



Préparation de la sortie du patient âgé hospitalisé en MCO

Justification

La sortie du patient hospitalisé est une étape du processus de soins, qui nécessite une préparation bien en amont du jour même de la sortie, et ce par de multiples acteurs à l'intérieur d'un établissement de soins, afin que la poursuite de la prise en charge du patient en dehors puisse être adaptée à ses besoins. Cette étape du processus de soins doit donc être envisagée comme un acte de soins à part entière permettant la continuité de la prise en charge et la mise en place de systèmes d'alerte et de protection. Par ailleurs, sur le plan juridique, l'acte d'admission crée un lien de droit entre l'établissement de soins et le patient. Cette relation en vertu du principe de droit public de parallélisme des formes ne peut être rompue que par un acte contraire, la sortie. Celle-ci doit donc obéir à des règles précises.

La sortie est une période de fragilité pour le malade âgé, qui quitte l'état de patient hospitalisé, pris en charge et entouré par l'équipe médicale et paramédicale. L'hospitalisation de la personne âgée s'envisage la plupart du temps comme un moment entre parenthèses, et la sortie s'oriente vers le lieu de vie : celui-ci peut-être le domicile ou une structure médico-sociale. La préparation de cette sortie est d'autant plus cruciale que le patient âgé est la plupart du temps en grand état de dépendance, qui se matérialise par son incapacité tant physique que psychique à accomplir seul les activités de la vie quotidienne.

Objectifs

Améliorer le processus de préparation de la sortie chez le patient âgé hospitalisé en établissement MCO.

Recommandations utilisées

- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Préparation de la sortie du patient hospitalisé - novembre 2001, ANAES.
- Sortie du monde hospitalier et retour à domicile d'une personne adulte handicapée sur les plans moteur et/ou neuropsychologique - septembre 2004, ANAES.

Référentiel utilisé

Cet outil d'évaluation de la préparation de la sortie de la personne âgée s'inspire du référentiel de la HAS (2005) sur la préparation de la sortie du patient d'un établissement de santé, qui comprend trois axes complémentaires : organisation, information et continuité des soins.

Composition du groupe de travail

Docteur BOURDIN - Clinique des Cèdres Mérignac, Madame BROTHIER - Direction Générale du CHU de Bordeaux, Docteur BOUTERFAS - CH de Vauclaire Montpon-Ménéstérol, Madame CARLE - Les Grands Chênes Bordeaux, Docteur CLEMENTY - Hôpital Suburbain Le Bouscat, Madame DOMECCQ - CCECQA Pessac, Madame MONIRA - Institut Bergonié Bordeaux, Madame PREEL - CH de Vauclaire Montpon-Ménéstérol, Mme ROSSILLON - Clinique des Cèdres Mérignac, Docteur SALLES - Equipe mobile gériatrie CHU de Bordeaux, Madame de SARASQUETA - CCECQA Pessac, Madame SAUVAGE - Les Grands Chênes Bordeaux, Madame PEROLLET - Clinique des Cèdres Mérignac, Docteur VOGT - CH d'Agen.

Méthode

Méthode d'évaluation des pratiques

Audit clinique ciblé des pratiques (approche par comparaison à un référentiel).

Etablissements concernés

Etablissements de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) accueillant des personnes âgées.

Schéma d'étude

Analyse rétrospective de dossiers-patient correspondant à des séjours hospitaliers tirés au sort.

Population

Critères d'inclusion

- Des patients : patients âgés de 75 ans ou plus, sans durée minimale d'hospitalisation, sortis du service (sorti à domicile, transfert vers une autre structure de soins établissement).
- Des services : tout service d'hospitalisation de MCO.

Critères d'exclusion

- Des patients : patients décédés pendant le séjour dans l'établissement, ayant fugué, sortis pour permission de moins de 48h.
- Des services : hospitalisation à domicile (HAD), hospitalisation de semaine, hospitalisation de jour (chirurgie ambulatoire, hospitalisation pour séances itératives...), long séjour.

Echantillon

Le nombre de dossiers-patient à inclure est difficile à évaluer faute de données précises. En l'absence, dans la littérature, de taux de référence de respect de bonne pratique quant à la préparation de la sortie de la personne âgée, une attitude empirique est appliquée pour le choix de la taille de l'échantillon, reposant principalement sur des paramètres d'acceptabilité et de faisabilité du recueil.

Un nombre référence de **30 à 50 dossiers** par entité d'évaluation pourra être considéré.

L'entité d'évaluation peut être l'établissement, le service, le pôle d'activité, voire le praticien. Il s'agit du niveau pour lequel l'audit cherche à évaluer la qualité des pratiques en constituant un échantillon représentatif de l'activité de préparation de la sortie.

Les critères de choix de l'entité d'évaluation est fonction des hypothèses et des attentes de l'établissement.

Par exemple, un établissement considère que la préparation de la sortie du patient âgé ne peut pas être identique en MCO et en SSR. De ce fait, il choisit de réaliser une évaluation en MCO et une évaluation en SSR. Dans ce cas, l'évaluation portera sur 50 dossiers de MCO et 50 dossiers de SSR. Les résultats seront présentés séparément.

Organisation du recueil

La démarche EPP est fondée sur une auto-évaluation par les professionnels eux-mêmes.

Responsable du recueil

Le responsable du recueil est le chef de projet au niveau de l'établissement (professionnel impliqué dans la thématique d'évaluation). Il peut solliciter un ou plusieurs référents médicaux (gériatre, médecin DIM...) ainsi qu'un représentant de la cellule qualité qui auront la responsabilité de l'évaluation de tout ou partie des dossiers.

Il engagera l'étude avec l'aide de l'Assistant de Recherche Clinique (ARC) coordonnateur au niveau de la région Aquitaine.

Sélection des dossiers

Les dossiers-patient à inclure seront tirés au sort par le médecin responsable de l'information médicale selon les critères d'inclusion et d'exclusion.

