Amélioration de l'information du médecin généraliste sur le projet thérapeutique individualisé du patient hospitalisé en SSR. Audit évaluant l'intérêt d'une nouvelle maquette du dossier personnalisé pour améliorer la pertinence du courrier de sortie

Anne-Laure Naudé

▶ **To cite this version:**

Anne-Laure Naudé. Amélioration de l'information du médecin généraliste sur le projet thérapeutique individualisé du patient hospitalisé en SSR. Audit évaluant l'intérêt d'une nouvelle maquette du dossier personnalisé pour améliorer la pertinence du courrier de sortie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2013. hal-01732748

HAL Id: hal-01732748
https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732748

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ DE LORRAINE **FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY**
Année 2013 **N° 6697**

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Mlle Anne - Laure NAUDE
Née le 19 avril 1984

le 09 décembre 2013

Amélioration de l'information du médecin généraliste sur le projet thérapeutique individualisé du patient hospitalisé en SSR.

Audit évaluant l'intérêt d'une nouvelle maquette du dossier personnalisé pour améliorer la pertinence du courrier de sortie.

Examinateurs de la thèse :

Président de Jury :
Monsieur le Professeur Jean-Dominique de KORWIN

Membres du Jury :
Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON
Monsieur le Professeur Alain GÉRARD
Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO (co-directeur)
Monsieur le Docteur Jean LAURENT (directeur)

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Pédagogie » : Mme la Professeure Karine ANGIOI
Vice-Doyen Mission « Sillon lorrain » : Mme la Professeure Annick BARBAUD
Vice-Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Assesseurs :

- 1er Cycle :	**Professeur Bruno CHENUEL**
- 2ème Cycle :	**Professeur Marc DEBOUVERIE**
- 3ème Cycle : • « *DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques* »	**Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**
• « *DES Spécialité Médecine Générale* »	**Professeur Paolo DI PATRIZIO**
- Commission de Prospective Universitaire :	**Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**
- Développement Professionnel Continu :	**Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**
- Filières professionnalisées :	**M. Walter BLONDEL**
- Formation Continue :	**Professeur Hervé VESPIGNANI**
- Recherche :	**Professeur Didier MAINARD**
- Relations Internationales :	**Professeur Jacques HUBERT**
- Universitarisation des études paramédicales et gestion des mono-appartenants :	**M. Christophe NEMOS**
- Vie Étudiante :	**Docteur Stéphane ZUILY**
- Vie Facultaire :	**Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT**
- Étudiants :	**M. Xavier LEMARIE**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL
Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET Professeur Michel WAYOFF

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***
Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN
2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***
Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV
3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***
Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : ***(Radiologie et imagerie médecine)***
Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Professeur Ali DALLOUL
4ème sous-section : ***(Nutrition)***
Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2ème sous-section : ***(Parasitologie et Mycologie)***
Professeure Marie MACHOUART
3ème sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***
Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN
Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA
2ème sous-section : ***(Médecine et santé au travail)***
Professeur Christophe PARIS
3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***
Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Professeur Pierre FEUGIER

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT
Professeur Frédéric MARCHAL
3ème sous-section : ***(Immunologie)***
Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)***
Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER
2ème sous-section : ***(Réanimation ; médecine d'urgence)***
Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET
4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)***
Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***
Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD
2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***
Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS
3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN
4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***
Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH
5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***
Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE
2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***
Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***
Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT
2ème sous-section : ***(Cardiologie)***
Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET
3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***
Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET
4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
3ème sous-section : ***(Néphrologie)***
Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT
4ème sous-section : ***(Urologie)***
Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEG

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)*
Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS
Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME
2ème sous-section : *(Chirurgie générale)*
Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
1ère sous-section : *(Pédiatrie)*
Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX
2ème sous-section : *(Chirurgie infantile)*
Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE
3ème sous-section : *(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)*
Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL
4ème sous-section : *(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)*
Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : *(Oto-rhino-laryngologie)*
Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2ème sous-section : *(Ophtalmologie)*
Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3ème sous-section : *(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)*
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ
2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE
2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)
Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***
Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET
3ème sous-section : ***(Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)***
Docteure Sandrine HENARD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN
2ème sous-section ***(Médecine et Santé au Travail)***
Docteure Isabelle THAON
3ème sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Docteur Laurent MARTRILLE
4ère sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication***
Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)***
Docteure Lina BOLOTINE
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***
Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteure Anne-Christine RAT
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Docteure Anne-Claire BURSZTEJN
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)***
Docteur Fabrice VANHUYSE
4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Docteur Stéphane ZUILY

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***
Docteure Laure JOLY

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)***
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Docteure Elisabeth STEYER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

60ème Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL
Monsieur Alain DURAND

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66ème Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

À notre président de jury.

Monsieur le Professeur Jean-Dominique de KORWIN, Professeur de Médecine Interne.

Merci de nous avoir aidée dans l'élaboration de ce sujet et pour vos précieux conseils.
Merci de nous faire l'honneur de présider la soutenance de cette thèse.

Aux membres du jury.

Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON, Professeur d'Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention.
Monsieur le Professeur Alain GÉRARD, Professeur de Réanimation Médicale.

Merci Messieurs de nous avoir fait l'honneur d'accepter de juger ce travail.

Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO, Professeur Associé de Médecine Générale.
Monsieur le Docteur Jean LAURENT, Médecin Interniste, Ancien expert visiteur HAS (courts séjours et SSR), Liste d'aptitude de maître de conférence agrégé thérapeutique et réanimation, Ancien directeur d'établissement MCO, Ancien président d'EHPAD.

Merci Messieurs d'avoir accepté de diriger ce travail et de nous avoir suivi tout au long de son élaboration.
Merci pour vos précieux conseils.

À ceux sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

Monsieur le Docteur Yves GERMAIN, Pharmacien Biologiste, Président Directeur Général du SSR des Elieux.

Merci de m'avoir permis de réaliser ce travail dans votre établissement et d'accéder aux dossiers médicaux pour mon étude.
Merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir permis d'exercer la médecine dans votre établissement.

Dany, Assistante de Direction au SSR des Elieux.
Stéphanie, Secrétaire Médicale au SSR des Elieux.

Merci pour le temps précieux que vous m'avez accordé afin que je puisse réaliser et concrétiser mon travail.

Les 22 médecins généralistes sollicités pour ce travail.

Merci de m'avoir accordé un peu de votre temps pour répondre à mes questionnaires.

À ma famille.

À mon père, ma mère, ma sœur et mon frère.

Merci d'être présents, soudés, à l'écoute.
Merci de votre soutien.
Merci pour les bons moments passés ensemble.
Merci Papa de m'avoir soumis ce sujet et pour l'énorme soutien que tu m'apportes chaque jour. Le petit oiseau est presque prêt à voler de ses propres ailes.
Merci Maman pour tes relectures studieuses et tes conseils d'écriture.

À Lysa, ma filleule adorée.

À Loulou, mon compagnon depuis bientôt 7 ans.

Merci de m'accompagner dans toutes les épreuves et de me supporter depuis tant d'années.
Merci de ton soutien.
Merci d'être toi.
Merci de m'avoir donné Victor, la merveille de notre vie.

À mes beaux - parents.

Merci pour votre soutien et pour tout ce que vous nous apportez.

À tout le reste de ma famille et particulièrement à mes cousins et cousines adorés avec qui j'ai passé des moments inoubliables, qu'ils soient encore nombreux !

À tous ceux qui sont partis trop tôt…

À mes amies et amis.

Merci pour les bons moments passés ensemble.

Je remercie tout particulièrement Mélanie (Tata Nanie) ma meilleure amie depuis tant d'années.
Tu es si loin mais pourtant si présente.

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.
Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.
J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

SOMMAIRE

INTRODUCTION 15

I. PRÉSENTATION 17
A. LE SSR 17
B. LE PROJET THÉRAPEUTIQUE INDIVIDUALISE 17
C. FONCTIONNEMENT DU SSR DES ÉLIEUX 18

II. OBJECTIFS DE TRAVAIL 21
A. OBJECTIF PRINCIPAL 21
B. OBJECTIFS SECONDAIRES 21

III. MÉTHODOLOGIE 21
A. AUDIT EN 2 TOURS 21
B. LES QUESTIONNAIRES 23
C. MODIFICATION DU DOSSIER MEDICAL DES ELIEUX 25

IV. RESULTATS 28
A. RESULTATS DU 1ER TOUR 28
B. RESULTATS DU 2 EME TOUR 40
C. COMPARAISON DES 2 TOURS SUR LA PRÉSENCE DE L'INFORMATION 54
D. APPROCHE QUALITATIVE 61

V. DISCUSSION 63
A. CRITIQUES DE L'AUDIT 63
B. INTÉRÊT DU PROJET DE SOINS PERSONALISÉ 63
C. COMPARAISON DES RESULTATS DU 1 ER ET DU 2 EME TOUR 66
D. COMPARAISON DES RESULTATS AUX DONNÉES DE LA LITTÉRATURE 74

VI. SYNTHÈSE ET PROPOSITIONS 82

CONCLUSION 85

ANNEXES…… 86

BIBLIOGRAPHIE 97

INTRODUCTION

Les Soins de suite et de réadaptation (SSR) représentent un secteur clé de l'offre de soins, qui s'est considérablement accru et transformé ces dernières années au regard des évolutions du besoin de soins, marquées par le vieillissement de la population (plus de 70% des patients de SSR polyvalents ont plus de 75 ans), la prégnance des maladies chroniques et du handicap, l'augmentation des prises en charge spécialisées de certaines pathologies, mais aussi la tendance à la diminution des durées de séjour et au transfert rapide des patients des structures de court séjour dans les structures de SSR (1, 2, 3, 4).
Ces structures ont évolué de la convalescence vers des prises en charges plus lourdes, plus précoces (1).

Suite aux décrets 2008/376 et 2008/377 du 14 avril 2008 (5, 6), l'admission en établissement de Soins de Suite et de Réadaptation doit répondre à des critères finalisés (2, 3). Les populations hébergées dans ces établissements doivent répondre aux critères d'admission et bénéficier de soins médicaux et de rééducation visant à prévenir l'apparition d'une dépendance et favoriser l'autonomie du patient pour aboutir, si possible, à une réinsertion dans sa vie familiale, sociale et professionnelle.
Pour ce faire, et dans le cadre pluridisciplinaire, il est demandé à l'équipe qui s'occupe du patient d'élaborer un projet thérapeutique, et ce dès l'admission du patient. Il est régulièrement réévalué afin de proposer une prise en charge optimale et un devenir adapté au-delà du séjour (1, 2, 5).

Le dossier du patient et sa bonne tenue favorisent la coordination des soins. Outil de partage des informations, il est un élément clé de la qualité et de la continuité des soins dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire (7).
La qualité de la gestion du dossier du patient est donc porteuse d'enjeux d'amélioration importants pour des raisons de qualité de soins, réglementaires et médico-légales (8).

Le contenu du dossier médical est défini réglementairement dans le code de santé publique article L1112-1 (9, 10) et la nécessité de mise en œuvre de démarches d'amélioration de la qualité du dossier du patient a été réaffirmée dans la Loi du 4 mars 2002 (8, 10).

Enfin, la sortie d'hôpital est un moment clé pour le patient hospitalisé, c'est un enjeu pluridisciplinaire qui s'inscrit dans la continuité de sa prise en charge (11). Elle nécessite d'être appréhendée, analysée et organisée dès l'admission dans le souci de préserver la qualité et la continuité des soins. Cette démarche doit impliquer le patient, son entourage ainsi que les acteurs libéraux et notamment le médecin traitant coordonateur de toute la prise en charge (12).

Il est important d'optimiser la continuité de la prise en charge d'aval par une transmission d'information claire, complète et adaptée à la situation de chaque patient hospitalisé.

Le projet thérapeutique s'inscrit dans un projet de vie de la personne qui s'articule autour du médecin généraliste, médecin traitant, coordonnateur des différentes actions médicales, paramédicales et sociales. A la sortie d'établissement, il n'est informé que partiellement de ce projet thérapeutique. La prise en charge médicale est souvent bien renseignée, ce qui n'est pas toujours le cas de la partie para - médicale ou sociale.
Le médecin hospitalier a souvent tendance à privilégier la qualité de son acte diagnostique ou thérapeutique, qui est son cœur de métier, au détriment de la qualité de la gestion de l'information et au compte rendu qu'il devra en faire. Pour pallier ce déficit, le médecin a

tendance à transformer la lettre de sortie en un pseudo compte rendu d'hospitalisation, ce qui ne règle pas le problème (13).

La communication ville - hôpital fonctionne mais ne satisfait aucune des deux parties. C'est pourquoi il est important d'analyser les principes organisateurs et les contraintes qui pèsent sur cette communication qui doit être améliorée (13).

L'évolution de la médecine de l'artisanat, œuvre individuelle, au travail en équipe impose pourtant aujourd'hui une révision des pratiques anciennes avec une formalisation plus grande de la communication entre professionnels.

Etablir une proposition de projet « type » constituant une trame englobant l'ensemble des intervenants et des actions dans le cadre du SSR, avec un document de synthèse (à l'image du livret d'aide à la sortie optimale d'hôpital de l'association MAIA en Moselle (12)) transmis au médecin généraliste, pour améliorer la prise en charge globale du patient pendant son hospitalisation et le suivi de son projet de soins à sa sortie, semble donc opportun.

A partir de cette maquette et pour en étudier son intérêt nous évaluerons donc, à travers cette étude, l'amélioration de la prise en charge et du suivi des patients par les médecins généralistes.

I. PRESENTATION

A. LE SSR

L'activité de SSR a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, sociales, des déficiences et des limitations de capacité et de promouvoir la réadaptation et la réinsertion du patient (6). Elle implique une équipe pluridisciplinaire ou pluri professionnelle (7, 14).

Il ne s'agit pas d'une structure d'aval, d'attente, ou de transition, mais d'une entité sanitaire apportant une vraie plus-value aux patients en vue d'une orientation adaptée à l'issue du séjour (15). Les services de SSR s'inscrivent au centre de la filière de soins et doivent accueillir des patients qui ont été initialement traités dans les services de court séjour, après une pathologie médicale ou chirurgicale, aiguë, récente ou chronique, ayant entraîné ou non une hospitalisation (3,16,17). Leur admission doit répondre à un objectif thérapeutique déterminé et régulièrement réévalué (3).

Cinq fonctions de soins techniques et d'accompagnement caractérisent une véritable prise en charge en soins de suite et de réadaptation: limitation des handicaps physiques (rééducation physique, appareillage, adaptation du milieu de vie), restauration somatique et psychologique, éducation du patient et éventuellement de son entourage, poursuite des soins et du traitement, préparation de la sortie et de la réinsertion dans son lieu de vie d'origine (3,16, 17).

La ou les équipes pluri professionnelles doivent détenir des compétences spécifiques pour une prise en charge globale du patient: médicales, paramédicales, psychologiques, sociales, éducatives (2, 6).

L'autorisation d'exercer l'activité de soins de suite et de réadaptation ne peut être accordée que si l'établissement de santé est en mesure d'assurer :

- les soins médicaux, la rééducation et la réadaptation afin de limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux, de prévenir l'apparition d'une dépendance, de favoriser l'autonomie du patient.
- des actions de prévention et l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage
- la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, ou professionnelle (2, 4, 6, 14).

B. LE PROJET THERAPEUTIQUE INDIVIDUALISE OU PROJET DE SOINS PERSONNALISE

Le décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation (5) décrit les modalités d'élaboration et de mise en œuvre du projet thérapeutique individualisé ou projet de soins personnalisé (PSP) (7).

Le PSP, élaboré à l'admission du patient après évaluation initiale de son état de santé, et en prenant en compte les aspects socio - familiaux et professionnels (2), a pour but de définir une attitude de traitement et de soins adaptés à chaque patient, en ayant comme objectif final la remise en autonomie du patient (5).

C'est un contrat de soins qui s'établit entre l'équipe pluri professionnelle (comprenant au moins médecin, infirmier(e) et assistant du service social (5)), le patient et son entourage, et qui fixe le cadre des engagements mutuels (2, 18).
Consigné par écrit sur un document spécifique dans le dossier du patient, il permet la cohérence et la continuité des soins.
Il est d'une aide précieuse pour une prise en charge de qualité du patient et de ses proches (18, 19).

Pour chaque patient, le PSP est élaboré et réajusté tout au long de sa prise en charge à partir des évaluations périodiques de son état de santé (7).
Les objectifs et la durée prévisible du PSP sont déterminés et périodiquement réévalués. Lorsque le séjour du patient a dépassé trois mois, il doit être obligatoirement revalue (2).

