4]	Si ([MED_TT] = 1 ET [QLS_4] = 1 ET [QLS_EMT_1] = 1 ET [QLS_EMT_1_1] = 1) OU ([MED_TT] = 1 ET [QLS_4] = 1 ET [QLS_EMT_1] = 0 ET [QLS_EMT_1_2] = 1) Alors [num CRIT 4] = 1 Sinon [num CRIT 4] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT 4]	Si [INCLUSION_DOSSIER] = 1 ET [SORTIE_DOM] = 1 ET [QLS_1] = 1 ET [QLS_2] = 1 ET [QLS_2_1] ≤ [D_Finsej] ET ([MED_TT] = 1 OU [MED_TT] = 3) Alors [den CRIT 4] = 1 FinSi

Critère 5 : Identification du patient dans la lettre de liaison

Pourcentage de dossiers = $\frac{[\text{num CRIT 5}]}{[\text{den CRIT 5}]}$	Dossier i : [num CRIT 5]	Si [QLS_5_1] = 1 ET [QLS_5_2] = 1 ET [QLS_5_3] = 1 ET [QLS_5_4] = 1 Alors [num CRIT 5] = 1 Sinon [num CRIT 5] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT 5]	Si [INCLUSION_DOSSIER] = 1 ET [SORTIE_DOM] = 1 ET [QLS_1] = 1 ET [QLS_2] = 1 ET [QLS_2_1] ≤ [D_Finsej] Alors [den CRIT 5] = 1 FinSi

Critère 6 : Date d'entrée et date de sortie

Pourcentage de dossiers = $\frac{[\text{num CRIT 6}]}{[\text{den CRIT 6}]}$	Dossier i : [num CRIT 6]	Si [QLS_6] = 1 Alors [num CRIT 6] = 1 Sinon [num CRIT 6] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT 6]	Si [INCLUSION_DOSSIER] = 1 ET [SORTIE_DOM] = 1 ET [QLS_1] = 1 ET [QLS_2] = 1 ET [QLS_2_1] ≤ [D_Finsej] Alors [den CRIT 6] = 1 FinSi

Critère 7 : Identification du signataire de la lettre de liaison

Pourcentage de dossiers = $\frac{[\text{num CRIT } 7]}{[\text{den CRIT } 7]}$	Dossier i : [num CRIT 7]	Si [QLS_7] = 1 Alors [den CRIT 7] = 1 Sinon [den CRIT 7] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT 7]	Si [INCLUSION_DOSSIER] = 1 ET [SORTIE_DOM] = 1 ET [QLS_1] = 1 ET [QLS_2] = 1 ET [QLS_2_1] ≤ [D_Finsej] Alors [den CRIT 7] = 1 FinSi

Critère 8 : Motif de l'hospitalisation

Pourcentage de dossiers = $\frac{[\text{num CRIT } 8]}{[\text{den CRIT } 8]}$	Dossier i : [num CRIT 8]	Si [QLS_9] = 1 Alors [num CRIT 8] = 1 Sinon [num CRIT 8] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT 8]	Si [INCLUSION_DOSSIER] = 1 ET [SORTIE_DOM] = 1 ET [QLS_1] = 1 ET [QLS_2] = 1 ET [QLS_2_1] ≤ [D_Finsej] Alors [den CRIT 8] = 1 FinSi

Critère 9 : Synthèse médicale du séjour

Pourcentage de dossiers = $\frac{[\text{num CRIT } 9]}{[\text{den CRIT } 9]}$	Dossier i : [num CRIT 9]	Si [QLS 10_3] = 1 Alors [num CRIT 9] = 1 Sinon [num CRIT 9] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT 9]	Si [INCLUSION_DOSSIER] = 1 ET [SORTIE_DOM] = 1 ET [QLS_1] = 1 ET [QLS_2] = 1 ET [QLS_2_1] ≤ [D_Finsej] Alors [den CRIT 9] = 1 FinSi

Critère 10 : Actes techniques et examens complémentaires

Pourcentage de dossiers = $\frac{[\text{num CRIT } 10]}{[\text{den CRIT } 10]}$	Dossier i : [num CRIT 10]	Si [QLS_12] = 1 OU [QLS_12] = 3 OU [QLS_12] = 4 Alors [num CRIT 10] = 1 Sinon [num CRIT 10] = 0 FinSi
--	------------------------------	--