Le tirage au sort des dossiers-patient se fera :

- à partir de la base de données PMSI,
- parmi les dossiers de patients hospitalisés, âgés de 75 ans ou plus et sortis entre le 1^{er} janvier et 31 mars 2006.

Dans le cas où un patient aura eu plusieurs séjours correspondant aux critères d'inclusion (période d'hospitalisation comprise entre le 1^{er} janvier 2006 et le 31 mars 2006), seuls les éléments du premier séjour seront évalués.

Dans le cas de séjour multi-services, l'évaluation portera sur le dernier service visité correspondant aux critères d'inclusion.

Le tirage au sort est à majorer de 10 % à 15% afin de pallier le nombre de dossiers non retrouvés : si des dossiers ne sont pas retrouvés après tirage au sort, ceux du tirage au sort complémentaire seront utilisés pour atteindre le nombre de sujets nécessaires à l'analyse.

Supports de collecte

Les critères d'évaluation et autres variables pour chaque dossier-patient seront renseignés sur une grille de recueil appropriée, à l'aide du guide de remplissage *ad hoc* (cf. annexe 1 et annexe 2). Pour chaque dossier-patient tiré au sort, une grille sera remplie.

Enquêteurs

Le recueil sera réalisé par les équipes de soins. Les enquêteurs peuvent fonctionner en binôme (composé au moins d'un médecin, conseiller) et doivent être formés à la méthode d'enquête et aux consignes de remplissage des grilles de recueil à partir de cas concrets au sein de leur établissement. Les binômes peuvent être composés, par exemple, d'un médecin et d'une cadre infirmier, d'un médecin et d'une assistante sociale...

Analyse des données

Cette étape doit permettre d'examiner les résultats obtenus et de guider la réflexion vers la recherche d'améliorations possibles. Les analyses seront dans un premier temps réalisées par le CCECQA dans le cadre de l'expérimentation. L'établissement évalué pourra ensuite réaliser sa propre saisie et analyse des données.

Les écarts entre la pratique réelle et la référence sont identifiés et leurs causes analysées. Celles-ci peuvent être d'origine professionnelle, organisationnelle ou institutionnelle.

Confidentialité des données

Le remplissage du code médecin est proposé aux praticiens afin de permettre de valoriser leur implication dans ce projet dans le cadre d'une évaluation individuelle des pratiques. Cette utilisation est entièrement facultative (cf. annexe 3).

Des règles strictes de confidentialité sont en outre fondées sur un engagement des enquêteurs à respecter scrupuleusement le secret professionnel, sur une information précise des établissements participants, des patients et des enquêteurs, et sur les mesures de sécurité d'ordre physique et logicielle dans les lieux de stockage au CCECQA.

Retour d'information

Dans le cadre de l'expérimentation un retour d'information, sous la forme d'un rapport écrit et/ou d'une présentation orale, sera fait de façon confidentielle auprès du groupe de travail interne et des professionnels de l'établissement concernés par la thématique.

Au-delà de cette expérimentation, un retour d'information vers l'ensemble des professionnels impliqués dans cette thématique doit être envisagé par le chef de projet et le groupe de travail.

Justification des critères d'évaluation

Les critères d'évaluation de cet outil couvrent trois axes complémentaires : organisation, information et continuité des soins. Ces axes sont définis dans les recommandations (ANAES, 2001) et explicités dans le référentiel (HAS, 2005).

Ces axes sont justifiés de la sorte :

- La sortie permet de clore un séjour hospitalier, pour son bon déroulement elle doit se préparer le plus tôt possible dès l'admission voire la préadmission (organisation).
- Dans la littérature anglo-saxonne, de nombreux audits publiés sur le thème de la sortie du patient mettent en évidence les difficultés rencontrées, notamment, en terme de difficultés de communication et d'information (information).
- Lorsqu'un patient quitte l'établissement de santé celui-ci doit s'assurer qu'il dispose de tous les éléments lui permettant de pouvoir recevoir les soins que son état de santé nécessite (continuité des soins).

1. Disponibilité des informations nécessaire à l'admission (motifs d'hospitalisation, contexte habituel de vie, projet d'avenir) ⇒ information

La nécessité de préparer la sortie du patient dès l'admission à l'hôpital dans une vision intégrant les dimensions médicale, sociale et psychologique est impérative afin de concevoir de façon personnalisée un projet de sortie. Si l'évaluation des données personnelles du patient (état clinique, analyse des potentiels et des besoins ...) doit se faire de façon dynamique tout le long de l'hospitalisation, le recueil des informations concernant le contexte de vie, les besoins et les possibilités du patient âgé et de son entourage doit être débuté dès l'entrée du patient dans la structure, en collaboration avec les différents professionnels impliqués dans le processus de diagnostic, de soins, de rééducation ...

2. Discussion du projet de sortie par l'équipe soignante ⇒ organisation

Le projet de sortie relève de la singularité de chaque personne. Il tient compte également de l'environnement. Basé sur le libre choix d'une personne parfaitement informée, il vise un état sanitaire, fonctionnel et social optimal. Construit dans le contexte hospitalier, il est l'objectif vers lequel tendent tous les efforts (bilans, soins, interventions) et a pour but de préparer et d'accompagner la personne dans la reprise du cours de sa vie en dehors de l'institution de soins. Une aide pour l'élaboration du nouveau projet de vie devrait être apportée à toutes les phases de l'hospitalisation, avec le concours de la famille et de l'équipe de soins. L'organisation et la mise en œuvre du projet de sortie devraient reposer sur le partage des savoirs de la personne handicapée, de son entourage et des professionnels, et sur l'acceptation de l'interaction de ces différentes approches.

3. Association de l'assistante sociale au projet de sortie ⇒ organisation

L'assistante sociale est parfois le meilleur acteur permettant la coordination de la continuité des soins. En effet, une orientation au plus près des besoins et souhaits de la personne et de son entourage repose sur une parfaite connaissance de l'offre environnante. L'évaluation sociale doit faire partie intégrante du projet de sortie, voire du projet de vie, afin de permettre la construction d'un projet articulé avec la réalité de l'environnement du patient et de ses proches.