Il permet la coordination entre les professionnels au sein d'un même service et entre les différents secteurs d'activité.

Les modalités de prise en charge et les résultats à atteindre en termes d'amélioration de l'état de santé du patient sont adaptés aux besoins et aux capacités propres de celui-ci.

Le PSP doit promouvoir le maintien, la santé, le bien-être et la recherche de l'autonomie du patient (7).

Il faut rechercher la meilleure adéquation entre le besoin du patient, son projet de vie et la qualité de vie réalisée (16).

C. FONCTIONNEMENT DU SSR DES ELIEUX

Le SSR des ELIEUX est un établissement de soins de suite et de réadaptation polyvalent situé à SEICHAMPS dans la banlieue de NANCY.

1. Les différents intervenants

- l'équipe pluridisciplinaire : 3 médecins, des infirmier(e)s et aides soignant(e)s, 1 assistante sociale, 1 diététicienne, 1 psychologue, 4 kinésithérapeutes, 1 ergothérapeute.
- le médecin établit le motif de la convalescence, les objectifs médicaux et une durée estimée du séjour selon une trame préétablie dans le dossier médical, tenant compte de la prise en charge globale du patient et établit un projet thérapeutique individualisé régulièrement réévalué.
- l'assistante sociale : sollicitée par les médecins, la famille, les infirmières (IDE) ou aides soignantes (AS).
Dès l'entrée du patient, l'aide soignante recueille systématiquement les premières informations concernant le devenir du patient et les transmet à l'assistante sociale via le dossier informatisé (retour à domicile, placement, besoin d'aides, coordonnées de la famille…).
Un point hebdomadaire est réalisé avec chacun des trois médecins sur le devenir de leurs patients afin d'anticiper au maximum les besoins liés à la sortie. La date de sortie est fixée lorsque les objectifs médicaux sont atteints et après concertation (20).
- la diététicienne : sollicitée par les médecins, les IDE ou les AS, le personnel de service (ASH), les patients eux mêmes, les kinésithérapeutes ou l'ergothérapeute. Possibilité

également d'interventions anticipées lors de perte de poids, anorexie constatée lors des repas, observations du dossier médical, courrier d'un service de diététique, anomalie des glycémies, IMC faible ou élevé, fausses routes lors des repas.
- les kinésithérapeutes: sollicités sur prescription médicale.
- l'ergothérapeute : sollicitation médicale ou systématique en cas de chute.
- la psychologue : sollicitation médicale, par les IDE ou les AS, les ASH, les kinésithérapeutes, l'ergothérapeute, la diététicienne.

Chaque intervenant possède une partie réservée au sein du dossier médical informatisé pour consigner l'évolution du patient au court de sa prise en charge. Chaque partie est consultable par tous les autres intervenants afin d'assurer la pluridisciplinarité de la prise en charge.

Chaque acteur de la prise en charge accède au dossier de soins de chaque patient via les postes informatiques de l'établissement. L'accès se fait par le logiciel OSIRIS de CORNWIN avec un identifiant et un mot de passe propre à chaque utilisateur. Tout acte ou modification est signé informatiquement grâce à l'identifiant.

2. Les étapes d'élaboration du projet thérapeutique (18)

a. Evaluation des besoins médicaux

Avant même son entrée dans la structure, au travers de la demande d'admission, puis dès l'arrivée du patient, la question du projet thérapeutique individualisé est posée. Une adéquation aussi étroite que possible entre les compétences et les prestations que l'établissement est en mesure de mettre à disposition, ainsi que les besoins et attentes du patient et de ses proches est alors recherchée.

La fiche d'admission arrive par fax au secrétariat, elle est analysée par les médecins, la direction, l'assistante sociale et validée par les médecins.

b. Accueil du patient

°Accueil administratif : par la secrétaire et remise d'une plaquette d'information sur la vie du patient dans l'établissement.

°Accueil par le personnel soignant : l'aide soignante réalise l'entretient d'accueil et prend possession de tous les documents médicaux. Elle renseigne ensuite le recueil de données du patient sur le dossier informatisé (Grille AGGIR).

La planification des soins est programmée à partir du dossier informatisé du patient.

°Accueil médical : la visite d'admission est réalisée par le médecin, assisté d'une infirmière. Le dossier médical informatisé du patient est alors constitué par le médecin.

Cette visite permet d'établir avec le patient et l'équipe pluridisciplinaire le projet thérapeutique individualisé.

Le recueil des données médicales et l'évaluation des besoins du patient se fait selon des items: motif d'admission, allergies médicamenteuses, antécédents médico-chirurgicaux, maladies en cours, histoire récente, mode de vie, examen clinique à l'entrée, constantes et caractéristiques, évaluation du risque d'escarres, intervention assistante sociale, intervention diététicienne, intervention psychologue, intervention kinésithérapeute, intervention ergothérapeute, PMSI,

évaluation nutritionnelle, conclusion/projet médical, devenir, risque de chute, recueil d'information sur le diabète, durée prévisible de séjour.
Le patient est informé par le médecin des soins qui lui seront donnés pendant son séjour, il donne son accord par la signature du formulaire de consentement général.

c. Consultation médicale de suivi

Avec le médecin et l'infirmière.

Réévaluation des objectifs du projet thérapeutique et de la durée prévisible de séjour.

Les observations de suivi sont renseignées chaque semaine lors de la consultation médicale dans les rubriques suivantes: examen clinique, événement intercurrent, PMSI, constantes et caractéristiques, intervention sociale, intervention diététicienne, intervention ergothérapeute, intervention kinésithérapeute, intervention psychologue, conclusion, devenir, réévaluation de la durée du séjour.

Le projet thérapeutique est évalué et réadapté périodiquement par l'équipe pluridisciplinaire lors des commissions du devenir du patient qui est défini comme tel : placement, retour à domicile, hospitalisation. Ces éléments sont regroupés dans le dossier médical.

Si la durée du séjour est supérieure à 3 mois, il y a réévaluation du projet thérapeutique.

d. Organisation de la sortie du patient

A la dernière consultation, le médecin valide la date de sortie, rédige une synthèse médicale de sortie sur la prise en charge du patient avec les items suivants : synthèse médicale de sortie, consultation des événements antérieurs, motif de déviation de durée de séjour.

La préparation de la sortie s'inscrit dans la continuité de la prise en charge, après concertation pluridisciplinaire.

La lettre de sortie intègre la synthèse de prise en charge des différents intervenants selon une trame préconçue (annexe).

Elle est adressée au médecin traitant, une copie est intégrée dans le dossier de soins de chaque patient via un lien informatique permettant l'ouverture du courrier.

II. OBJECTIFS DE L'ETUDE

A. OBJECTIF PRINCIPAL

Améliorer la pertinence de l'information apportée au médecin généraliste en sortie de SSR par une maquette de projet thérapeutique individualisé élaborée à partir d'un SSR certifié par la HAS.

B. OBJECTIFS SECONDAIRES

Formaliser le projet thérapeutique dans toutes ses dimensions pour une prise en charge pluridisciplinaire plus rationnelle et plus homogène des patients en SSR.

Assurer la continuité des soins avec la médecine de ville.

III. METHODOLOGIE

Il s'agit d'un audit en 2 tours effectué sur un an. Nous avons analysé la pertinence et la qualité des informations présentes dans la lettre de sortie destinée aux médecins traitants, ainsi que celle des informations contenues dans les dossiers médicaux de l'établissement du SSR des ELIEUX (à Seichamps), avant et après la mise en place d'une maquette type de projet thérapeutique au sein du dossier patient.

A. AUDIT EN 2 TOURS

1. 1er tour d'audit

a. Analyse des informations contenues dans la lettre de sortie auprès des médecins généralistes

Le premier tour d'audit s'est déroulé sur une période de 5 semaines, du 25 janvier 2012 au 14 mars 2012.

22 médecins généralistes ont été sélectionnés, tirés au sort parmi ceux qui étaient le plus souvent en activité avec le SSR des ELIEUX, pour obtenir un effectif de 100 patients au total.
Le questionnaire concernait 100 patients ayant été hospitalisés au SSR durant la période du 01/01/2011 au 30/09/2011.
18 médecins nous ont accueilli directement à leur cabinet pour réaliser l'entretien.
4 ont été sollicités par courrier, n'ayant pas le temps de nous recevoir.

Les courriers de sortie avaient été préalablement imprimés depuis le dossier patient informatisé du SSR afin de faciliter l'accès à ce document aux différents médecins et ainsi gagner du temps lors de l'entretien.
L'entretien se déroulait sur une période allant de 10 à 20 minutes par médecin, en fonction du nombre de patients les concernant.
Nous avons analysé ensemble les courriers de sortie à partir d'une grille de recueil d'information préalablement établie, reprenant les différents items du projet thérapeutique individualisé (8, 9, 10, 21) et en cherchant la présence ou l'absence de l'information dans le courrier de sortie.

Pour les médecins ayant été sollicités par courrier, la grille de recueil d'information leur était envoyée avec un courrier explicatif accompagnant, afin qu'ils puissent remplir convenablement la grille d'audit. Une enveloppe timbrée y était jointe pour le retour du questionnaire.

b. Analyse du contenu du dossier patient et de la lettre de sortie.

20 dossiers patients parmi les 100 patients totaux ont été pris au hasard.

Nous avons analysé le contenu du dossier ainsi que celui de la lettre de sortie à partir d'une grille de recueil de données préalablement établie et reprenant les différents items du projet thérapeutique et des informations devant être présentes dans le dossier médical en SSR (7, 8, 9, 10, 21).

2. 2ème tour d'audit

a. Analyse des informations contenues dans la lettre de sortie auprès des médecins généralistes

Le deuxième tour d'audit s'est déroulé sur une période de 3 semaines, du 21 janvier au 13 février 2013.

16 médecins traitants ont été sollicités, les mêmes que ceux sollicités au premier tour, en excluant les médecins n'ayant pas répondu à la sollicitation par courrier et ceux n'ayant pas eu de patients à nouveau hospitalisés aux Elieux.
L'effectif total de patient était restreint par rapport au premier tour, compte tenu du fait qu'il n'y ait pas eu autant d'hospitalisation sur la période concernée par le deuxième tour d'audit.
L'effectif total était de 62 patients.

Le questionnaire concernait les patients hospitalisés du 01/11/2012, date à laquelle a été mis en place le nouveau dossier médical et la maquette type du projet thérapeutique individualisé, au 13/02/2013.

Le deuxième tour d'audit s'est déroulé, comme pour le premier, auprès des médecins généralistes, avec la même grille de recueil de données.

b. Analyse du contenu du dossier patient et de la lettre de sortie

Comme pour le premier tour, 20 dossiers patients parmi les 62 totaux ont été pris au hasard.

Le contenu du dossier ainsi que celui de la lettre de sortie a été analysé avec la même grille de recueil de données que celle du premier tour.

3. Analyses statistiques

Dans un premier temps, le recueil des données de l'analyse des lettres de sortie auprès des médecins généralistes et de l'analyse du contenu du dossier patient et de la lettre de sortie a été réalisé dans des tableaux EXCEL.
A partir de ces tableaux, nous avons pu réaliser des graphiques pour la présentation des résultats.

Parallèlement à cela, les analyses statistiques ont été réalisées par un statisticien du service d'épidémiologie et d'évaluation cliniques du CHU de BRABOIS monsieur Marc SOUDANT à l'aide du logiciel SAS 9.3 : "SAS software. Copyright, SAS Institute Inc."

La comparaison des résultats des deux tours d'audit a été réalisé à l'aide du test du Chi-2 ou du test exact de Fisher lorsque les conditions nécessaires au test du Chi-2 n'étaient pas réunies.

B. LES QUESTIONNAIRES

1. Grille d'audit numéro 1

La grille d'audit numéro 1 a été établie en reprenant les différents items du projet thérapeutique individualisé et les informations devant êtres présentes dans le dossier médical en SSR (annexe 1).

Dans un premier temps, nous demandions aux médecins généralistes si ils trouvaient l'information dans la lettre de sortie concernant les différents items cités en annexe. Les réponses proposées étaient :

- OUI : si l'information était présente,
- NON : si l'information était absente,
- NON APPROPRIE A LA SITUATION : le cas échéant, si l'information était absente mais non justifiée par la situation clinique du patient.

Dans un second temps, si l'information n'était pas présente dans le courrier de sortie, nous demandions aux médecins généralistes si elle aurait été utile pour la suite de prise en charge et le suivi de leurs patients. Les réponses proposées étaient :

- TOUT À FAIT D'ACCORD : si le médecin était complètement d'accord vis à vis de l'utilité de l'information,
- D'ACCORD : si il était partiellement d'accord,
- TOUT À FAIT EN DESACCORD : si il ne trouvait aucune utilité concernant l'information,

- EN DESACCORD : si il ne trouvait pas de grande utilité concernant l'information,
- SANS OPINION.

2. Grille d'audit numéro 2

La grille d'audit numéro 2 reprenait les mêmes items que ceux de la grille numéro 1. (annexe 2)

Dans un premier temps, nous demandions aux médecins généralistes si ils trouvaient l'information dans la lettre de sortie concernant ces différents items. Les réponses proposées étaient les mêmes que pour la grille numéro 1.

Dans un second temps, lorsque l'information était présente dans le courrier de sortie, nous demandions aux médecins généralistes si elle leur avait été utile pour le suivi et la suite de prise en charge de leurs patients. Les réponses proposées étaient les mêmes que pour le grille numéro 1.

3. Grille d'analyse du contenu des dossiers médicaux et des lettres de sortie

Cette grille a également été établie en reprenant les différents items du projet thérapeutique et les informations devant être présentes dans le dossier médical en SSR. (annexe 3)

a. Contenu du dossier médical

Le contenu du dossier médical a été analysé en deux temps :
- les informations concernant l'état des lieux et le diagnostic patient
- les actions engagées et le suivi. (annexe 4)

(1) Diagnostic patient

Les informations recherchées dans un premier temps dans le dossier médical concernaient l'évaluation initiale du patient pour les différents items du projet thérapeutique. (annexe 5)

Pour chaque item les réponses possibles étaient :
- information PRESENTE,
- information ABSENTE,
- information NON APPROPRIEE A LA SITUATION si l'information n'était pas justifiée par le contexte clinique.
- information INCOMPLETE : si il n'y avait que des bribes d'informations présentes.

(2) Actions engagées et suivi

Dans un deuxième temps, nous avons recherché dans le dossier médical les informations concernant les éléments de suivi pour les différents items du projet thérapeutique. (annexe 6)
Pour chaque item les réponses possibles étaient également : information PRESENTE, ABSENTE, INCOMPLETE ou NON APPROPRIÉE À LA SITUATION, et NON JUSTIFIEE pour certains items.

La réponse « information NON APPROPRIEE » doit être remplacée par la réponse « information NON JUSTIFIEE » pour certains items du second tour: soins d'escarres, prise en charge en kinésithérapie, prise en charge en ergothérapie, prise en charge par la diététicienne, prise en charge par la psychologue et prise en charge par l'assistante sociale dans le second tour.

En effet, au second tour, par la mise en place de la nouvelle maquette et lors du diagnostic patient initial ainsi que de l'élaboration du projet de soins personnalisé, les prises en charges en kinésithérapie, en ergothérapie, par la diététicienne, la psychologue et l'assistante sociale sont évaluées automatiquement comme utiles ou inutiles par le médecin qui doit cocher les cases correspondantes. L'évaluation du risque d'escarres se fait comme tel : risque faible, risque modéré, risque important.
Et donc un suivi sur ces items n'était pas justifié si le bilan initial l'évaluait comme tel.

b. Contenu des lettres de sortie

Nous avons analysé le contenu des 20 lettres de sortie correspondant aux 20 dossiers médicaux afin d'évaluer la concordance de leur contenu.
Pour chaque item nous recherchions dans la lettre de sortie si l'information était PRÉSENTE, ABSENTE, INCOMPLÈTE ou NON APPROPRIEE/NON JUSTIFIEE pour les items sus cités.