	Dossier i : [den CRIT 10]	Si [INCLUSION_DOSSIER] = 1 ET [SORTIE_DOM] = 1 ET [QLS_1] = 1 ET [QLS_2] = 1 ET [QLS_2_1] ≤ [D_Finsej] Alors [den CRIT 10] = 1 FinSi
Critère 11 : Traitements médicamenteux de sortie		
Pourcentage de dossiers = [num CRIT 11] / [den CRIT 11]	Dossier i : [num CRIT 11]	Si ([QLS_13_2] = 1 ET [QLS_13_3_1] = 1 ET [QLS_13_3_2] = 1 ET [QLS_13_3_3] = 1 ET [QLS_13_3_4] = 1 ET (([QLS_13_4] = 1) OU ([QLS_13_4] = 3)) OU ([QLS_13_2] = 2) Alors [num CRIT 11] = 1 Sinon [num CRIT 11] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT 11]	Si [INCLUSION_DOSSIER] = 1 ET [SORTIE_DOM] = 1 ET [QLS_1] = 1 ET [QLS_2] = 1 ET [QLS_2_1] ≤ [D_Finsej] Alors [den CRIT 11] = 1 FinSi
Critère 12 : Planification des soins		
Pourcentage de dossiers = [num CRIT 12] / [den CRIT 12]	Dossier i : [num CRIT 12]	Si [QLS 14] = 1 Alors [num CRIT 12] = 1 Sinon [num CRIT 12] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT 12]	Si [INCLUSION_DOSSIER] = 1 ET [SORTIE_DOM] = 1 ET [QLS_1] = 1 ET [QLS_2] = 1 ET [QLS_2_1] ≤ [D_Finsej] Alors [den CRIT 12] = 1 FinSi

Score qualité de l'indicateur « Qualité de la lettre de liaison à la sortie »

1ère étape : un score individuel est calculé pour chaque dossier i. Il correspond à la somme des critères conformes divisée par la somme des critères applicables.

$$[IND_QLS_i] = \frac{[num\ IND_QLS_i]}{[den\ IND_QLS_i]}$$

2ème étape : un score global est ensuite calculé pour l'échantillon. Il correspond à la moyenne arithmétique de scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon.

$$[QLS] = \frac{\sum_{i=1}^{70} [IND_QLS_i]}{70}$$

Dossier i :
[num
IND_QLS_i]

Si [Num CRIT 1] = 1 ET [Num CRIT 2] = 1
Alors

$$[IND_QLSi] = ([NUM\ CRIT\ 3] + [NUM\ CRIT\ 4] + [NUM\ CRIT\ 5] + [NUM\ CRIT\ 6] + [NUM\ CRIT\ 7] + [NUM\ CRIT\ 8] + [NUM\ CRIT\ 9] + [NUM\ CRIT\ 10] + [NUM\ CRIT\ 11] + [NUM\ CRIT\ 12])$$

/

$$([den\ CRIT\ 3] + [den\ CRIT\ 4] + [den\ CRIT\ 5] + [den\ CRIT\ 6] + [den\ CRIT\ 7] + [den\ CRIT\ 8] + [den\ CRIT\ 9] + [den\ CRIT\ 10] + [den\ CRIT\ 11] + [den\ CRIT\ 12])$$

Sinon

$$[IND\ QLSi] = 0$$

FinSi

Dossier i :
[den
IND_QLS_i]

Si [INCLUSION_DOSSIER] = 1 ET [SORTIE_DOM] = 1
Alors

$$[den\ IND_QLSi] = 1$$

FinSi

Historique de l'indicateur

« Qualité de la lettre de liaison à la sortie » - périmètre « hospitalisation à temps plein »

Rappel sur le développement de l'indicateur

L'indicateur « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » a été développé à partir du décret n°2016-995 du 20 juillet 2016, dans le cadre d'un groupe de travail d'experts. Il évalue la qualité de la lettre de liaison à la sortie d'hospitalisation à travers 12 critères.

Cet indicateur a été expérimenté au troisième trimestre 2019, dans 248 établissements de santé volontaires ayant une activité de psychiatrie. La pertinence, les qualités métrologiques et la faisabilité du recueil ont été validées par la HAS. Le score de conformité de l'indicateur était égal à 34,9% et un quart des établissements avait une moyenne inférieure à 15,6%. La variabilité inter-établissements de santé a justifié l'intérêt de généraliser cet indicateur pour le périmètre « hospitalisation à temps plein ». La première campagne nationale de recueil de cet indicateur devait avoir lieu en 2020. Elle a eu lieu en 2021 et il s'agissait du recueil d'établissements volontaires.

Première campagne nationale 2021

La participation à cette campagne était volontaire.

Des modifications ont été apportées dans la construction de l'indicateur développé « Qualité de la lettre de liaison à la sortie », et une harmonisation a été réalisée pour tous les secteurs.

Campagnes nationales obligatoires depuis 2022

Aucune modification

Indicateur recueilli obligatoirement au niveau national en 2022 et 2023