4. Disponibilité des coordonnées du praticien désigné par le patient dans le dossier du patient ⇒ information

Les coordonnées du médecin désigné par le patient sont un élément du dossier du patient qui permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre professionnels et secteurs

d'activité. Par ailleurs, le médecin traitant doit être associé à la planification de la sortie (critère 41.a de la procédure de certification).

5. Actualisation du projet de sortie tout au long du séjour ⇨ *organisation*

Un projet de sortie n'est pas toujours conçu dès que l'épisode aigu qui a justifié l'hospitalisation est stabilisé. De ce fait, la préparation à la sortie est insuffisante et l'information souvent déficiente tant pour le malade, pour les soignants que les aidants. La sortie du patient doit donc être planifiée dès que possible, voire même avant le séjour lorsque celui-ci était programmé.

6. Information du patient et/ou de son entourage des prestations sociales ⇨ *information*

La gestion et l'attribution des prestations d'aide et de soins sont fonction de l'organisation et des modalités de financement des secteurs médico-social et sanitaires. La prise en charge des problèmes de dépendance, associé à la désorientation, voire à la démence doit pouvoir s'articuler avec les possibilités d'allocations financières dégagées par les politiques en faveur des personnes âgées, en dehors des pensions de retraite et de réversion. Par ailleurs, des renseignements concernant les exonérations financières pour l'entourage aidant ou recueillant le patient âgé ont aussi leur importance, de même que les informations sur les possibilités d'aide au logement. Il est très difficile pour le patient et pour son entourage de se repérer seul(s) parmi toutes les offres des secteurs sanitaire et médico-social.

7. Demande des prestations sociales auxquelles le patient pouvait prétendre ⇨ *organisation*

Malgré la multiplicité des politiques en faveur des personnes âgées et la variété des prestations et services proposés, l'application de ces mesures fait parfois état d'une certaine lenteur qu'il importe de contrebalancer par une demande des prestations la plus rapide possible, et ce bien avant le jour de la sortie du patient. Par exemple, le délai pour l'obtention de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est en moyenne de 2 mois dans les Bouches du Rhône, de 3 semaines pour un financement de la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM), de 15 jours pour une téléalarme ... La prise en compte de ce délai par l'engagement rapide de la demande de prestations est d'autant plus cruciale en cas de retour à domicile, car le retour repose sur la participation active et épuisante d'un conjoint lui aussi âgé, présentant lui aussi un état de fragilité et des problèmes de santé qui nécessitent une aide.

8. Organisation des différents services à domicile ⇨ *organisation*

A l'issue de son séjour à l'hôpital, la personne âgée qui retourne à domicile nécessite des services spécifiques tels que l'aide pour les activités de soins personnels, les gardes de nuit, les services pour améliorer le logement... Là aussi, il importe d'organiser le plus rapidement possible, bien avant la sortie, la mise en place de ces différents services.

Possibilités de services pour les personnes âgées à domicile

Activités

Services

Tâches ménagères et d'entretien

- Services d'aide ménagère
- Portage de repas
- Services de petites réparations
- Travailleurs sociaux

Soins personnels d'hygiène

- Services de soins infirmiers
- Auxiliaires de vie
- Infirmiers libéraux

Possibilités de services pour les personnes âgées à domicile (suite)

<i>Activités</i>	<i>Services</i>
Soins techniques (injections, rééducation, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Services de soins infirmiers • Infirmiers libéraux • Kinésithérapeutes • Pédicures
Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> • Gardiens • Gardes malades • Téléalarmes
Socialisation	<ul style="list-style-type: none"> • Visiteurs bénévoles
Amélioration de l'habitat	<ul style="list-style-type: none"> • Associations d'amélioration de l'habitat

9. Evaluation de la nécessité de l'aménagement du domicile du patient ⇒ *organisation*

La nécessité de l'aménagement du domicile du patient doit être évaluée et est à considérer en fonction de ses besoins et de son niveau de dépendance, car le cadre de vie doit être compatible avec les difficultés fonctionnelles du moment, appelées ou non à évoluer.

10. Organisation d'une visite à domicile si l'aménagement du domicile était nécessaire ⇒ *organisation*

Il ne doit pas exister d'obstacles pour vivre quotidiennement au domicile, le cadre de vie doit être compatible avec les possibilités fonctionnelles du moment. Une des meilleures façons d'anticiper les difficultés « techniques » relatives à la dépendance ou au handicap du patient lors de son retour à domicile est de visiter son domicile afin de préparer le terrain, afin de prévoir :

- l'installation de barres d'appui,
- l'aménagement des toilettes,
- l'installation d'une douche à la place d'une baignoire,
- l'élimination des tapis,
- l'élargissement des portes,
- mais aussi éventuellement la réorganisation de couchage, afin de permettre d'accueillir un lit médicalisé (chambre d'amis, armoire ...) ...

Cette visite est en général effectuée par un ergothérapeute. Elle peut être également réalisée par le tuteur du patient, un kinésithérapeute, une assistante sociale, un personnel extra-hospitalier (CLIC, IDE de visite à domicile, CCASS, SSIAD...). Celle-ci peut avoir lieu lors d'une pré-sortie, avec le patient et/ou son entourage.

11. Prescription du matériel spécialisé ⇒ *organisation*

La prescription de matériel spécialisé est à considérer en fonction des besoins du patient et de son niveau d'autonomie :

- cannes,
- déambulateur,
- fauteuil roulant
- chaise-pot,
- lit médicalisé, ...

Là aussi, comme pour la demande de prestations, l'achat ou la location de matériel doit être envisagé en amont de la sortie, afin que le matériel puisse être disponible le jour J. Attention, la commande de matériel spécialisé peut concerner également des établissements sociaux ou

médico-sociaux qui ne fournissent pas certains matériels très simples, comme par exemples des cannes ou un déambulateur.

12. Information du patient et/ou son entourage de la date et de l'heure de sortie ⇒ *organisation/information*

Le patient et/ou son entourage doivent bien évidemment être les premiers à connaître la date de sortie du patient.