C. MODIFICATION DU DOSSIER MEDICAL DES ELIEUX

1. Ancien dossier

a. Partie médicale

Dans l'ancien dossier, il n'y avait pas de réelle organisation en ce qui concerne le recueil des informations médicales.
A l'entrée, comme pour le suivi médical au cours du séjour, le médecin écrivait en commentaire libre les informations qui lui semblaient pertinentes pour la prise en charge du patient dans une rubrique appelée « nouvelle observation ». Les différents aspects du projet thérapeutiques étaient donc laissés à son seul jugement.
Une autre façon de remplir le dossier médical était disponible mais n'était utilisée que par un seul médecin sur les 3 présents dans l'établissement, et encore, pas dans sa totalité. Les 2 autres médecins n'utilisaient que certains chapitres.
Il s'agissait d'une trame préconçue avec différents thèmes à remplir (motif d'admission, objectifs médicaux, objectifs kinésithérapie/ergothérapie/psychologie/diététique/assistante sociale, histoire récente, mode de vie, examen clinique d'entrée, traitement à l'entrée, conclusion/projet médical, PMSI, devenir, synthèse médicale de sortie…). Un élément de support du projet thérapeutique était donc déjà présent dans le dossier patient informatisé mais utilisé de façon non optimale car d'accès trop compliqué et trop long pendant une consultation médicale.

Les actes de kinésithérapie et d'ergothérapie étaient prescrits quand il y en avait besoin mais l'assistante sociale, la psychologue ou la diététicienne était contactée par messagerie à partir du logiciel informatique ou directement par téléphone. L'information n'était donc pas toujours tracée dans le dossier médical.
De plus, quand leur intervention n'était pas utile dans la prise en charge, cela n'était pas notifié dans le dossier médical. Donc, quand l'information n'était pas présente dans le dossier, il n'y avait aucun moyen de savoir si elle avait été omise ou si elle n'était pas utile à la prise en charge. D'autant plus que les parties kinésithérapie, ergothérapie, assistante sociale, psychologue et diététicienne n'étaient pas toujours remplies non plus.

En ce qui concerne la lettre de sortie, elle était dictée par le médecin avant la sortie du patient. L'information contenue était donc à nouveau médecin dépendant et ne reprenait pas toujours tous les aspects du projet thérapeutique.

b. Partie paramédicale

Pour ce qui est des informations paramédicales, chaque intervenant possède, au sein du dossier patient informatisé, une partie réservée à sa spécialité pour y notifier les informations concernant chaque patient au cours de son séjour.
Pour les kinésithérapeutes, ergothérapeute, diététicienne, psychologue et assistante sociale, les commentaires sont libres.
Pour les infirmières, à l'entrée du patient, elles consignent les constantes (tension artérielle, taille, poids, EVA, température, saturation, fréquence cardiaque) dans un tableau prévu à cet effet. Puis de même au cours du séjour. Elles valident également chaque jour tous les soins qu'elles prodiguent au patient (surveillance glycémique, soins de pansement, surveillance de température…) et ont la possibilité de signaler des évènements indésirables ou de faire des commentaires libres.
Enfin, les aides soignantes, à l'entrée du patient, consignent les données suivantes : provenance du patient, médecin référent, motif d'admission, présence d'un fauteuil roulant ou non, aide à la mobilisation, protections, aide à la toilettes, patient diabétique ou non. Elles ont aussi la possibilité d'ajouter un commentaire libre. Enfin, elles planifient les actes infirmiers qui seront à réaliser pendant le séjour grâce à une liste préétablie, en précisant l'horaire, la fréquence et la durée de l'acte. Elles valident elles aussi leurs soins tous les jours.

La grille AGGIR, évaluant l'autonomie physique du patient, est initialement réalisée par les aides soignantes puis réévaluée à chaque consultation de suivi par le médecin et l'infirmière qui l'accompagne.

2. Nouveau dossier

a. Partie médicale

Afin d'obtenir un recueil de données plus homogène par tous les médecins et plus systématisé en ce qui concerne le projet thérapeutique au sein du dossier patient, nous en avons modifié sa trame par la mise en place d'une maquette englobant l'ensemble de la prise en charge. Cette trame a été préconçue à partir des items du projet thérapeutique (annexe 7).

A l'entrée, le médecin doit obligatoirement remplir la partie « bilan médical d'entrée » où il remplit les différents items du projet thérapeutique
L'item « intervention » déclenche une alerte automatique pour une prise en charge du patient par le ou les intervenants concernés. Si il n'y a pas besoin d'intervention, une case « inutile » est cochée par le médecin.

Lors de la consultation de suivi hebdomadaire, le médecin suit également une trame de remplissage du dossier médical dans une partie dédiée et nommée « observation de suivi ».

Si besoin, une partie « évènements intercurrents » est disponible pour notifier tout problème ou toute complication survenant lors du séjour. Les informations qui seront transcrites dans cette partie de l'observation médicale seront systématiquement intégrées au sein de la lettre de sortie finale.

Enfin, à la fin du séjour, le médecin rédige une « synthèse médicale de sortie » qui sera automatiquement intégrée au courrier de sortie.
Le courrier de sortie se remplit automatiquement via le logiciel OSIRIS et selon une trame préconçue contenant le maximum d'informations concernant les différents aspects du projet thérapeutique. La secrétaire n'a plus qu'à faire la mise en page.
Il inclut la synthèse de tous les intervenants qui ont pris le patient en charge au cours du séjour ainsi que les évènements intercurrents si il y a lieu, de même que toutes les informations concernant le patient, ses antécédents, son mode de vie, ses allergies, l'histoire de la maladie, l'examen clinique d'entrée, le projet thérapeutique d'entrée et le traitement de sortie (annexe 8).

b. Partie paramédicale

Le dossier paramédical n'a pas été beaucoup modifié car il contenait déjà la plupart des informations requises.
Les différents intervenants (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologue, diététicienne, assistante sociale) sont alertés via le logiciel informatique dès que le médecin estime nécessaire une intervention de leur part. Chaque intervenant est dans l'obligation de réaliser une synthèse de sortie qui sera intégrée au courrier de sortie.
La grille AGGIR est toujours évaluée initialement par les AS puis réévaluée par le médecin et l'infirmière lors de la consultation hebdomadaire de suivi.

IV. RESULTATS

Les résultats ont été analysés comme tel :

- seuls les dossiers ou lettres de sortie où les informations étaient considérées comme « présentes » ou « absentes » ont été pris en compte pour chaque item. Le pourcentage de présence ou d'absence de l'information a été calculé uniquement à partir de ce total pour avoir une représentativité optimale.
- les dossiers ou lettres de sortie où l'information était considérée comme non appropriée à la situation ou incomplète n'ont pas été pris en compte dans ce calcul.

D'autre part, les informations considérées comme utiles pour la suite de prise en charge par les médecins généralistes sont les informations pour lesquelles ils ont répondu « tout à fait d'accord » et « d'accord ». De même que les informations inutiles sont celles pour lesquelles ils ont répondu « en désaccord » et « tout à fait en désaccord ».

A. RESULTATS DU 1ER TOUR

1. Analyse des informations contenues dans les lettres de sortie auprès des médecins généralistes (Tableaux 1, Figures 1 et 2)

(1) Prise en charge médicale et médicaments

L'information était présente dans 82 lettres de sortie sur 100.
Elle était absente dans 18 lettres, dont 2 (2% des lettres) où elle était non appropriée à la situation.
Soit une information présente dans 83,7% des cas et absente dans 16,3% des cas.

Lorsqu'elle n'était pas présente, les médecins interrogés considéraient que cette information aurait été utile pour la suite de leur prise en charge dans 62,5% des cas et la jugeait inutile dans 37,5% des cas.

(2) Prise en charge infirmière pour les soins d'escarres

L'information était présente dans 5 lettres de sortie sur 100.
Elle était absente dans 95 lettres, dont 90 (90% des lettres) où elle n'était pas appropriée à la situation.
Soit une information présente dans 50% des cas et absente dans 50%.

Lorsqu'elle était absente, les médecins interrogés considéraient que cette information aurait été utile pour la suite de prise en charge dans 60% des cas, inutile dans 20% des cas et n'avaient pas d'opinion dans 20% des cas.

(3) Prise en charge infirmière pour des pansements

L'information était présente dans 13 lettres de sortie sur 100.

Elle était absente dans 87 lettres, dont 66 (66% des lettres) où elle n'était pas appropriée à la situation.
Soit une information présente dans 38,2% des cas et absente dans 61,8% des cas.

Lorsque elle n'était pas présente, les médecins interrogés considéraient que cette information aurait été utile pour la suite de leur prise en charge dans 52% des cas, inutile dans 38% des cas et n'avaient pas d'opinion dans 10% des cas.

(4) Prise en charge de la douleur

L'information était présente dans 46 lettres de sortie sur 100.
Elle était absente dans 54 lettres, dont 34 (34% des lettres) où elle n'était pas appropriée à la situation.
Soit une information présente dans 69,7% des cas et absente dans 30,3% des cas.

Lorsqu'elle n'était pas présente, les médecins interrogés considéraient que cette information aurait été utile pour la suite de leur prise en charge dans 55% des cas et inutile dans 45% des cas.

(5) Prise en charge en kinésithérapie

L'information était présente dans 38 lettres de sortie sur 100.
Elle était absente dans 62 lettres, dont 36 (36% des lettres) où elle n'était pas appropriée à la situation.
Soit une information présente dans 59,4% des cas et absente dans 40,6% des cas.

Lorsqu'elle n'était pas présente, les médecins interrogés considéraient que cette information aurait été utile pour la suite de leur prise en charge dans 81% des cas et inutile dans 19% des cas.

(6) Prise en charge en ergothérapie

L'information était présente dans 6 lettres de sortie sur 100.
Elle était absente dans 94 lettres, dont 74 (74% des lettres) où elle n'était pas appropriée à la situation.
Soit une information présente dans 23,1% des cas et absente dans 76,9% des cas.

Lorsqu'elle n'était pas présente, les médecins interrogés considéraient que cette information aurait été utile pour la suite de leur prise en charge dans 80% des cas et inutile dans 20% des cas.

(7) Mobilisation

L'information était présente dans 22 lettres de sortie sur 100.
Elle était absente dans 78 lettres, dont 49 (49% des lettres) où elle n'était pas appropriée à la situation.
Soit une information présente dans 43,1% des cas et absente dans 56,9% des cas.

Lorsqu'elle n'était pas présente, les médecins interrogés considéraient que cette information aurait été utile pour la suite de leur prise en charge dans 66% des cas et inutile dans 34% des cas.

(8) Toilette/habillage

L'information était présente dans 13 lettres de sortie sur 100.
Elle était absente dans 87 lettres, dont 66 (66% des lettres) où l'information n'était pas appropriée à la situation.
Soit une information présente dans 38,2% des cas et absente dans 61,8% des cas.

Lorsqu'elle n'était pas présente, les médecins interrogés considéraient que cette information aurait été utile pour la suite de leur prise en charge dans 52% des cas, inutile dans 38% des cas et n'avaient pas d'opinion dans 10% des cas.

(9) Aide au repas

L'information était présente dans 3 lettres de sortie sur 100.
Elle était absente dans 97 lettres, dont 77 (77% des lettres) où elle n'était pas appropriée à la situation.
Soit une information présente dans 13% des cas et absente dans 87% des cas.
Lorsqu'elle n'était pas présente, les médecins interrogés considéraient que cette information aurait été utile pour la suite de leur prise en charge dans 63% des cas et inutile dans 37% des cas.

(10) Prise en charge par la diététicienne

L'information était présente dans 11 lettres de sortie sur 100.
Elle était absente dans 89 lettres, dont 57 (57% des lettres) où elle n'était pas appropriée à la situation.
Soit une information présente dans 25,6% des cas et absente dans 74,4% des cas.

Lorsqu'elle n'était pas présente, les médecins interrogés considéraient que cette information aurait été utile pour la suite de leur prise en charge dans 78% des cas et inutile dans 22% des cas.

(11) Prise en charge par la psychologue

L'information était présente dans 7 lettres de sortie sur 100.
Elle était absente dans 93 lettres, dont 72 (72 % des lettres) où elle n'était pas appropriée à la situation.
Soit une information présente dans 25% des cas et absente dans 75% des cas.

Lorsqu'elle n'était pas présente, les médecins interrogés considéraient que cette information aurait été utile pour la suite de leur prise en charge dans 90% des cas et inutile dans 10% des cas.

(12) Prise en charge par l'assistante sociale

L'information était présente dans 5 lettres de sortie sur 100.

Elle était absente dans 95 lettres, dont 82 (82% des lettres) où elle n'était pas appropriée à la situation.
Soit une information présente dans 27,8% des cas et absente dans 72,2% des cas.

Lorsqu'elle n'était pas présente, les médecins interrogés considéraient que cette information aurait été utile pour la suite de leur prise en charge dans 77% des cas et inutile dans 23% des cas.

(13) Information/Education du patient

L'information était présente dans 4 lettres de sortie sur 100.
Elle était absente dans 96 lettres, dont 67 (67%) où elle n'était pas appropriée à la situation.
Soit une information présente dans 12,1% des cas et absente dans 87,9% des cas.

Lorsqu'elle n'était pas présente, les médecins interrogés considéraient que cette information aurait été utile pour la suite de leur prise en charge dans 72,5% des cas, inutile dans 24% des cas et n'avaient pas d'opinion dans 3,5% des cas.

	N=100 (61,7%)	
	N	%/moy
PEC médicale traitement		
Non appropriée	2	
Non	16	16,3
Oui	82	83,7
PEC IDE soins d'escarre		
Non appropriée	90	
Non	5	50,0
Oui	5	50,0
PEC IDE pansements		
Non appropriée	66	
Non	21	61,8
Oui	13	38,2
PEC de la douleur		
Non appropriée	34	
Non	20	30,3
Oui	46	69,7
Kinésithérapie		
Non appropriée	36	
Non	26	40,6
Oui	38	59,4
Ergothérapie		
Non appropriée	74	
Non	20	76,9
Oui	6	23,1
Mobilisation		
Non appropriée	49	
Non	29	56,9
Oui	22	43,1

	N=100 (61,7%)	
	N	%/moy
Hygiène		
Non appropriée	51	
Non	43	87,8
Oui	6	12,2
Aide au repas		
Non appropriée	77	
Non	20	87,0
Oui	3	13,0
PEC Diététique		
Non appropriée	57	
Non	32	74,4
Oui	11	25,6
PEC psychologique		
Non appropriée	72	
Non	21	75,0
Oui	7	25,0
PEC Sociale		
Non appropriée	82	
Non	13	72,2
Oui	5	27,8
Information / Education du patient		
Non appropriée	67	
Non	29	87,9
Oui	4	12,1

Tableau 1. Analyse du contenu des lettres de sortie auprès des médecins généralistes.

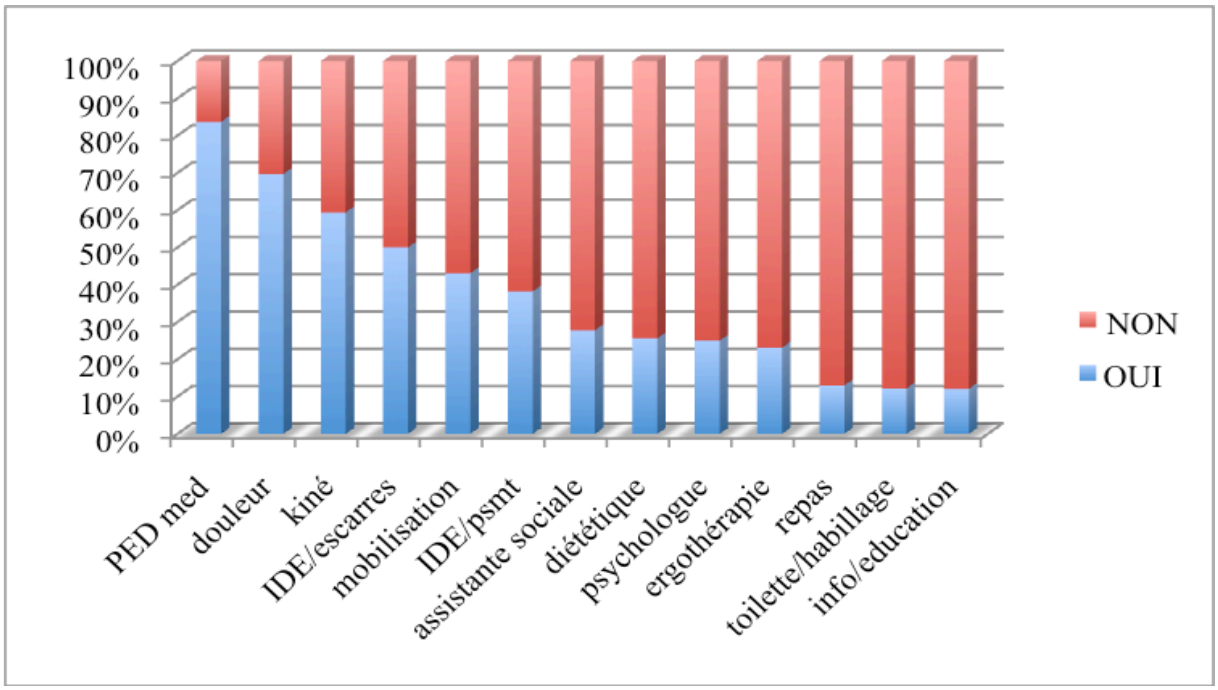


Figure 1. Analyse des informations contenues dans les courriers de sortie auprès des médecins généralistes (après exclusion des données non appropriées).