13. Information du patient et/ou son entourage des modalités de traitement, de suivi et de surveillance ultérieurs ⇒ *information/continuité des soins*

Le patient et/ou l'entourage doit (doivent) avoir intégré les informations qui ont été données (modalités de prise des médicaments, signes et symptômes qui doivent alerter, précautions à prendre pour la reprise des activités physiques, conseils diététiques et hygiène de vie, précautions pour la prévention d'un risque infectieux, information sur le suivi transfusionnel ou sur le dispositif médical implanté...). L'information sur les injections retard doit être particulièrement appuyée dans la mesure où l'efficacité et l'absence de iatrogénie médicamenteuse reposent sur le respect de la durée entre deux injections.

14. Information des intervenants extérieurs nécessaires aux besoins du patient du jour de sa sortie ⇒ *information/continuité des soins*

Les intervenants extérieurs nécessaires aux besoins du patient ou la structure de soins vers laquelle est redirigé le patient à sa sortie doivent être informés du jour de la sortie du patient et les éléments d'information relatifs aux prescriptions médicales et/ou à l'état de dépendance du patient doivent être communiqués aux professionnels afin d'assurer la continuité des soins.

15. Disponibilité des coordonnées téléphoniques du service de soins au patient et/ou à son entourage ⇒ *organisation*

Les coordonnées téléphoniques du service sont systématiquement remises au patient lorsqu'une consultation post-hospitalisation est nécessaire (un rendez-vous est donné au patient et/ou à son entourage).

16. Restitution des effets personnels déposés au coffre au moment de la sortie au patient ou à son représentant légal ⇒ *organisation*

Il est fréquent d'oublier de récupérer les effets personnels, l'argent ou les papiers déposés au coffre. Les récupérer juste avant ou au moment de la sortie évite bien des tracas au patient sortant et/ou à son entourage une fois arrivé(s) au domicile ou dans l'établissement de soins.

17. Organisation du mode de transport du patient ⇒ *organisation*

Le médecin du service est seul juge du mode de transport. Selon l'état de santé, il choisira :

- une ambulance,
- un VSL,
- une voiture particulière ou taxi.

En ce qui concerne les frais de transport, il n'y a pas d'avance à faire lorsque le malade est pris en charge à 100%. Au delà de 150 km, une demande d'entente préalable auprès des caisses de sécurité sociale est indispensable.

Les documents de sortie

La transmission des informations à l'usage des partenaires extra-hospitaliers (domicile ou secteur médico-social) conditionne la continuité des soins et la qualité de la prise en charge.

18. Conformité de l'ordonnance de sortie ⇒ *continuité des soins*

Elle est indispensable pour que le patient et/ou son entourage puisse s'organiser dès le retour à domicile. Les prescriptions peuvent concerner médicaments et rééducation. Ces prescriptions seront ensuite renouvelées ou non par le médecin traitant dans un deuxième temps. Elle doit être prête au moment du départ du patient, lisible, remise en main propre par le médecin au patient et/ou à son entourage, expliquée au patient et/ou à son entourage.

19. Conformité du certificat médical ⇒ *continuité des soins*

Il est souvent nécessaire que le médecin responsable du séjour hospitalier soit amené à rédiger un ou plusieurs certificat(s) médical(aux), par exemple pour la demande d'allocations permettant le maintien à domicile ou le paiement des frais d'hébergement de structures médico-sociales.

20. Conformité de la lettre de sortie pour le médecin ⇒ *continuité des soins*

La lettre de sortie comporte les conclusions diagnostiques et le traitement de sortie. Elle est remise au patient ou adressé à la demande du patient au praticien qu'il désigne, en même temps que les autres documents (ordonnances médicaments, prescriptions diverses, radiographies...) dans un délai réglementaire de 8 jours. Un double de ce courrier doit être retrouvé dans le dossier du patient.

21. Conformité de la fiche de liaison pour les professionnels paramédicaux

Une communication concrète et efficace entre les professionnels hospitaliers et ceux du lieu de vie est impérative afin de préparer au mieux la sortie. Un document de synthèse doit être remis au patient ou adressé à la structure sanitaire ou médico-sociale ou au personnel paramédical libéral (IDE, kinésithérapeute, orthophoniste...) en même temps que les autres éléments du dossier. Un double de ce document doit être retrouvé dans le dossier du patient.

**Annexe 2 - Grille de recueil
« Préparation de la sortie du patient âgé hospitalisé »**

Critères d'évaluation (2/2)

<i>Indiquer pour chaque critère si une trace des éléments cités est retrouvée dans le dossier</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>NA</i>				
8. Les différents services à domicile ont-ils été organisés si nécessaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9. La nécessité de l'aménagement du domicile du patient a-t-elle été évaluée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
10. Si l'aménagement du domicile était nécessaire, une visite à domicile a-t-elle été organisée afin d'étudier l'état du logement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11. Le matériel spécialisé a-t-il été prescrit à l'avance afin d'être disponible le jour de la sortie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
12. Le patient et/ou son entourage a-t-il (ont-ils) été informé(s) de la date et de l'heure de sortie vers son domicile ou vers une structure de soins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
13. Le patient et/ou son entourage a-t-il (ont-ils) été informé(s) des modalités de traitement, de suivi et de surveillances ultérieures ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
14. Les intervenants extérieurs nécessaires aux besoins du patient, ou la structure de soins, ont-ils été informés du jour de la sortie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
15. Lorsqu'une consultation à distance a été jugée nécessaire, les coordonnées téléphoniques du service de soins ont-elles été remises au patient et/ou à son entourage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
16. Les effets personnels déposés au coffre ont-ils été restitués au moment de la sortie au patient ou à son représentant légal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
17. Le mode de transport du patient a-t-il été organisé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Les documents de sortie :							
	<i>NA</i>	<i>copie</i>	<i>trace</i>	<i>prêt</i>	<i>lisible</i>	<i>remis</i>	<i>expliqué</i>
18. Ordonnance(s) de sortie*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Certificats médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Lettre de sortie pour le médecin		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. Fiche de liaison infirmière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>* ou indications de prescription Présent : copie du document dans le dossier ou trace dans le dossier des éléments devant figurer sur le document cité Prêt : document prêt au moment du départ du patient Lisible : répondre à cet item uniquement si présence de la copie du document dans le dossier Remis : l'ordonnance et les certificats médicaux remis en main propre au patient et/ou son entourage ; lettre de sortie remise au patient ou adressé au praticien désigné ; fiche de liaison remise au patient ou adressé à la structure de soins Expliqué : document expliqué au patient et/ou à son entourage</p> <p>NA : Non Applicable (cf. consignes de remplissage pour les conditions)</p>							

**Annexe 2 - Consignes d'utilisation de la grille de recueil
« Préparation de la sortie du patient âgé hospitalisé »**

Définitions

- Entourage : famille, proches, représentant légal ou tuteur
- Structure de soins : structure de soins d'accueil après le passage du patient dans l'établissement (établissement de santé (MCO), établissement médico-social, EHPAD (établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes), maison de retraite, maison de repos, établissement de soins de suite et de réadaptation...)
- Praticien désigné par le patient : médecin traitant, médecin référent
- Projet de sortie : assemblage de moyens et harmonisation de méthodes confrontés à la réalité, autour de la personne et de son projet de vie, tenant compte des 3 axes (la personne, le monde hospitalier, l'entourage sanitaire et social) : le projet de sortie doit reposer sur une évaluation dynamique répétée dans le temps des données personnelles (état clinique, état de santé global, âge...), du contexte de vie (identification des aménagements, perspective du retour à domicile) et des besoins (évaluation pluridisciplinaire) [Confère de Consensus. Sortie du monde hospitalier et retour à domicile d'une personne adulte handicapée. Sept 2004]
- Projet d'avenir : (ou projet de vie) projet à court ou moyen terme, tourné vers l'avenir, servant de référence à la réflexion et à l'action.

Il peut être défini comme un projet commun permettant au professionnel et au patient d'y inscrire leurs attentes, leurs intérêts, leurs espoirs réciproques. Il repose sur une confiance réciproque dans la relation soignant-soigné. Le soignant a pour rôle de rendre acteur le patient âgé et de l'accompagner dans la réalisation de son projet selon ses propres lois en tenant compte de son histoire, de son passé, de ses demandes, de ses désirs et de ses possibilités. Chaque accompagnement est différent, chaque projet unique. Le projet doit être cohérent. Les composantes d'un projet de vie sont les suivantes :

- La personne soignée est le centre de gravité de son propre projet : le patient, le principal concerné, reste l'acteur principal des discussions et décisions qui concernent son projet,
- Le projet s'inscrit dans une histoire de vie et tient compte du passé récent : l'orientation du projet ne se fait pas toujours dans la continuité,
- Le projet implique la famille et les proches ainsi que le médecin traitant,
- Le projet va dans le sens d'une qualité de vie,
- Le projet intègre l'idée de mort,
- Le projet doit comprendre nécessairement le choix de lieu de vie.

[Philippe Meire, Isabelle Neiryck. Le paradoxe de la vieillesse - l'autonomie dans la dépendance. Ed Savoirs & Santé, 1997]

Pour chaque dossier-patient tiré au sort, une grille sera remplie.

Dans le cas où un patient a eu plusieurs séjours correspondant aux critères d'inclusion (période d'hospitalisation comprise entre le 1^{er} janvier 2006 et le 31 mars 2006), une seule grille sera remplie pour le **premier séjour**.

Dans le cas de séjour multi-services, l'évaluation portera sur le **dernier service** correspondant aux critères d'inclusion.

Etablissement

Noter en clair le nom de l'établissement

Service

Noter en clair le nom du service.

Numéro de la grille

Indiquer un numéro pour la grille de recueil, incrémenté de 1 à n en s'assurant d'éviter les doublons.

Nom

Indiquer les 3 premières lettres du nom du patient

Prénom

Indiquer les 3 premières lettres du prénom du patient

Remarque : ces 3 éléments, le numéro et les initiales, permettent de retourner au dossier pendant la période de recueil si besoin. La correspondance entre le numéro de la grille et le dossier (nom ou numéro patient) peut être répertoriée sur une feuille conservée au sein du service et détruite à la fin de l'étude. Un modèle est proposé en annexe.

Age

Indiquer l'âge du patient en années

Sexe

Indiquer le sexe du patient : F pour sexe féminin, M pour sexe masculin

Date d'admission

La date d'admission correspond au premier jour d'hospitalisation dans le service du séjour évalué. Son format est le suivant : jj/mm/aa.

Date de sortie

La date de sortie correspond au dernier jour d'hospitalisation dans le service du séjour évalué. Son format est le suivant : jj/mm/aa.

Orientation du patient

Indiquer la destination du patient après sa sortie effective de l'établissement :

- retour à domicile sans intervenant spécifique (patient autonome par exemple),
- retour à domicile avec soutien sanitaire et/ou social (infirmière libérale, hospitalisation à domicile, services infirmiers à domicile, aide à domicile, garde malade, bénévole...)
- admission dans une structure de soins (établissement MCO, unité de soins palliatifs, EPHAD, maison de retraite, maison de repos, établissement de SSR...).

Code du médecin responsable

Indiquer le médecin responsable du patient lors de son séjour si le médecin est identifiable sur le dossier patient et si le médecin a donné son accord.

Remarque : cette identification sur la grille de recueil peut être faite à l'aide d'un code de façon à assurer l'anonymat du médecin ; la correspondance entre le code et le nom du prescripteur sera faite avant le début du recueil sur une liste, conservée au sein du service. Un modèle est proposé en annexe.

Rappel : le renseignement de chaque critère repose sur des éléments de preuve, le recueil nécessite de rechercher la **trace de ces éléments dans le dossier-patient** (dossiers médical et infirmier).