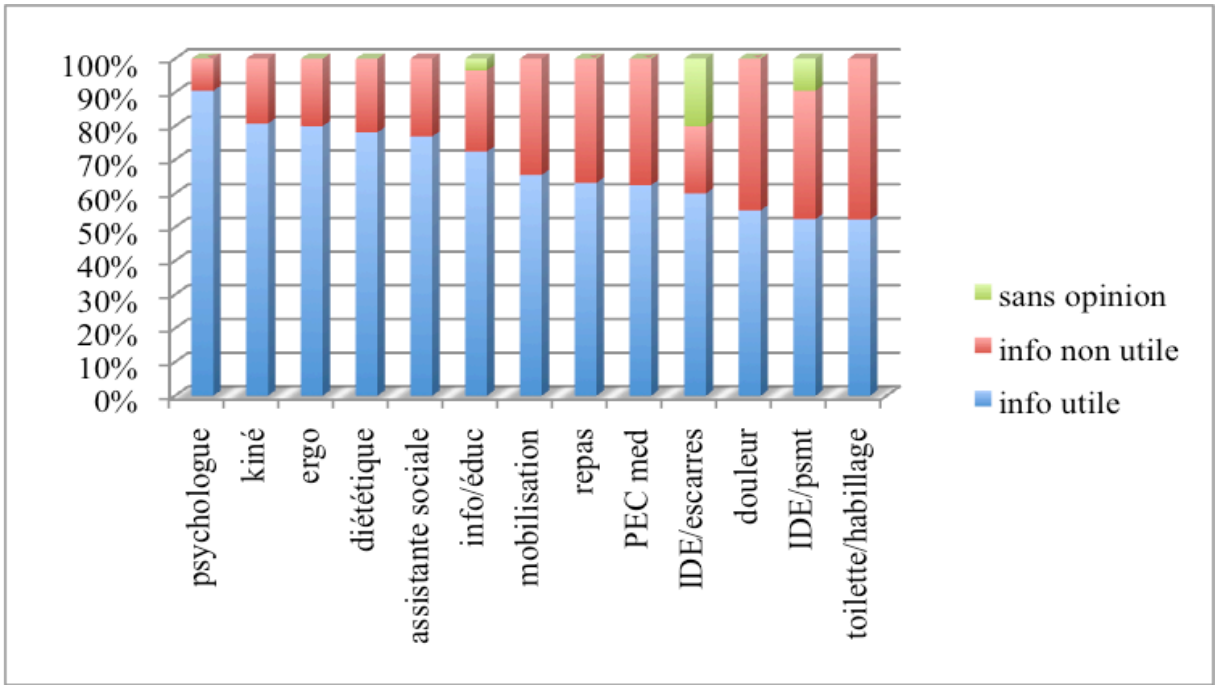


Figure 2. Utilité de l'information dans la lettre de sortie pour la suite de prise en charge par le médecin traitant en sortie de SSR.

2. Analyse du contenu du dossier patient et des lettres de sortie

a. Contenu du dossier patient (Tableau 2)

Diagnostic patient (Tableau 2 et Figure 3)

(1) Prise en charge médicale et médicaments

L'information était présente dans les 20 dossiers analysés, soit dans 100% des cas.

(2) Prise en charge infirmière pour les soins d'escarres

L'information était présente dans 13 dossiers sur 20 et absente dans 7 dossiers.
Soit une information présente dans 75% des cas et absente dans 35%.

(3) Prise en charge infirmière pour des pansements

L'information était présente dans 7 dossiers sur les 20, absente dans 13 dont 10 dossiers sur les 20 (50% des dossiers) où elle n'était pas appropriée à la situation.
Soit une information présente dans 70% des cas et absente dans 30%.

(4) Pise en charge de la douleur

L'information était présente dans 14 dossiers sur 20 et absente dans 6.
Soit présente dans 70% des cas et absente dans 30%.

(5) Prise en charge en kinésithérapie

L'information était présente dans 15 dossiers sur les 20, absente dans 5 dossiers (25% des dossiers) mais non appropriée à la situation.
Soit une information présente dans 100% des cas.

(6) Prise en charge en ergothérapie

L'information était présente dans 2 dossiers sur 20, absente dans 18 dossiers dont 10 (50% des dossiers) où elle n'était pas appropriée à la situation.
Soit une information présente dans 20% des cas et absente dans 80%.

(7) Mobilisation

L'information était présente dans 19 dossiers sur 20 et absente dans 1 seul.
Soit une information présente dans 95% des cas.

(8) Toilette et habillage

L'information était présente dans 20 dossiers sur 20 soit dans 100% des cas.

(9) Aide au repas

L'information était présente dans 20 dossiers sur 20 soit dans 100% des cas.

(10) Prise en charge par la diététicienne

L'information était présente dans 11 dossiers sur 20 et absente dans 9 dossiers.
Soit une information présente dans 55% des cas et absente dans 45%.

(11) Poids/IMC

L'information était présente dans 16 dossiers sur 20, absente dans 1 dossier et incomplète dans 3 dossiers (15% des dossiers).
Soit une information présente dans 94,1% des cas et absente dans 5,9% des cas.

(12) Prise en charge par la psychologue

L'information était présente dans 10 dossiers sur 20, absente dans 9 dossiers et incomplète dans 1 dossier (5% des dossiers).
Soit une information présente dans 52,6% des cas et absente dans 47,4% des cas.

(13) Prise en charge par l'assistante sociale

L'information était présente dans 10 dossiers sur 20 et absente dans 10 dossiers.
Soit une information présente dans 50% des cas.

(14) Information/Education du patient

L'information était absente dans les 20 dossiers soit dans 100% des cas.

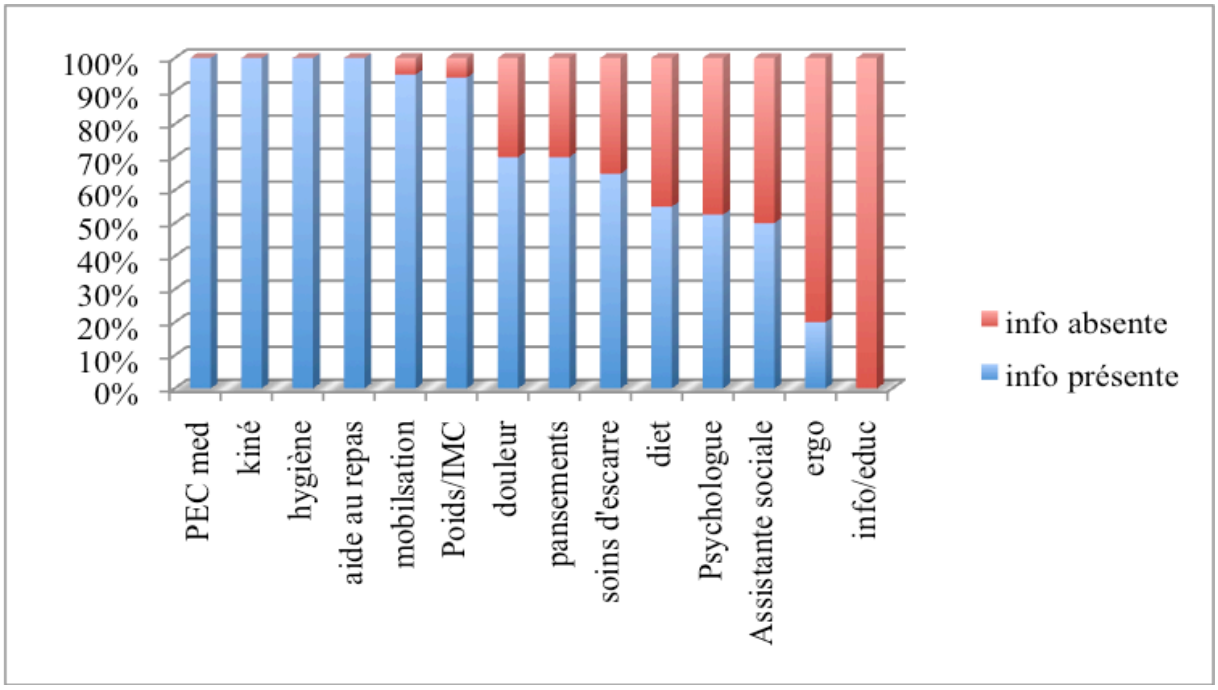


Figure 3. Analyse du contenu du dossier patient : diagnostic patient (après exclusion des données non appropriées et incomplètes).

Actions engagées et suivi (Tableau 2 et Figure 4)

(1) Prise en charge médicale et médicaments

L'information était présente dans les 20 dossiers analysés, soit dans 100% des cas.

(2) Prise en charge infirmière pour les soins d'escarre

L'information était présente dans 1 dossier sur les 20 dossiers analysés, absente dans 19 dossiers dont 8 (40% des dossiers) où elle était non appropriée à la situation.
Soit une information présente dans 8,3% des cas et absente dans 91,7% des cas.

(3) Prise en charge infirmière pour des pansements

L'information était présente dans 9 dossiers sur les 20 analysés, absente dans 11 dossiers dont 9 (45% des dossiers) où elle était non appropriée à la situation.
Soit une information présente dans 81,8% des cas et absente dans 18,2% des cas.

(4) Prise en charge de la douleur

L'information était présente dans 12 dossiers sur les 20 analysés, absente dans 8 dossiers dont 4 (20% des dossiers) où elle était incomplète.
Soit une information présente dans 75% des cas et absente dans 25% des cas.

(5) Prise en charge en kinésithérapie

L'information était présente dans 14 dossiers sur les 20 analysés, absente dans 6 dossiers dont 5 (25% des dossiers) où elle était inappropriée à la situation.
Soit une information présente dans 93,3% des cas et absente dans 6,7% des cas.

(6) Prise en charge en ergothérapie.

L'information était présente dans 3 dossiers sur les 20 analysés, absente dans 17 dossiers dont 10 (50% des dossiers) où elle était non appropriée à la situation.
Soit une information présente dans 30% des cas et absente dans 70% des cas.

(7) Mobilisation

L'information était présente dans 18 dossiers sur les 20 analysés, absente dans 2 dossiers.
Soit une information présente dans 90% des cas et absente dans 10% des cas.

(8) Toilette/Habillage

L'information étai présente dans 19 dossiers sur les 20 analysés et absente dans 1 seul dossier.
Soit une information présente dans 95% des cas et absente dans 5% des cas.

(9) Aide au repas

L'information était présente dans 17 dossiers sur les 20 dossiers analysés, absente dans 3 dossiers.

Soit une information présente dans 85% des cas et absent dans 15% des cas.

(10) Prise en charge par la diététicienne

L'information était présente dans 8 dossiers sur les 20 analysés, absente dans 12 dossiers dont 2 dossiers (10% des dossiers) où elle était non appropriée à la situation et 1 dossier (5% des dossiers) où elle était incomplète.
Soit une information présente dans 47,1% des cas et absente dans 52,9% des cas.

(11) Poids/IMC

L'information était présente dans 18 dossiers sur les 20 dossiers analysés et absente dans 2 dossiers.
Soit une information présente dans 90% des cas et absente dans 10% des cas.

(12) Prise en charge par la psychologue

L'information était présente dans 2 dossiers sur les 20 dossiers analysés, absente dans 18 dossiers dont 7 (35% des dossiers) où elle était non appropriée à la situation et 2 (10% des dossiers) où elle était incomplète.
Soit une information présente dans 18,2% des cas et absente dans 81,8% des cas.

(13) Prise en charge par l'assistante sociale.

L'information était présente dans 5 dossiers sur les 20 analysés, absente dans 15 dossiers dont 6 (30% des dossiers) où elle était non appropriée à la situation.
Soit une information présente dans 37,5% des cas et absente dans 64,3% des cas.

(14) Information/éducation du patient

L'information était absente dans les 20 dossiers analysés, soit dans 100% des cas.

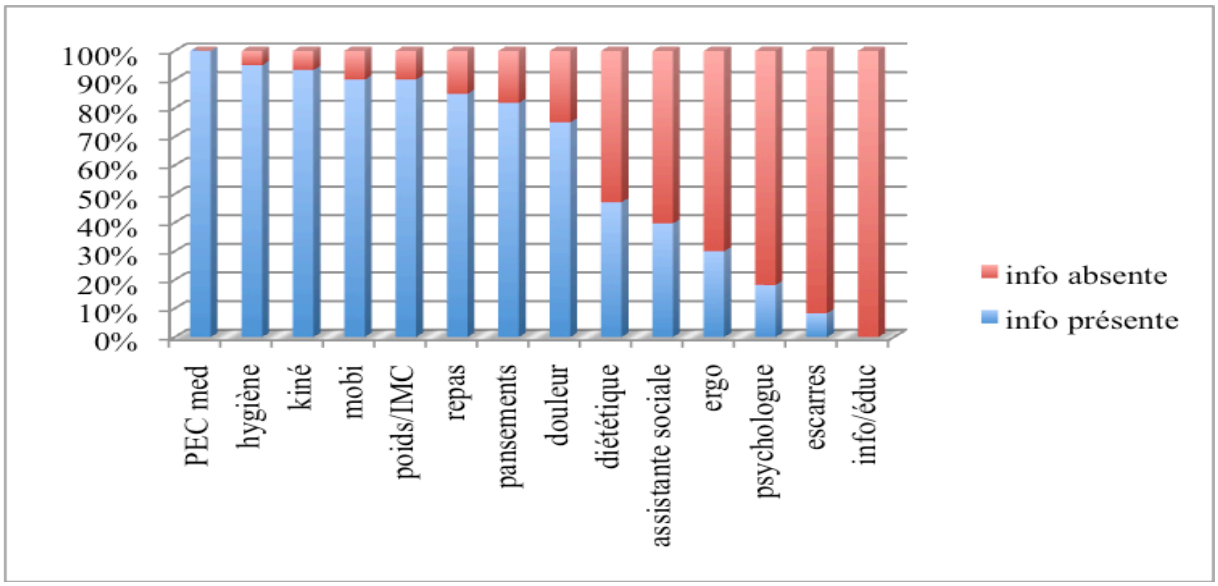


Figure 4. Analyse du contenu du dossier patient : actions engagées et suivi (après exclusion des données non appropriées et incomplètes).

	N=20 (50,0%)	
	N	%/moy
Diagnostic patient		
PEC médicale traitement		
Présent	20	100,0
PEC IDE soins d'escarre		
Absent	7	35,0
Présent	13	65,0
PEC IDE pansements		
Non appropriée	10	
Absent	3	30,0
Présent	7	70,0
PEC de la douleur		
Absent	6	30,0
Présent	14	70,0
Kinésithérapie		
Inconnu	.	
Non appropriée	5	
Présent	15	100,0
Ergothérapie		
Non appropriée	10	
Absent	8	80,0
Présent	2	20,0
Mobilisation		
Absent	1	5,0
Présent	19	95,0
Hygiène		
Présent	20	100,0
Aide au repas		
Présent	20	100,0
PEC Diététique		
Absent	9	45,0
Présent	11	55,0
Poids/IMC		
Inconnu	3	
Absent	1	5,9
Présent	16	94,1
PEC psychologique		
Inconnu	1	
Absent	9	47,4
Présent	10	52,6
PEC Sociale		
Absent	10	50,0
Présent	10	50,0
Information / Education du patient		
Absent	20	100,0

	N=20 (50,0%)	
	N	%/moy
Actions engagées et suivi		
PEC médicale traitement		
Présent	20	100,0
PEC IDE soins d'escarre		
Non appropriée	8	
Non justifiée	.	
Absent	11	91,7
Présent	1	8,3
PEC IDE pansements		
Non appropriée	9	
Absent	2	18,2
Présent	9	81,8
PEC de la douleur		
Inconnu	4	
Absent	4	25,0
Présent	12	75,0
Kinésithérapie		
Non appropriée	5	
Non justifiée	.	
Absent	1	6,7
Présent	14	93,3
Ergothérapie		
Inconnu	.	
Non appropriée	10	
Non justifiée	.	
Absent	7	70,0
Présent	3	30,0
Mobilisation		
Inconnu	.	
Absent	2	10,0
Présent	18	90,0

	N=20 (50,0%)	
	N	%/moy
Hygiène		
Inconnu	.	
Absent	1	5,0
Présent	19	95,0
Aide au repas		
Inconnu	.	
Absent	3	15,0
Présent	17	85,0
PEC Diététique		
Inconnu	1	
Non justifiée	2	
Absent	9	52,9
Présent	8	47,1
Poids/IMC		
Inconnu	.	
Absent	2	10,0
Présent	18	90,0
PEC psychologique		
Inconnu	2	
Non appropriée	7	
Non justifiée	.	
Absent	9	81,8
Présent	2	18,2
PEC Sociale		
Inconnu	.	
Non appropriée	6	
Non justifiée	.	
Absent	9	64,3
Présent	5	35,7
Information / Education du patient		
Absent	20	100,0

Tableau 2. Analyse du contenu du dossier patient.

b. Lettres de sortie (Tableau 3 et Figure 5)

(1) Prise en charge médicale et médicaments

L'information était présente dans 16 lettres sur les 20 analysées et incomplète dans 4 lettres.
Soit une information présente dans 100% des cas mais incomplète dans 20% des cas.