Critère 1. Les informations sur les motifs d'hospitalisation, le contexte habituel de vie ou le projet d'avenir étaient-elles disponibles à l'admission ?

Pour chacun des items libellés, « contexte habituel de vie » (insertion sociale, étayage soignant, état du logement...), « motifs d'hospitalisation » ou « projet d'avenir » :

- Répondre OUI si une copie ou une trace des éléments figurant dans le libellé est retrouvée dans le dossier à l'admission du patient (dans le cadre d'une hospitalisation programmée, au moment de l'admission ; dans le cadre d'une hospitalisation non programmée, pendant les premières 48 heures de l'hospitalisation).
- Répondre NON si aucune trace de ces éléments ne figure dans le dossier ou en l'absence de date dans le dossier permettant de juger du moment de disponibilité des éléments demandés. Si la réponse est non pour le projet d'avenir, indiquer la raison (manque de temps, séjour de courte durée...).

Critère 2. Le projet de sortie a-t-il été discuté par l'équipe soignante ?

Le projet de sortie du patient a fait l'objet d'une discussion au sein de l'équipe (au cours d'un staff, d'une réunion...).

Répondre OUI si une trace de cette discussion collective est retrouvée dans le dossier du patient. Faire attention à la date de cette discussion (la date du projet de sortie doit être différente de la date de sortie, des indications sur la sortie effective ne sont pas valables).

Répondre NON si le dossier du patient ne fait pas mention de cette discussion.

Critère 3. L'assistante sociale a-t-elle été associée au projet de sortie ?

Le plus souvent il s'agit d'un contact entre le cadre de santé et l'assistante sociale. L'organisation de certains établissements peut conduire d'autres professionnels du service (autre que le cadre de santé) à assurer ce contact avec l'assistante sociale.

Répondre OUI si le résultat de cette discussion est noté dans le dossier du patient.

Répondre NON si le dossier du patient ne fait pas mention de cette discussion ou fait mention d'absence de proposition d'un entretien avec l'assistante sociale.

Répondre NA s'il n'existe pas d'assistante sociale au sein de l'établissement ou si le dossier fait mention d'un refus du patient et/ou de l'entourage de s'entretenir avec l'assistante sociale.

Critère 4. Les coordonnées du praticien désigné par le patient figuraient-ils dans le dossier du patient ?

Répondre OUI si les coordonnées complètes du médecin (au minimum, nom et téléphone lisibles) sont notées dans le dossier du patient.

Répondre NON si les coordonnées du médecin sont incomplètes (manque le nom ou le téléphone) ou illisibles ou absentes (aucune coordonnée du médecin retrouvée dans le dossier).

Répondre NA si le patient n'a pas désigné de praticien ou si le patient a refusé d'indiquer les coordonnées du praticien. Ces éléments concernant le refus du patient à communiquer les coordonnées du médecin sont notés dans le dossier.

Critère 5. La sortie a-t-elle fait l'objet d'un projet actualisé tout au long du séjour en lien avec le patient et/ou son entourage ?

La sortie du patient a été planifiée dès que possible, voire même avant le séjour lorsque celui-ci était programmé. Des éléments d'évaluation sur le plan somatique, psychique et thymique, cognitif, social, des handicaps et de la dépendance sont notés dans le dossier du patient et sont pris en compte pour le projet de sortie.

Répondre OUI si le dossier fait mention d'un projet de sortie dès le début de l'hospitalisation (ex : une date de sortie prévisionnelle est retrouvée dans le dossier, compte-rendu des staffs au cours desquels le projet de sortie a été réactualisé...) et si des résultats d'évaluation du patient

sur le plan somatique, psychique et thymique, cognitif, social... sont mentionnés dans le projet de sortie.

Répondre NON si aucune planification de la sortie a été réalisée (ex : aucune trace dans le dossier de date de planification de la sortie) ou si aucun des éléments d'évaluation a été pris en compte pour le projet de sortie (aucune trace dans le dossier d'éléments d'évaluation).

Critère 6. Le patient et/ou son entourage a-t-il (ont-ils) été informé(s) des prestations sociales auxquelles le patient pouvait prétendre ?

Répondre OUI si une trace de l'information relative aux différentes prestations sociales (en fonction des caractéristiques du patient : âge, autonomie...) ou si une trace de l'entretien avec l'assistante sociale est retrouvée dans le dossier du patient ou si le patient ne peut prétendre à certaines prestations, une trace est retrouvée dans le dossier.

Répondre NON aucune trace n'est retrouvée dans le dossier comme quoi le patient a été informé ou qu'il ne pouvait pas prétendre à certaines prestations.

Répondre NA si le patient a refusé de voir l'assistante sociale (selon mention dans le dossier).

Critère 7. La demande des prestations sociales auxquelles le patient pouvait prétendre a-t-elle été engagée ?

Répondre OUI si une trace de demande de prestations sociales a été retrouvée dans le dossier (ex : copie de la demande, nom de la personne ayant fait la demande, objet de la demande, date de la demande...).

Répondre NON si aucune trace dans le dossier n'a été retrouvée concernant la demande de prestations sociales.

Répondre NA si le patient n'a droit à aucune prestation sociale ou si le patient et/ou son entourage a refusé d'engager une procédure de demande de prestations sociales (selon mention dans le dossier) ou s'il n'existe pas d'assistante sociale au sein de l'établissement.

Critère 8. Les différents services à domicile ont-ils été organisés si nécessaire ?

Les différents services sont les structures ou modalités de prise en charge qui permettent un retour au domicile pour des patients nécessitant un accompagnement. Leur sollicitation est à considérer en fonction des besoins du patient et de son état de dépendance temporaire ou permanent :

- HAD, SSIAD, infirmière libérale
- infirmière à domicile ou de secteur
- kinésithérapeute
- assistante sociale, services sociaux (CLIC, CCAS ...)
- aide à domicile
- livraison des repas
- garde à domicile
- téléalarme
- visite de bénévoles
- autres

Répondre OUI si une trace de demande d'accès à ces structures ou ces services est retrouvée dans le dossier (ex : copie de courrier, nom de la personne ayant réalisé la procédure, date de la procédure...)

Répondre Non si aucune trace n'est retrouvée dans le dossier.

Répondre NA si aucune de ces structures ou de ces services n'est nécessaire pour un retour au domicile ou si le patient est redirigé vers une structure de soins à sa sortie.

Critère 9. La nécessité de l'aménagement du domicile du patient a-t-elle été évaluée ?

La nécessité de l'aménagement du domicile du patient doit être évaluée et est à considérer en fonction de ses besoins et de son niveau de dépendance, car le cadre de vie doit être compatible avec les difficultés fonctionnelles du moment, appelées ou non à évoluer.

Répondre OUI si dans le cas où un aménagement du domicile du patient doit être envisagé, des éléments d'information relatifs à ces aménagements sont retrouvés dans le dossier du patient (ex : date de prise de contact avec les différents acteurs, nom de la personne ayant fait l'évaluation...) ou si dans le cas contraire, une trace dans le dossier de l'absence de nécessité d'aménagement du domicile est retrouvée.

Répondre NON aucune trace sur l'évaluation de la nécessité d'aménager le domicile du patient n'est retrouvée dans le dossier.

Répondre NA si le patient est redirigé vers une structure de soins à sa sortie.

Critère 10. Si l'aménagement du domicile était nécessaire, une visite à domicile a-t-elle été organisée afin d'étudier l'état du logement ?

Une des meilleures façons d'anticiper les difficultés « techniques » relatives à la dépendance ou au handicap du patient lors de son retour à domicile est de visiter son domicile afin de préparer le terrain, afin de prévoir :

- l'installation de barres d'appui,
- l'aménagement des toilettes,
- l'installation d'une douche à la place d'une baignoire,
- l'élimination des tapis,
- l'élargissement des portes,
- mais aussi éventuellement la réorganisation de couchage, afin de permettre d'accueillir un lit médicalisé (chambre d'amis, armoire) ...

Cette visite est en général effectuée par un ergothérapeute. Elle peut être également réalisée par le tuteur du patient, un kinésithérapeute, une assistante-sociale, un personnel extra-hospitalier (CLIC, IDE de visite à domicile, CCASS, SSIAD...). Celle-ci peut avoir lieu lors d'une pré-sortie, avec le patient et/ou son entourage.

Répondre OUI si une trace de cette visite est retrouvée dans le dossier (ex : nom de la personne ayant fait la visite, date de la visite, copie du compte-rendu de visite, liste des aménagements nécessaires...)

Répondre NON si aucune trace relative à une visite pour l'aménagement du domicile n'est retrouvée dans le dossier.

Répondre NA si :

- la réponse au critère 9 est NA
- ou si cette visite n'a pas été jugée nécessaire après évaluation
- ou si cette visite a été jugée nécessaire mais non réalisée devant l'absence de personnel dans l'établissement pouvant assurer cette visite (absence d'ergothérapeute notamment)
- ou si le patient est redirigé vers une structure de soins à sa sortie.

Critère 11. Le matériel spécialisé a-t-il été prescrit à l'avance afin d'être disponible le jour de la sortie ?

La prescription de matériel spécialisé est à considérer en fonction des besoins du patient et de son niveau d'autonomie :

- cannes,
- déambulateur,
- fauteuil roulant
- chaise-pot,
- lit médicalisé, ...

Répondre OUI si des éléments d'information relatifs à ces équipements sont retrouvés dans le dossier du patient (ex : copie ou trace de l'ordonnance, de la lettre de sortie, de(s) prescription(s)...)

Répondre NON si aucune trace de ces éléments n'est retrouvée dans le dossier.

Répondre NA si aucun de ces matériels n'est nécessaire pour le retour du patient.

Critère 12. Le patient et/ou son entourage a-t-il (ont-ils) été informé(s) de la date et de l'heure de sortie vers le domicile ou vers la structure de soins ?

Répondre OUI si l'information relative à la date et à l'heure de sortie donnée au patient et/ou à son entourage est notée dans le dossier du patient.

Répondre NON dans le cas contraire.

Critère 13. Le patient et/ou son entourage a-t-il (ont-ils) été informé(s) des modalités de traitement, de suivi et de surveillance ultérieurs ?

Le patient et/ou son entourage dispose(nt) de documents écrits leur indiquant les consignes de surveillance et/ou de prévention des rechutes ou risques.

Répondre OUI si la trace de remise de ces informations est retrouvée dans le dossier du patient.

Attention : un traitement ne nécessitant pas de suivi et de surveillance doit faire l'objet d'une information. Exemple d'une transfusion : pas de suivi nécessaire mais l'information sur la transfusion doit être donnée.

Répondre NON si aucune trace comme quoi une information a été donnée au patient n'est retrouvée dans le dossier.

Répondre NA si le patient a des troubles de la communication verbale et ne bénéficie pas d'un entourage pouvant être informé de ces modalités ou si le patient sort sans besoin de prescription médicale.

Critère 14. Les intervenants extérieurs nécessaires aux besoins du patient, ou la structure de soins, ont-ils été informés du jour de la sortie du patient ?

Les intervenants extérieurs peuvent être :

- le praticien désigné par le patient
- l'infirmière à domicile, du SSIAD, de l'HAD
- l'aide à domicile, auxiliaire de vie sociale,
- le kinésithérapeute,
- les voisins (éventuellement)

Répondre OUI si les contacts établis sont notés dans le dossier du patient et si la date de prise de contact est retrouvée.

Répondre NON si aucune trace de contact avec l'un ou plusieurs des intervenants n'est notée.

Répondre NA si le patient est autonome (ne nécessite pas l'intervention d'une tierce personne ou n'est pas redirigé vers une structure de soins à sa sortie) et sort sans besoin de prescription médicale.

Critère 15. Lorsqu'une consultation à distance a été jugée nécessaire, les coordonnées téléphoniques du service de soins ont-elles été remises au patient et/ou à son entourage?