(2) Prise en charge infirmière pour les soins d'escarres

L'information était absente dans les 20 lettres analysées dont 9 (45% des lettres) où elle était non appropriée à la situation.
Soit une information absente dans 100% des cas.

(3) Prise en charge infirmière pour des pansements

L'information était présente dans 2 lettres sur les 20 analysées, absente dans 18 lettres dont 8 (40% des lettres) où elle était non appropriée à la situation et 3 15% des lettres) où elle était incomplète.
Soit une information présente dans 22,2% des cas et absente dans 77,8% des cas.

(4) Prise en charge de la douleur

L'information était présente dans 3 lettres sur les 20 analysées, absente dans 17 lettres dont 7 (35% des lettres) où elle était incomplète.
Soit une information présente dans 23,1% des cas et absente dans 76,9% des cas.

(5) Prise en charge en kinésithérapie

L'information était présente dans 5 lettres sur les 20 analysées, absente dans 15 lettres dont 4 (20% des lettres) où elle était non appropriée à la situation et 6 (30% des lettres) où elle était incomplète.
Soit une information présente dans 50% des cas et absente dans 50% des cas.

(6) Prise en charge en ergothérapie

L'information présente dans 1 lettre sur les 20 analysées, absente dans 19 lettres dont 10 (50% des lettres) où elle était non appropriée à la situation.
Soit une information présente dans 10% des cas et absente dans 90% des cas.

(7) Mobilisation

L'information était présente dans 9 lettres sur les 20 analysées, absente dans 11 lettres dont 2 (10% des lettres) où elle était incomplète.
Soit une information présente dans 50% des cas et absente dans 50% des cas.

(8) Toilette/habillage

L'information était présente dans 1 lettre sur les 20 analysées et absente dans 19 lettres.
Soit une information présente dans 5% des cas et absente dans 95% des cas.

(9) Aide au repas

L'information était présente dans 1 lettre sur les 20 analysées et absente dans 19 lettres.
Soit une information présente dans 5% des cas et absente dans 95% des cas.

(10) Prise en charge par la diététicienne

L'information était absente dans les 20 lettres analysées dont 2 (10% des lettres) où elle était incomplète et 1 (5% des lettres) où elle était non appropriée à la situation.
Soit une information absente dans 100% des cas dont 10% incomplète.

(11) Poids/IMC

L'information était présente dans 4 lettres sur les 20 analysées, absente dans 16 lettres dont 3 (15% des lettres) où elle était incomplète.
Soit une information présente dans 23,5% des cas et absente dans 76,5% des cas.

(12) Prise en charge par la psychologue

L'information était absente dans les 20 lettres analysées dont 3 (15% des lettres) où elle était incomplète et 6 (30% des lettres) où elle était non appropriée à la situation.
Soit une information absente dans 100% des cas.

(13) Prise en charge par l'assistante sociale

L'information était présente dans 1 lettre sur les 20 analysées, absente dans 19 lettres dont 2 où elle était incomplète et 6 où elle était non appropriée à la situation.
Soit une information présente dans 8,3% des cas et absente dans 91,7% des cas.

(14) Information/Education du patient

L'information était présente dans 2 lettres sur les 20 analysées et absente dans 18 lettres.
Soit nue information présente dans 10% des cas et absente dans 90% des cas.

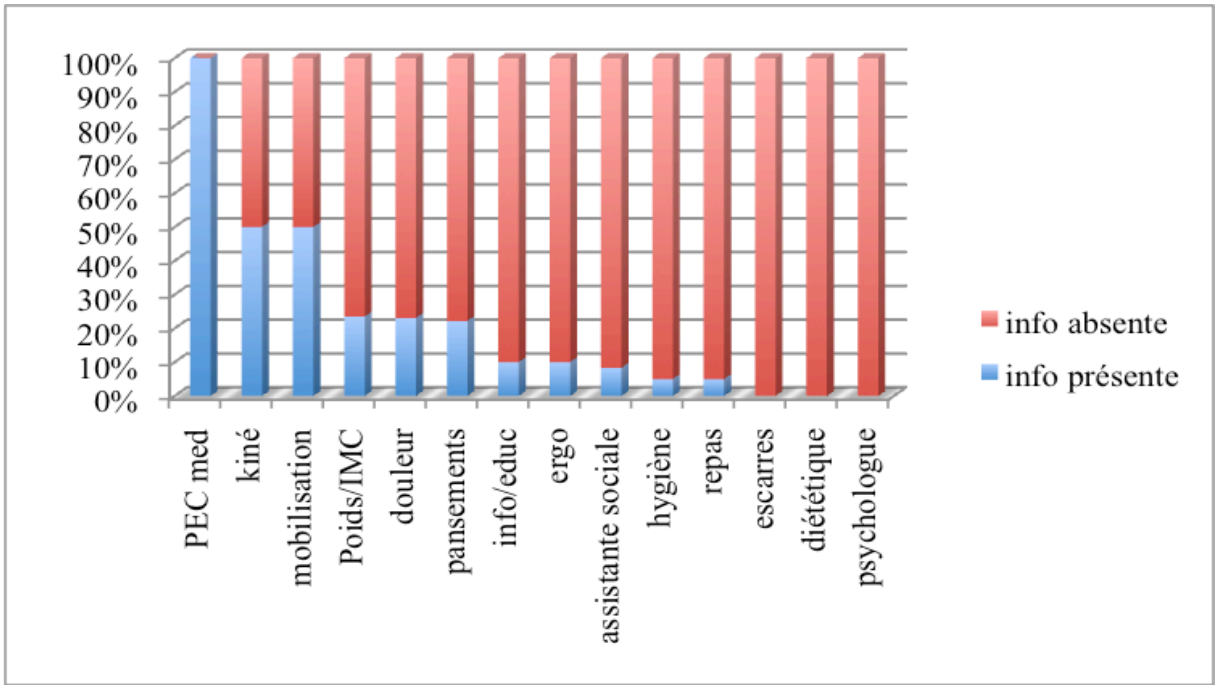


Figure 5. Analyse du contenu des lettres de sortie (après exclusion des données non appropriées et incomplètes).

	N=20 (50,0%)	
	N	%/moy
Courrier de sortie		
PEC médicale traitement		
Inconnu	4	
Présent	16	100,0
PEC IDE soins d'escarre		
Inconnu	.	
Non appropriée	9	
Non justifiée	.	
Absent	11	100,0
PEC IDE pansements		
Inconnu	3	
Non appropriée	8	
Absent	7	77,8
Présent	2	22,2
PEC de la douleur		
Inconnu	7	
Absent	10	76,9
Présent	3	23,1
Kinésithérapie		
Inconnu	6	
Non appropriée	4	
Non justifiée	.	
Absent	5	50,0
Présent	5	50,0
Ergothérapie		
Inconnu	.	
Non appropriée	10	
Non justifiée	.	
Absent	9	90,0
Présent	1	10,0
Mobilisation		
Inconnu	2	
Absent	9	50,0
Présent	9	50,0

	N=20 (50,0%)	
	N	%/moy
Hygiène		
Inconnu	.	
Absent	19	95,0
Présent	1	5,0
Aide au repas		
Absent	19	95,0
Présent	1	5,0
PEC Diététique		
Inconnu	2	
Non appropriée	1	
Non justifiée	.	
Absent	17	100,0
Présent	0	0,0
Poids/IMC		
Inconnu	3	
Absent	13	76,5
Présent	4	23,5
PEC psychologique		
Inconnu	3	
Non appropriée	6	
Non justifiée	.	
Absent	11	100,0
Présent	0	0,0
PEC Sociale		
Inconnu	2	
Non appropriée	6	
Non justifiée	.	
Absent	11	91,7
Présent	1	8,3
Information / Education du patient		
Absent	18	90,0
Présent	2	10,0

Tableau 3. Analyse du contenu des lettres de sortie.

B. RESULTATS DU 2EME TOUR

1. Analyse des informations contenues dans les lettres de sortie auprès des médecins généralistes (Tableau 4, Figures 6 et 7)

(1) Prise en charge médicale et médicaments

L'information était présente dans 60 lettres de sortie sur 62.
Elle était absente dans 2 lettres.
Soit une information présente dans 96,8% des cas et absente dans 3,2% des cas.
Lorsqu'elle était présente, les médecins interrogés considéraient que cette information avait été utile pour la suite de leur prise en charge dans 90% des cas, la jugeait inutile dans 8% des cas et n'avaient pas d'opinion dans 2% des cas.

(2) Prise en charge infirmière pour les soins d'escarre.

L'information était présente dans 1 lettre sur 62.
Elle était absente dans 61 lettres dont 56 (90,3% des lettres) où elle n'était pas appropriée à la situation.
Soit une information présente dans 16,7% des cas et absente dans 76,9% des cas.

Lorsqu'elle était présente, le médecin interrogé considérait que cette information n'avait pas été utile pour la suite de prise en charge.

(3) Prise en charge infirmière pour des pansements

L'information était présente dans 6 lettres de sortie sur 62.
Elle était absente dans 56 lettres, dont 36 (58% des lettres) où elle n'était pas appropriée à la situation.
Soit une information présente dans 23,1% des cas et absente dans 76,9% des cas.

Lorsque elle était présente, les médecins interrogés considéraient que cette information avait été utile pour la suite de leur prise en charge dans 67% des cas et inutile dans 33% des cas.

(4) Prise en charge de la douleur

L'information était présente dans 25 lettres de sortie sur 62.
Elle était absente dans 37 lettres, dont 20 (32,2% des lettres) où elle n'était pas appropriée à la situation.
Soit une information présente dans 59,5% des cas et absente dans 40,5% des cas.

Lorsqu'elle était présente, les médecins interrogés considéraient que cette information avait été utile pour la suite de leur prise en charge dans 90% des cas et inutile dans 10% des cas.

(5) Prise en charge en kinésithérapie

L'information était présente dans 46 lettres de sortie sur 62.
Elle était absente dans 16 lettres, dont 6 (9,7% des lettres) où elle n'était pas appropriée à la situation.
Soit une information présente dans 82,1% des cas et absente dans 17,9% des cas.

Lorsqu'elle était présente, les médecins interrogés considéraient que cette information avait été utile pour la suite de leur prise en charge dans 90% des cas et inutile dans 10% des cas.

(6) Prise en charge en ergothérapie

L'information était présente dans 5 lettres de sortie sur 62.
Elle était absente dans 57 lettres, dont 44 (71% des lettres) où elle n'était pas appropriée à la situation.
Soit une information présente dans 27,8% des cas et absente dans 72,2% des cas.

Lorsqu'elle était présente, les médecins interrogés considéraient que cette information avait été utile pour la suite de leur prise en charge dans 100% des cas.

(7) Mobilisation

L'information était présente dans 35 lettres de sortie sur 62.
Elle était absente dans 27 lettres, dont 13 (21% des lettres) où elle n'était pas appropriée à la situation.
Soit une information présente dans 71,4% des cas et absente dans 28,6% des cas.

Lorsqu'elle était présente, les médecins interrogés considéraient que cette information aurait été utile pour la suite de leur prise en charge dans 78% des cas et inutile dans 22% des cas.

(8) Toilette/habillage

L'information était présente dans 6 lettres de sortie sur 62.
Elle était absente dans 56 lettres, dont 34 (55% des lettres) où l'information n'était pas appropriée à la situation.
Soit une information présente dans 21,4% des cas et absente dans 78,6% des cas.

Lorsqu'elle était présente, les médecins interrogés considéraient que cette information avait été utile pour la suite de leur prise en charge dans 67% des cas et inutile dans 33% des cas.

(9) Aide au repas

L'information était présente dans 3 lettres de sortie sur 62.
Elle était absente dans 97 lettres, dont 77 (77% des lettres) où elle n'était pas appropriée à la situation.
Soit une information présente dans 13% des cas et absente dans 87% des cas.

Lorsqu'elle était présente, les médecins interrogés considéraient que cette information avait été utile pour la suite de leur prise en charge dans 80% des cas et inutile dans 20% des cas.

(10) Prise en charge par la diététicienne

L'information était présente dans 22 lettres de sortie sur 62.
Elle était absente dans 40 lettres, dont 32 (51,6% des lettres) où elle n'était pas appropriée à la situation.
Soit une information présente dans 73,3% des cas et absente dans 26,7% des cas.

Lorsqu'elle était présente, les médecins interrogés considéraient que cette information avait été utile pour la suite de leur prise en charge dans 77% des cas et inutile dans 23% des cas.

(11) Prise en charge par la psychologue

L'information était présente dans 6 lettres de sortie sur 62.
Elle était absente dans 56 lettres, dont 44 (71 % des lettres) où elle n'était pas appropriée à la situation.
Soit une information présente dans 33,3% des cas et absente dans 66,7% des cas.

Lorsqu'elle était présente, les médecins interrogés considéraient que cette information avait été utile pour la suite de leur prise en charge dans 83% des cas et inutile dans 17% des cas.

(12) Prise en charge par l'assistante sociale

L'information était présente dans 6 lettres de sortie sur 62.
Elle était absente dans 56 lettres, dont 45 (72,5% des lettres) où elle n'était pas appropriée à la situation.
Soit une information présente dans 35,3% des cas et absente dans 64,7% des cas.

Lorsqu'elle était présente, les médecins interrogés considéraient que cette information avait été utile pour la suite de leur prise en charge dans 100 des cas.

(13) Information/Education du patient

L'information était présente dans 3 lettres de sortie sur 62.
Elle était absente dans 59 lettres, dont 43 (69,3% des lettres) où elle n'était pas appropriée à la situation.
Soit une information présente dans 15,8% des cas et absente dans 84,2% des cas.

Lorsqu'elle n'était pas présente, les médecins interrogés considéraient que cette information aurait été utile pour la suite de leur prise en charge dans 67,33% des cas et inutile dans 33% des cas.

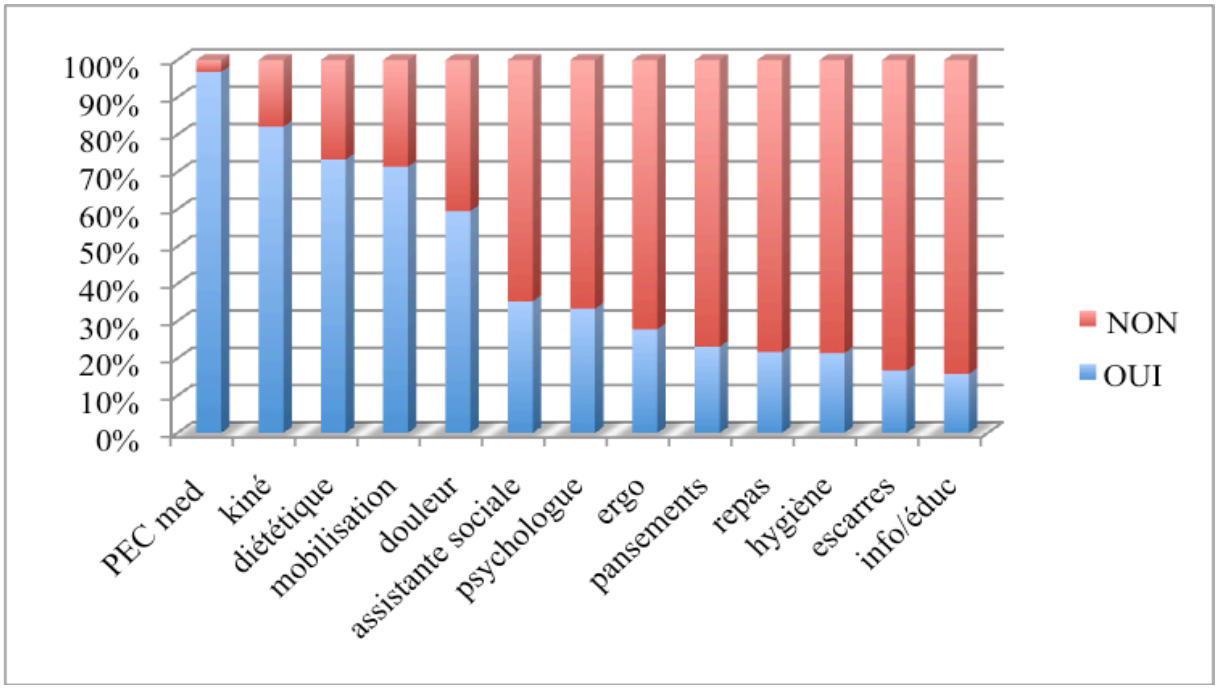


Figure 6. Analyse des informations contenues dans les courriers de sortie auprès des médecins généralistes (après exclusion des données non appropriées).