Les coordonnées téléphoniques du service sont systématiquement remises au patient lorsqu'une consultation post-hospitalisation est nécessaire (un rendez-vous est donné au patient et/ou à son entourage).

Répondre OUI si une trace de cette information donnée au patient et/ou son entourage est retrouvée dans le dossier.

Répondre NON si aucune trace de cette information n'est retrouvée dans le dossier.

Répondre NA si le patient ne nécessite pas de consultation (selon mention dans le dossier).

Critère 16. Les effets personnels déposés au coffre ont-ils été restitués au moment de la sortie au patient ou à son représentant légal ?

Répondre OUI si un dépôt a été réalisé, une trace dans le dossier est retrouvée, mentionnant le détail du dépôt. Une feuille doit être signée par le patient ou par son représentant légal, de même que dans l'éventualité où le patient aurait eu des effets à déposer mais aurait refusé de faire le dépôt.

Répondre NON dans le cas contraire.

Répondre NA si :

- il n'existe pas de coffre dans l'établissement
- ou aucun dépôt au coffre n'a été fait
- ou il existe un coffre dans la chambre
- ou le représentant légal est absent.

Critère 17. Le mode de transport du patient a-t-il été organisé ?

Il peut s'agir d'une voiture particulière, d'une ambulance, d'un VSL ...

Répondre OUI si une trace de l'organisation du transport est retrouvée dans le dossier (ex : appel d'un prestataire, demande faite au patient et/ou à son entourage...).

Répondre NON si aucune trace n'est retrouvée.

Les documents de sortie

Pour chaque document de sortie, plusieurs items sont proposés (existence d'une copie, d'une trace, document prêt, lisible, document remis et expliqué au patient). La réponse à chacun de ces items permettra de calculer différents taux de conformité, selon le niveau d'exigence souhaité.

Critère 18. Ordonnance(s) de sortie (ou indications de prescription)

L'ordonnance de sortie comporte le nom et les coordonnées du médecin responsable du patient lors de son hospitalisation.

Indiquer si l'ordonnance de sortie est présente dans le dossier (copie de l'ordonnance) ou s'il existe une trace de son existence (par exemple, absence de double mais note dans le dossier de la transmission de cette ordonnance au patient ou à son entourage).

D'autres éléments peuvent être recherchés :

- l'ordonnance était prête au moment du départ du patient (si copie dans le dossier, vérifier la date de rédaction de l'ordonnance avec la date de sortie du patient)
- elle était lisible (si copie dans le dossier uniquement)
- elle a été remise en main propre par le médecin au patient et/ou à son entourage (trace de cette information dans le dossier)
- elle a été expliquée au patient et/ou à son entourage (trace de cette information dans le dossier).

Répondre NA si le patient est sorti sans besoin de prescription médicale, par exemple dans le cas où le patient est redirigé vers une structure de soins à sa sortie. Dans ce cas, passer au critère suivant.

Critère 19. Certificat médical

Indiquer si un certificat médical est présent dans le dossier c'est-à-dire si une copie du certificat est retrouvée ou bien s'il existe une trace de l'existence du certificat dans le dossier.

D'autres éléments peuvent être recherchés :

- le certificat était prêt au moment du départ du patient (si copie dans le dossier, vérifier la date de rédaction des certificats avec la date de sortie du patient)
- il était lisible (si copie dans le dossier uniquement)

- il a été remis en main propre par le médecin au patient et/ou à son entourage (trace de cette information dans le dossier)
- il a été expliqué au patient et/ou à son entourage (trace de cette information dans le dossier)

Répondre NA si le patient n'avait pas besoin de certificat médical. Dans ce cas, passer au critère suivant.

Critère 20. Lettre de sortie pour le médecin

Un double de la lettre de sortie doit être retrouvé dans le dossier du patient.

Indiquer si la lettre de sortie est présente dans le dossier c'est-à-dire si une copie de la lettre est retrouvée ou bien s'il existe une trace de la lettre dans le dossier.

Si la lettre de sortie est présente dans le dossier (copie ou trace), indiquer si :

- elle était prête au moment du départ du patient (vérifier la date de rédaction avec la date de sortie du patient)
- elle était lisible (si copie dans le dossier uniquement)
- elle a été remise en main propre par le médecin au patient et/ou à son entourage ou adressé au praticien désigné (trace dans le dossier)

Critère 21. Fiche de liaison pour les professionnels paramédicaux

Un double de la fiche de synthèse concernant les informations paramédicales doit être retrouvé dans le dossier du patient.

Répondre NA si le patient retourne à son domicile et ne nécessite pas de soins infirmiers.

Indiquer si la fiche de liaison infirmière est présente dans le dossier c'est-à-dire si une copie de la fiche est retrouvée ou bien s'il existe une trace de la fiche dans le dossier.

Si la fiche de liaison est présente dans le dossier (copie ou trace), indiquer si :

- elle était prête au moment du départ du patient (vérifier la date de rédaction des certificats avec la date de sortie du patient)
- elle était lisible (si copie dans le dossier uniquement)
- elle a été remise au patient et/ou à son entourage ou adressée à la structure de soins (trace dans le dossier).

Annexe 3 - Support : codification des médecins

Liste des médecins

Caractéristiques de l'unité de soins

Etablissement : Service :

Identification des médecins

Code	Nom	Prénom	Fonction

Annexe 4 - Support : codification des dossiers-patient

Liste des dossiers-patient

Caractéristiques de l'unité de soins

Etablissement : Service :

Identification des dossiers-patient

Code	Nom	Prénom	Numéro de patient (ou autre)
_ _ _			
_ _ _			
_ _ _			
_ _ _			
_ _ _			
_ _ _			
_ _ _			
_ _ _			
_ _ _			
_ _ _			
_ _ _			
_ _ _			
_ _ _			
_ _ _			
_ _ _			
_ _ _			
_ _ _			
_ _ _			
_ _ _			
_ _ _			