	N=62 (38,3%)	
	N	%/moy
PEC médicale traitement		
Non appropriée	.	
Non	2	3,2
Oui	60	96,8
PEC IDE soins d'escarre		
Non appropriée	56	
Non	5	83,3
Oui	1	16,7
PEC IDE pansements		
Non appropriée	36	
Non	20	76,9
Oui	6	23,1
PEC de la douleur		
Non appropriée	20	
Non	17	40,5
Oui	25	59,5
Kinésithérapie		
Non appropriée	6	
Non	10	17,9
Oui	46	82,1
Ergothérapie		
Non appropriée	44	
Non	13	72,2
Oui	5	27,8
Mobilisation		
Non appropriée	13	
Non	14	28,6
Oui	35	71,4

	N=62 (38,3%)	
	N	%/moy
Hygiène		
Non appropriée	34	
Non	22	78,6
Oui	6	21,4
Aide au repas		
Non appropriée	39	
Non	18	78,3
Oui	5	21,7
PEC Diététique		
Non appropriée	32	
Non	8	26,7
Oui	22	73,3
PEC psychologique		
Non appropriée	44	
Non	12	66,7
Oui	6	33,3
PEC Sociale		
Non appropriée	45	
Non	11	64,7
Oui	6	35,3
Information / Education		
Non appropriée	43	
Non	16	84,2
Oui	3	15,8

Tableau 4. Analyse du contenu des lettres de sortie auprès des médecins généralistes.

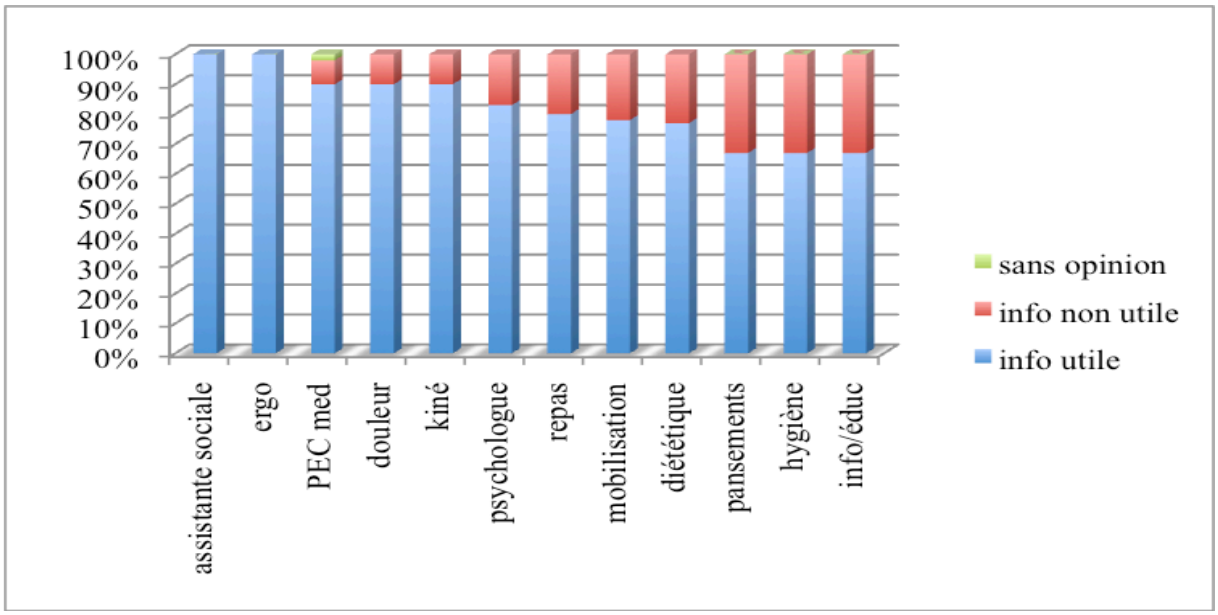


Figure 7. Utilité de l'information contenue dans les courriers de sortie pour la suite de prise en charge par le médecin traitant en sortie de SSR.

2. Analyse du contenu du dossier patient et des lettres de sortie

a. Contenu du dossier patient (Tableau 5)

Diagnostic patient (Tableau 5, Figures 8)

(1) Prise en charge médicale et médicaments

L'information était présente dans les 20 dossiers analysés, soit dans 100% des cas.

(2) Prise en charge infirmière pour les soins d'escarres

L'information était présente dans 18 dossiers sur 20 et absente dans 2 dossiers.
Soit une information présente dans 90% des cas et absente dans 10% des cas.

(3) Prise en charge infirmière pour des pansements

L'information était présente dans 8 dossiers sur les 20, absente dans 12 dont 11 dossiers sur les 20 (55% des dossiers) où elle n'était pas appropriée à la situation.
Soit une information présente dans 88,9% des cas et absente dans 11,1% des cas.

(4) Pise en charge de la douleur

L'information était présente dans 13 dossiers sur 20 et absente dans 7.
Soit une information présente dans 65% des cas et absente dans 35% des cas.

(5) Prise en charge en kinésithérapie

L'information était présente dans 16 dossiers sur les 20 et incomplète dans 4 dossiers.
Soit une information présente dans 100% des cas mais incomplète dans 20% des dossiers.

(6) Prise en charge en ergothérapie

L'information était présente dans 15 dossiers sur 20, absente dans 5 dossiers.
Soit une information présente dans 75% des cas et absente dans 25% des cas.

(7) Mobilisation

L'information était présente dans 15 dossiers sur 20 et absente dans 5 dossiers.
Soit une information présente dans 75% des cas et absente dans 25% des cas.

(8) Toilette et habillage

L'information était présente dans 20 dossiers sur 20 soit dans 100% des cas.

(9) Aide au repas

L'information était présente dans 20 dossiers sur 20 soit dans 100% des cas.

(10) Prise en charge par la diététicienne

L'information était présente dans 18 dossiers sur 20 et absente dans 2 dossiers.
Soit une information présente dans 90% des cas et absente dans 10%.

(11) Poids/IMC

L'information était présente dans16 dossiers sur 20, absente dans 1 dossier et incomplète dans 3 dossiers (15% des dossiers).
Soit une information présente dans 94,1% des cas et absente dans 5,9% des cas.

(12) Prise en charge par la psychologue

L'information était présente dans 18 dossiers sur 20, absente dans 2 dossiers.
Soit une information présente dans 90% des cas et absente dans 10% des cas.

(13) Prise en charge par l'assistante sociale

L'information était présente dans 18 dossiers sur 20 et absente dans 2 dossiers.
Soit une information présente dans 90% des cas et absente dans 10% des cas.

(14) Information/Education du patient

L'information était absente dans les 20 dossiers soit dans 100% des cas.

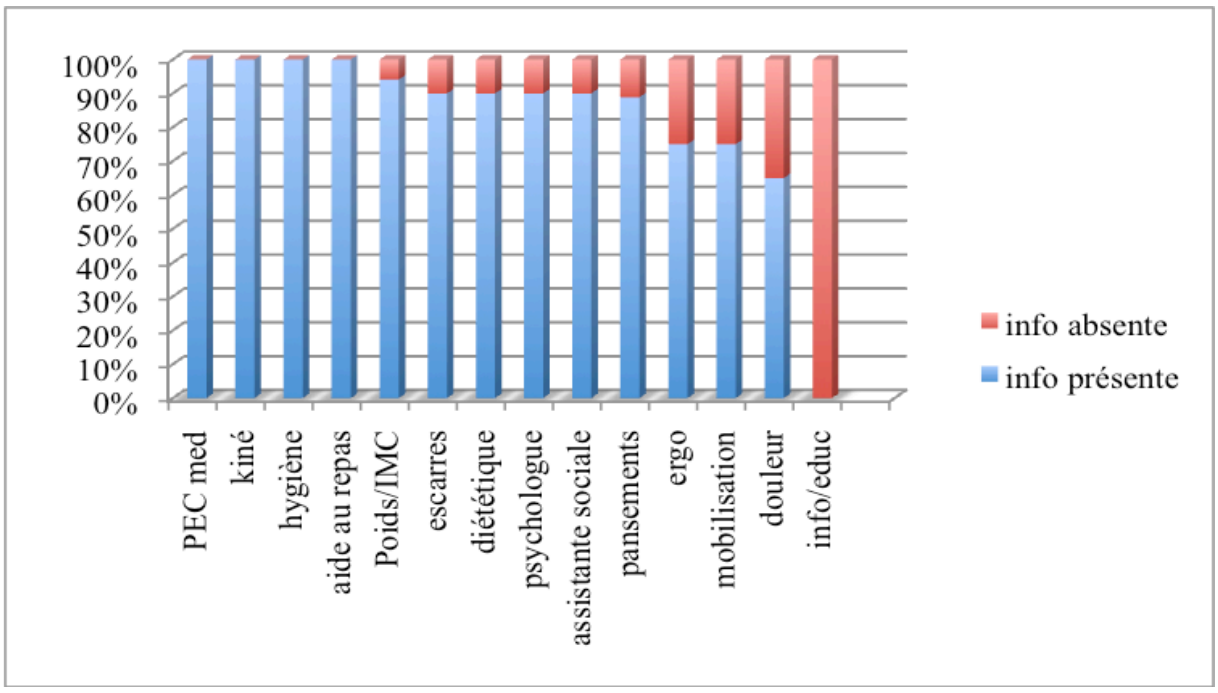


Figure 8. Analyse du contenu du dossier patient : diagnostic patient (après exclusion des données non appropriées et incomplètes).

	N=20 (50,0%)	
	N	%/moy
Diagnostic patient		
PEC médicale traitement		
Présent	20	100,0
PEC IDE soins d'escarre		
Absent	2	10,0
Présent	18	90,0
PEC IDE pansements		
Non appropriée	11	
Absent	1	11,1
Présent	8	88,9
PEC de la douleur		
Absent	7	35,0
Présent	13	65,0
Kinésithérapie		
Inconnu	4	
Non appropriée	.	
Présent	16	100,0
Ergothérapie		
Non appropriée	.	
Absent	5	25,0
Présent	15	75,0
Mobilisation		
Absent	5	25,0
Présent	15	75,0
Hygiène		
Présent	20	100,0
Aide au repas		
Présent	20	100,0
PEC Diététique		
Absent	2	10,0
Présent	18	90,0
Poids/IMC		
Inconnu	3	
Absent	1	5,9
Présent	16	94,1
PEC psychologique		
Inconnu	.	
Absent	2	10,0
Présent	18	90,0
PEC Sociale		
Absent	2	10,0
Présent	18	90,0
Information / Education		
Absent	20	100,0

	N=20 (50,0%)	
	N	%/moy
Actions engagées et suivi		
PEC médicale traitement		
Présent	20	100,0
PEC IDE soins d'escarre		
Non appropriée	.	
Non justifiée	17	
Absent	1	33,3
Présent	2	66,7
PEC IDE pansements		
Non appropriée	10	
Absent	1	10,0
Présent	9	90,0
PEC de la douleur		
Inconnu	7	
Absent	5	38,5
Présent	8	61,5
Kinésithérapie		
Non appropriée	.	
Non justifiée	2	
Absent	0	0,0
Présent	18	100,0
Ergothérapie		
Inconnu	1	
Non appropriée	.	
Non justifiée	10	
Absent	6	66,7
Présent	3	33,3
Mobilisation		
Inconnu	2	
Absent	3	16,7
Présent	15	83,3

	N=20 (50,0%)	
	N	%/moy
Hygiène		
Inconnu	1	
Absent	0	0,0
Présent	19	100,0
Aide au repas		
Inconnu	1	
Absent	0	0,0
Présent	19	100,0
PEC Diététique		
Inconnu	3	
Non justifiée	6	
Absent	1	9,1
Présent	10	90,9
Poids/IMC		
Inconnu	3	
Absent	3	17,6
Présent	14	82,4
PEC psychologique		
Inconnu	1	
Non appropriée	.	
Non justifiée	15	
Absent	3	75,0
Présent	1	25,0
PEC Sociale		
Inconnu	1	
Non appropriée	.	
Non justifiée	14	
Absent	4	80,0
Présent	1	20,0
Information / Education		
Absent	20	100,0

Tableau 5. Analyse du contenu du dossier patient.

Actions engagées et suivi (Tableau 5, Figure 9)

(1) Prise en charge médicale et médicaments

L'information était présente dans les 20 dossiers analysés, soit dans 100% des cas.

(2) Prise en charge infirmière pour les soins d'escarre

L'information était présente dans 2 dossiers sur les 20 dossiers analysés, absente dans 18 dossiers et dont 17 (85% des dossiers) où elle était non justifiée.
Soit une information présente dans 66,7% des cas et absente dans 33,3% des cas.

(3) Prise en charge infirmière pour des pansements

L'information était présente dans 9 dossiers sur les 20 analysés, absente dans 11 dossiers dont 10 (50% des dossiers) où elle était non justifiée.
Soit une information présente dans 90% des cas et absente dans 10% des cas.

(4) Prise en charge de la douleur

L'information était présente dans 8 dossiers sur les 20 analysés, absente dans 5 dossiers et incomplète dans 7 dossiers.
Soit une information présente dans 61,5% des cas et absente dans 38,5% des cas.

(5) Prise en charge en kinésithérapie

L'information était présente dans 18 dossiers sur les 20 analysés et non justifiée dans 2 dossiers.
Soit une information présente dans 100% des cas et non justifiée dans 1% des dossiers.

(6) Prise en charge en ergothérapie.

L'information était présente dans 3 dossiers sur les 20 analysés, absente dans 16 dossiers dont 10 (50% des dossiers) où elle était non justifiée et incomplète dans 1 dossier.
Soit une information présente dans 33,3% des cas et absente dans 66,7% des cas.

(7) Mobilisation

L'information était présente dans 15 dossiers sur les 20 analysés, absente dans 3 dossiers et incomplète dans 2 dossiers.
Soit une information présente dans 83,3% des cas et absente dans 16,7% des cas.

(8) Toilette/Habillage

L'information étai présente dans 19 dossiers sur les 20 analysés et absente dans 1 seul dossier.
Soit une information présente dans 95% des cas et absente dans 5% des cas.

(9) Aide au repas

L'information était présente dans 19 dossiers sur les 20 dossiers analysés et incomplète dans 1 dossier.
Soit une information présente dans 100% des cas mais incomplète dans 5% des dossiers.

(10) Prise en charge par la diététicienne

L'information était présente dans 10 dossiers sur les 20 analysés, absente dans 7 dossiers dont 6 (30% des dossiers) où elle était non justifiée et incomplète dans 3 dossiers.
Soit une information présente dans 90,9% des cas et absente dans 9,1% des cas.

(11) Poids/IMC

L'information était présente dans 14 dossiers sur les 20 dossiers analysés, absente dans 3 dossiers et incomplète dans 3 dossiers.
Soit une information présente dans 82,4% des cas et absente dans 17,6% des cas.

(12) Prise en charge par la psychologue

L'information était présente dans 1 dossier sur les 20 dossiers analysés, absente dans 18 dossiers dont 15 (75% des dossiers) où elle était non justifiée et incomplète dans 1 dossier.
Soit une information présente dans 25% des cas et absente dans 75% des cas.

(13) Prise en charge par l'assistante sociale.

L'information était présente dans 1 dossier sur les 20 analysés, absente dans 18 dossiers dont 14 (70% des dossiers) où elle était non justifiée et incomplète dans 1 dossier.
Soit une information présente dans 20% des cas et absente dans 80% des cas.

(14) Information/éducation du patient

L'information était absente dans les 20 dossiers analysés, soit dans 100% des cas

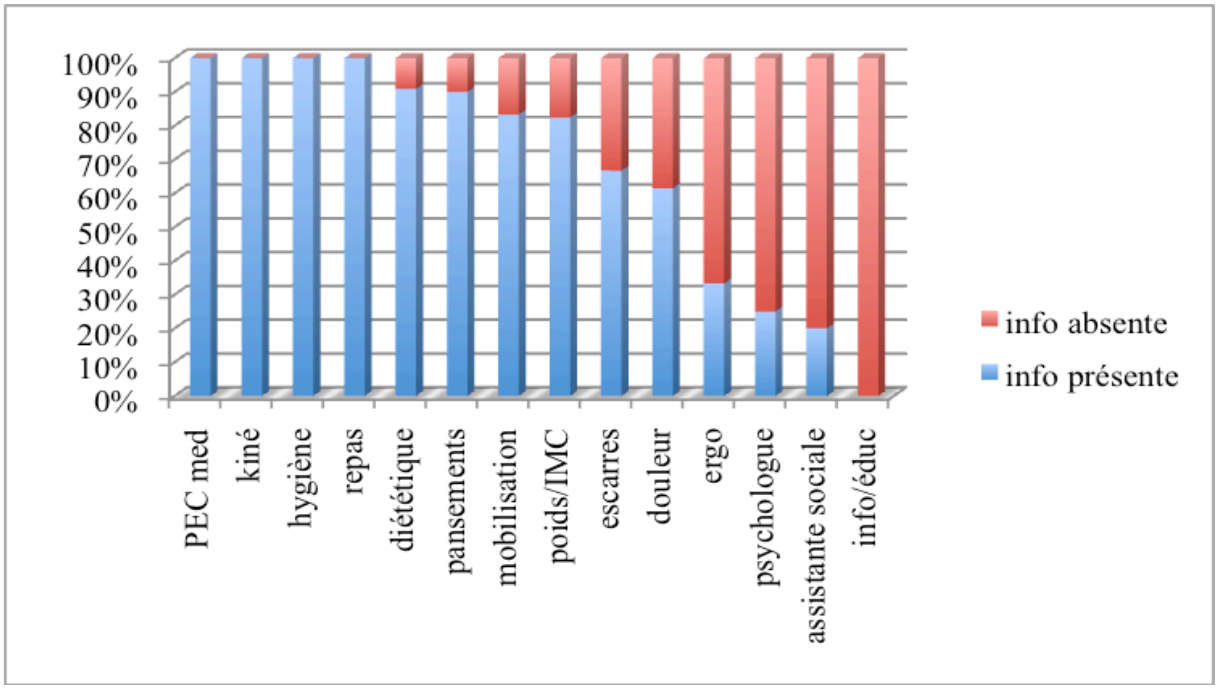


Figure 9. Analyse du contenu du dossier patient : actions engagées et suivi (après exclusion des données non appropriées et incomplètes).

b. Lettres de sortie (Tableau 6, Figure 10)

(1) Prise en charge médicale et médicaments

L'information était présente dans les 20 lettres analysées.
Soit une information présente dans 100% des cas.

(2) Prise en charge infirmière pour les soins d'escarres

L'information était absente dans 19 lettres sur es 20 analysées dont 17 où elle était non justifiée et incomplète dans 1 lettre.
Soit une information absente dans 100% des cas mais non justifiée dans 85% des lettres et incomplète dans 5%.

(3) Prise en charge infirmière pour des pansements

L'information était présente dans 2 lettres sur les 20 analysées, absente dans 18 lettres dont 9 (40% des lettres) où elle était non justifiée.
Soit une information présente dans 18,2 des cas et absente dans 81,8% des cas.

(4) Prise en charge de la douleur

L'information était présente dans 4 lettres sur les 20 analysées, absente dans 16 lettres dont 7 (35% des lettres) où elle était incomplète.
Soit une information présente dans 30,8% des cas et absente dans 69,2% des cas.

(5) Prise en charge en kinésithérapie

L'information était présente dans 17 lettres sur les 20 analysées, absente dans 3 lettres dont 2 (10% des lettres) où elle était non justifiée.
Soit une information présente dans 94,4% des cas et absente dans 5,6% des cas.

(6) Prise en charge en ergothérapie

L'information présente dans 1 lettre sur les 20 analysées, absente dans 18 lettres dont 10 (50% des lettres) où elle était non justifiée et incomplète dans 1 lettre.
Soit une information présente dans 11,1% des cas et absente dans 88,9% des cas.

(7) Mobilisation

L'information était présente dans 18 lettres sur les 20 analysées, absente dans 2 lettres.
Soit une information présente dans 90% des cas et absente dans 10% des cas.

(8) Toilette/habillage

L'information était absente dans les 20 lettres analysées dont 2 où elle était incomplète.
Soit une information absente dans 100% des cas mais incomplète dans 1% des lettres.

(9) Aide au repas

L'information était absente dans les 20 lettres analysées.
Soit une information absente dans 100% des cas.

(10) Prise en charge par la diététicienne

L'information était présente dans 9 lettres sur les 20 analysées, absente dans 9 lettres dont 6 (30% des lettres) où elle non justifiée et 2 (10% des lettres) où elle incomplète.
Soit une information présente dans 75% des cas et absente dans 25% des cas.

(11) Poids/IMC

L'information était présente dans 7 lettres sur les 20 analysées, absente dans 10 lettres et incomplète dans 3 (15% des lettres).
Soit une information présente dans 41,2% des cas et absente dans 58,8% des cas.

(12) Prise en charge par la psychologue

L'information était présente dans 1 lettre sur les 20 analysées, absente dans 18 lettres dont 16 (80% des lettres) où elle était non justifiée et incomplète dans 1 lettre (5% des lettres).
Soit une information présente dans 33,3% des cas et absente dans 66,7% des cas.

(13) Prise en charge par l'assistante sociale

L'information était présente dans 2 lettres sur les 20 analysées, absente dans 17 lettres dont 13 (65% des lettres) où elle était non justifiée et incomplète dans 1 lettre (5% des lettres).
Soit une information présente dans 33,3% des cas et absente dans 66,7% des cas.

(14) Information/Education du patient

L'information était absente dans les 20 lettres analysées.
Soit nue information absente dans 100% des cas.

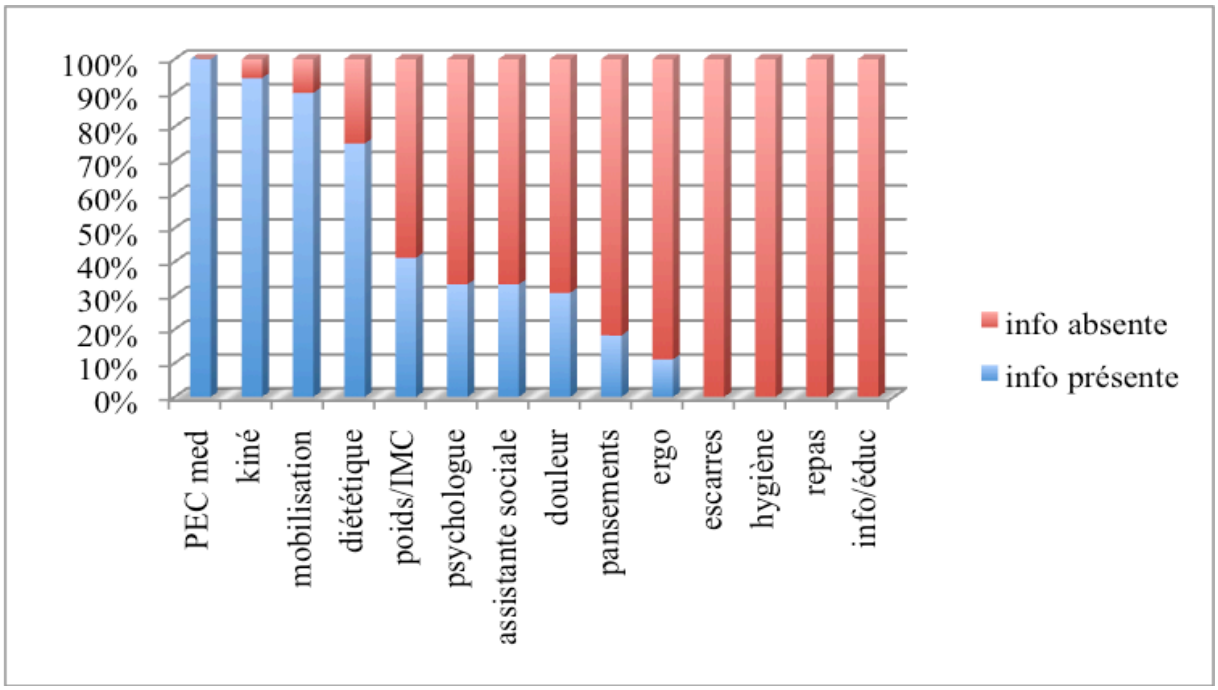


Figure 10. Analyse du contenu des courriers de sortie (après exclusion des données non appropriées et incomplètes).

	N=20 (50,0%)	
	N	%/moy
Courrier de sortie		
PEC médicale traitement		
Inconnu	.	
Présent	20	100,0
PEC IDE soins d'escarre		
Inconnu	1	
Non appropriée	.	
Non justifiée	17	
Absent	2	100,0
PEC IDE pansements		
Inconnu	.	
Non appropriée	9	
Absent	9	81,8
Présent	2	18,2
PEC de la douleur		
Inconnu	7	
Absent	9	69,2
Présent	4	30,8
Kinésithérapie		
Inconnu	.	
Non appropriée	.	
Non justifiée	2	
Absent	1	5,6
Présent	17	94,4
Ergothérapie		
Inconnu	1	
Non appropriée	.	
Non justifiée	10	
Absent	8	88,9
Présent	1	11,1
Mobilisation		
Inconnu	.	
Absent	2	10,0
Présent	18	90,0

	N=20 (50,0%)	
	N	%/moy
Hygiène		
Inconnu	2	
Absent	18	100,0
Présent	0	0,0
Aide au repas		
Absent	20	100,0
Présent	0	0,0
PEC Diététique		
Inconnu	2	
Non appropriée	.	
Non justifiée	6	
Absent	3	25,0
Présent	9	75,0
Poids/IMC		
Inconnu	3	
Absent	10	58,8
Présent	7	41,2
PEC psychologique		
Inconnu	1	
Non appropriée	.	
Non justifiée	16	
Absent	2	66,7
Présent	1	33,3
PEC Sociale		
Inconnu	1	
Non appropriée	.	
Non justifiée	13	
Absent	4	66,7
Présent	2	33,3
Information / Education		
Absent	20	100,0
Présent	0	0,0

Tableau 6. Analyse du contenu des courriers de sortie.

C. COMPARAISON DES 2 TOURS SUR LA PRESENCE DE L'INFORMATION

1. Analyse des informations contenues dans les lettres de sortie auprès des médecins généralistes (Tableaux 7, Figure 11)

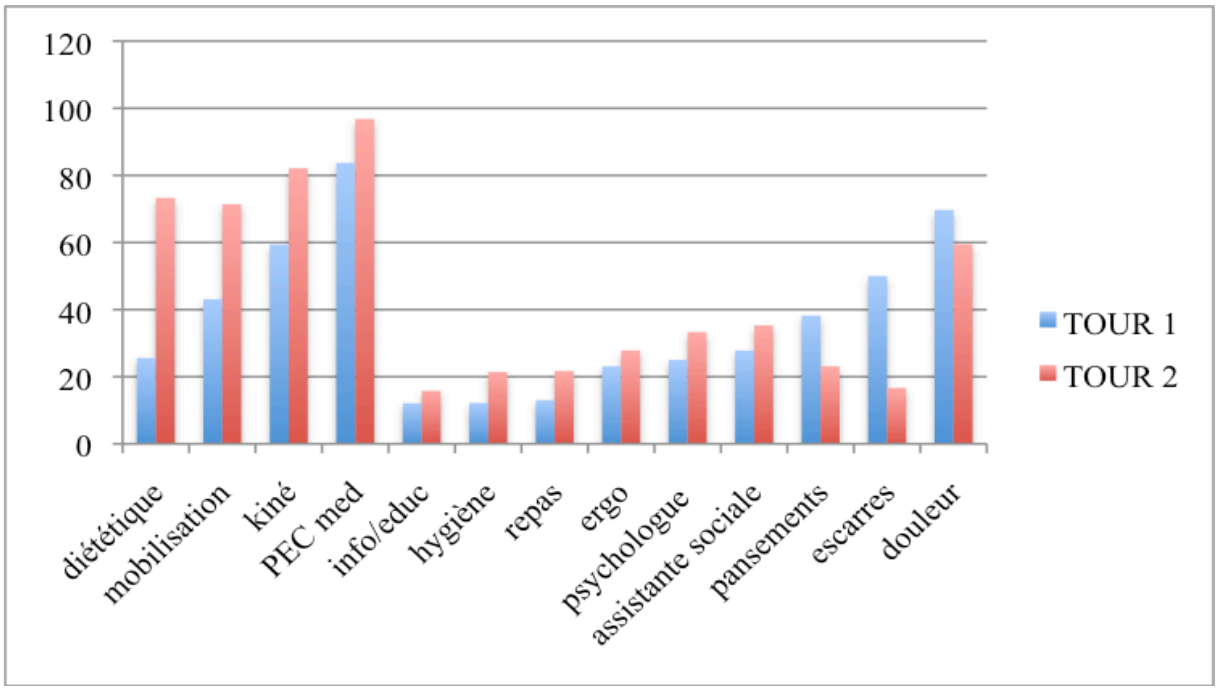


Figure 11. Analyse des informations contenues dans les courriers de sortie auprès des médecins généralistes : comparaison des 2 tours.

L'amélioration est significative ($p<0,05$) pour la prise en charge diététique, la mobilisation, la kinésithérapie ainsi que pour la prise en charge médicale et les médicaments.
Une amélioration existe également pour l'information et l'éducation du patient, l'hygiène, l'aide aux repas, l'ergothérapie, la prise en charge par la psychologue et par l'assistante sociale mais de façon non significative.
Par contre, il existe une perte d'information concernant la prise en charge des plaies et la prise en charge de la douleur. Même si elle n'est pas significative.

	p**		p**
PEC médicale traitement			
Non appropriée			
Non	0,0106		
Oui			
PEC IDE soins d'escarre		**Hygiène**	
Non appropriée		Non appropriée	
Non	0,3069	Non	0,3359
Oui		Oui	
PEC IDE pansements		**Aide au repas**	
Non appropriée		Non appropriée	
Non	0,2110	Non	0,6995
Oui		Oui	
PEC de la douleur		**PEC Diététique**	
Non appropriée		Non appropriée	
Non	0,2775	Non	<0,0001
Oui		Oui	
Kinésithérapie		**PEC psychologique**	
Non appropriée		Non appropriée	
Non	0,0066	Non	0,5401
Oui		Oui	
Ergothérapie		**PEC Sociale**	
Non appropriée		Non appropriée	
Non	0,7375	Non	0,6321
Oui		Oui	
Mobilisation		**Information / Education**	
Non appropriée		Non appropriée	
Non	0,0043	Non	0,6966
Oui		Oui	

** Test du Chi-2 ou Test exact de Fisher

Tableau 7. Analyse des informations contenues dans la lettre de sortie auprès des médecins généralistes : comparaison des 2 tours.

2. Analyse du contenu du dossier patient et des lettres de sortie

a. Contenu du dossier patient (Tableaux 8 et 9, Figures 12 et 13)

Diagnostic patient (Tableau 8, Figure 12)

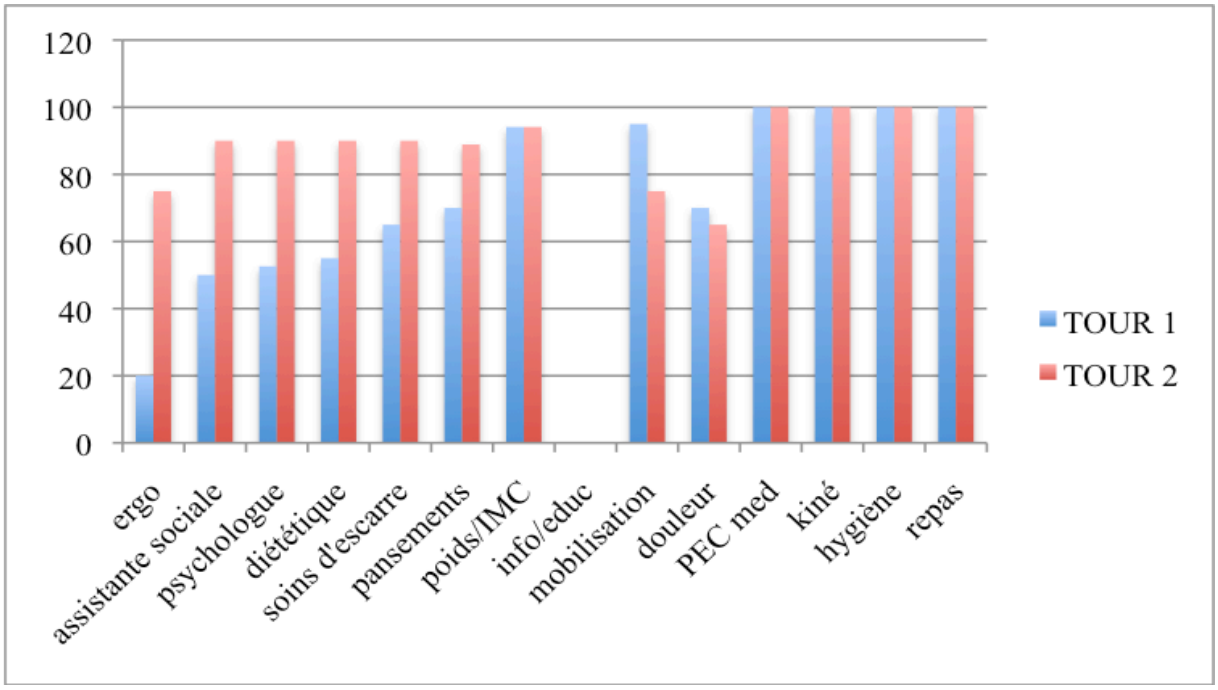


Figure 12. Analyse du contenu du dossier patient, diagnostic patient : comparaison des 2 tours.

L'amélioration est significative ($p<0,05$) pour l'ergothérapie, la prise en charge par l'assistante sociale, par la psychologue et la prise en charge diététique.
Il existe une amélioration pour la prise en charge des plaies mais de façon non significative.
Il n'y a aucune amélioration en ce qui concerne le poids et l'IMC ainsi que pour l'information et l'éducation du patient.
Enfin, il existe une perte d'information pour la mobilisation et la douleur. Même si celle-ci n'est pas significative.
Le recueil d'information sur la prise en charge médicale, la kinésithérapie, l'hygiène et l'aide aux repas est resté optimal.

	p**		p**
Diagnostic patient			
PEC médicale traitement	.	**Hygiène**	.
Présent		Présent	
PEC IDE soins d'escarre	0,1274	**Aide au repas**	.
Absent		Présent	
Présent		**PEC Diététique**	0,0132
PEC IDE pansements	0,5820	Absent	
Non appropriée		Présent	
Absent		**Poids/IMC**	1,0000
Présent		Inconnu	
PEC de la douleur	0,7357	Absent	
Absent		Présent	
Présent		**PEC psychologique**	0,0095
Kinésithérapie	.	Inconnu	
Inconnu		Absent	
Non appropriée		Présent	
Présent		**PEC Sociale**	0,0058
Ergothérapie	0,0069	Absent	
Non appropriée		Présent	
Absent		**Information / Education**	.
Présent		Absent	
Mobilisation	0,1818		
Absent			
Présent			

** Test du Chi-2 ou Test exact de Fisher

Tableau 8. Analyse du dossier patient, diagnostic patient : comparaison des 2 tours.

Actions engagées et suivi (Tableau 9, Figure 13)

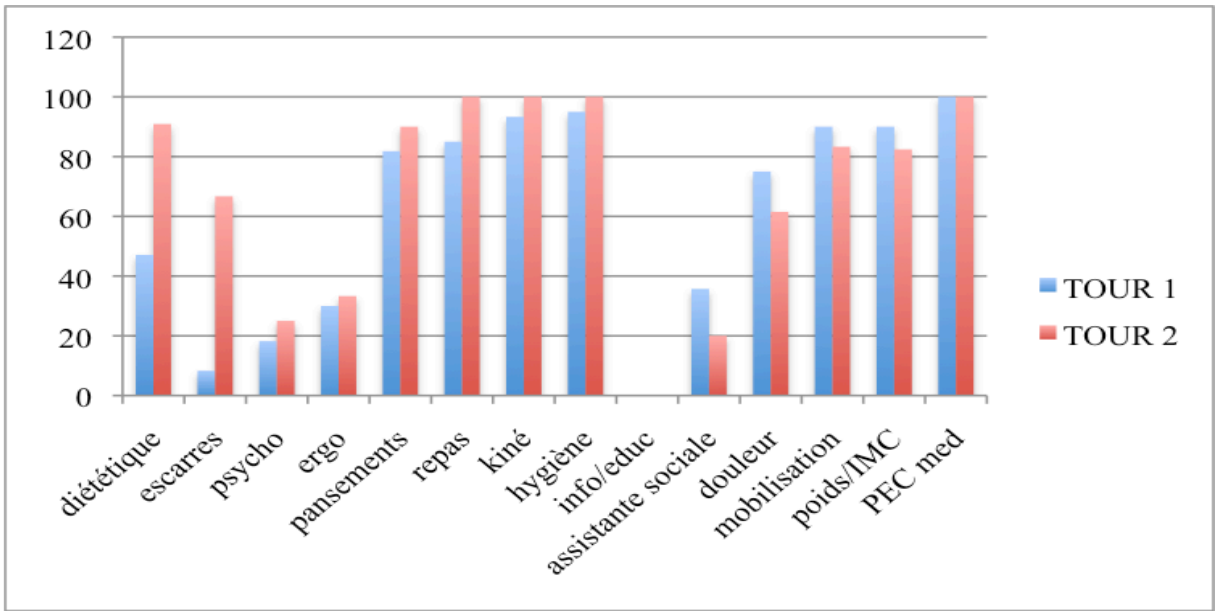


Figure 13. Analyse du contenu du dossier patient, actions engagées et suivi : comparaison des 2 tours.

L'amélioration est significative (p<0,05) pour la prise en charge diététique seulement.
Une amélioration non significative existe pour les soins d'escarres, la prise en charge par la psychologue, l'ergothérapie, les pansements, l'aide aux repas, la kinésithérapie et l'hygiène.
Il n'y a aucune amélioration pour l'information et l'éducation du patient.
Il existe une perte d'information pour la prise en charge sociale, la douleur, la mobilisation ainsi que pour le poids et l'IMC. Même si elle n'est pas significative.
Enfin, le recueil des informations sur la prise en charge médicale et les médicaments est resté optimal.

	p**		p**
Actions engagées et suivi			
PEC médicale traitement	.	**Hygiène**	1,0000
Présent		Inconnu	
PEC IDE soins d'escarre	0,0813	Absent	
Non appropriée		Présent	
Non justifiée		**Aide au repas**	0,2308
Absent		Inconnu	
Présent		Absent	
PEC IDE pansements		Présent	
Non appropriée	1,0000	**PEC Diététique**	0,0407
Absent		Inconnu	
Présent		Non justifiée	
PEC de la douleur		Absent	
Inconnu	0,6882	Présent	
Absent		**Poids/IMC**	0,6443
Présent		Inconnu	
Kinésithérapie		Absent	
Non appropriée		Présent	
Non justifiée	0,4545	**PEC psychologique**	1,0000
Absent		Inconnu	
Présent		Non appropriée	
Ergothérapie		Non justifiée	
Inconnu		Absent	
Non appropriée	1,0000	Présent	
Non justifiée		**PEC Sociale**	1,0000
Absent		Inconnu	
Présent		Non appropriée	
Mobilisation		Non justifiée	
Inconnu		Absent	
Absent		Présent	
Présent	0,6525	**Information / Education**	
		Absent	.

** Test du Chi-2 ou Test exact de Fisher

Tableau 9. Analyse du contenu du dossier patient, actions engagées et suivi : comparaison des 2 tours.

b. Courriers de sortie (Tableau10, Figure 14)

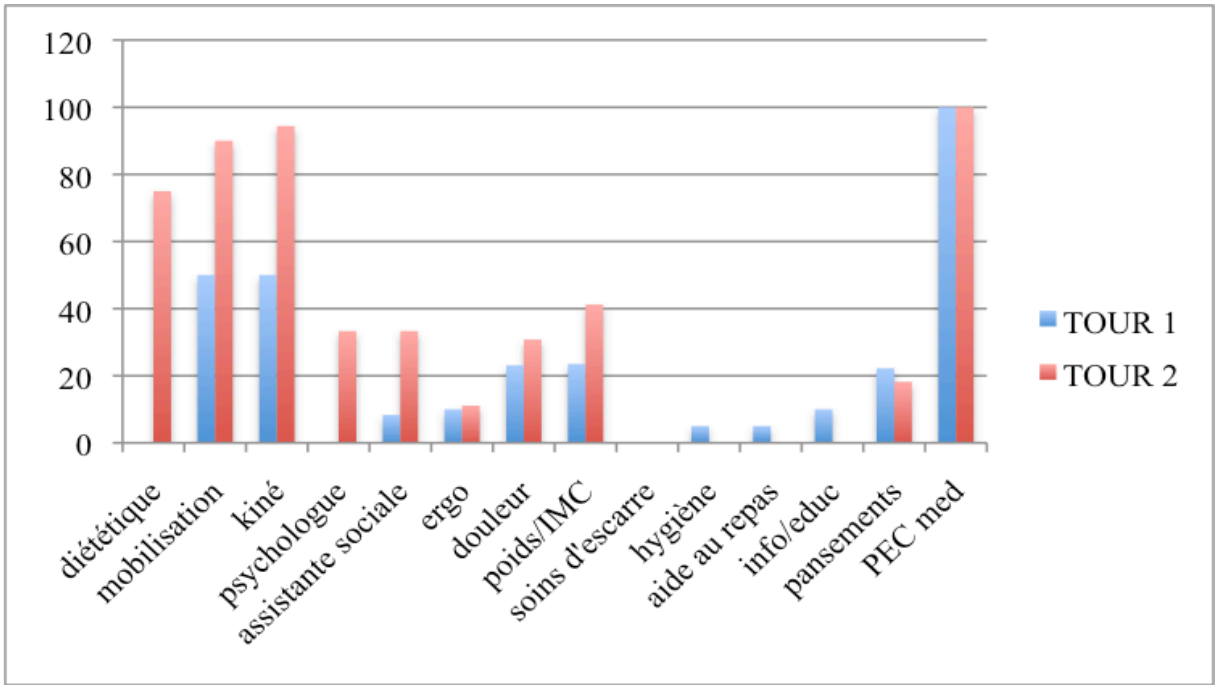


Figure 14. Analyse du contenu des courriers de sortie : comparaison des 2 tours.

L'amélioration est significative ($p<0,05$) pour la prise en charge diététique, la mobilisation et la kinésithérapie.
Il existe une amélioration non significative pour la prise en charge par la psychologue et l'assistante sociale, l'ergothérapie, la douleur ainsi que pour le poids et l'IMC.
Il n'y a aucune amélioration pour les soins d'escarres.
Il y a une perte d'information en ce qui concerne l'hygiène, l'aide au repas, l'information et l'éducation du patient ainsi que les pansements. Même si celle-ci n'est pas significative.
L'information sur la prise en charge médicale et les médicaments est restée optimale.

	p**		p**
Courrier de sortie			
PEC médicale traitement	.	**Hygiène**	1,0000
Inconnu		Inconnu	
Présent		Absent	
PEC IDE soins d'escarre	.	Présent	
Inconnu		**Aide au repas**	1,0000
Non appropriée		Absent	
Non justifiée		Présent	
Absent		**PEC Diététique**	<0,0001
PEC IDE pansements	1,0000	Inconnu	
Inconnu		Non appropriée	
Non appropriée		Non justifiée	
Absent		Absent	
Présent		Présent	
PEC de la douleur	1,0000	**Poids/IMC**	0,2714
Inconnu		Inconnu	
Absent		Absent	
Présent		Présent	
Kinésithérapie	0,0126	**PEC psychologique**	0,2143
Inconnu		Inconnu	
Non appropriée		Non appropriée	
Non justifiée		Non justifiée	
Absent		Absent	
Présent		Présent	
Ergothérapie	1,0000	**PEC Sociale**	0,2451
Inconnu		Inconnu	
Non appropriée		Non appropriée	
Non justifiée		Non justifiée	
Absent		Absent	
Présent		Présent	
Mobilisation	0,0066	**Information / Education**	0,4872
Inconnu		Absent	
Absent		Présent	
Présent			

** Test du Chi-2 ou Test exact de Fisher

Tableau 10. Analyse du contenu des courriers de sortie : comparaison des 2 tours.

D. APPROCHE QUALITATIVE

Les différents médecins interrogés nous ont donné leur point de vue sur l'intérêt d'une information sur la prise en charge globale de leur patient en sortie de SSR. Les réponses étaient diversifiées et parfois divergentes.

En effet, autant certains médecins considèrent que toute information est utile pour la prise en charge du patient permettant une ré - évaluation globale de la situation. « *Il est toujours mieux d'avoir plus d'informations que pas assez* ». Autant, d'autres trouvent que ce qui s'est passé et qui est terminé n'est pas intéressant à connaître.

En ce qui concerne la prise en charge médicale, les médicaments et la prise en charge de la douleur, certains médecins considéraient que, connaissant bien leurs patients, si il n'y avait pas eu au final de changement de traitement durant le séjour, ça ne les dérangeaient pas de ne pas avoir le traitement de sortie. De même que pour la prise en charge médicale, l'information était jugée utile seulement si il y avait une modification de l'état de santé par rapport à l'état antérieur. Et cela dépendait aussi beaucoup de la pathologie prise en charge.
Au contraire, certains n'étaient intéressés que par le traitement de sortie.
D'autres voulaient connaître tous les détails de la prise en charge pour savoir ce qui avait été fait, quel traitement avait marché ou non, notamment en ce qui concerne la douleur, alors que certains considéraient la douleur comme un phénomène subjectif et que l'évaluation seule lors du retour à domicile était suffisante pour la prise en charge. Quelques médecins estimaient qu'il existe une différence de comportement du patient entre la structure de soins et ce qui a été mis en place en structure, et le domicile.
Enfin pour certains, cela faisait partie d'une démarche intellectuelle et voulaient donc tout savoir sur ce qu'il s'était passé lors du séjour.

Concernant la prise en charge infirmière pour les pansements d'escarre ou de plaies, pour certains, il est utile de connaître les protocoles de pansement pour savoir quel type de pansement a été essayé et a marché ainsi que de connaître l'évolution de la plaie pour avoir un suivi et une référence pour la prise en charge infirmière à domicile, bien que souvent l'infirmière à domicile reprend son propre protocole. Ceci est surtout vrai pour les grosses plaies.
D'autres par contre ne trouvent pas d'intérêt à avoir cette information dans le courrier de sortie : « *on se doute bien qu'il y a eu des pansements, mais il n'y a aucun intérêt à savoir lesquels.* »

Pour l'autonomie physique (aides à la toilette, l'habillage et au repas), les informations non présentes dans la lettre de sortie ne sont pas jugées utiles par certains médecins car, lors du retour à domicile du patient, le médecin traitant se « débrouille » seul avec lui, le connaissant très bien et réévaluant directement la situation. D'autant plus que, en structure de soins, le patient est beaucoup plus stimulé qu'à domicile donc il n'aura pas forcément les mêmes besoins. Il aura besoin de plus d'aides ou au contraire n'en ressentira pas forcément le besoin et surtout ne voudra pas forcément d'aides à domicile.
L'information est jugée utile surtout lorsqu'il y a un changement par rapport à l'état antérieur du patient mais inutile lorsqu'il y a des aides déjà en place à domicile.

Les informations concernant la mobilisation et la prise en charge en kinésithérapie sont dans l'ensemble considérées comme utiles pour connaître l'évolution du patient, pouvoir le ré –

évaluer à domicile et transmettre les informations au kinésithérapeute libéral. De retour à domicile les patients reprennent leurs habitudes antérieures et n'ont plus forcément la même autonomie qu'en structure, ils font moins d'efforts par le fait qu'ils sont moins stimulés. L'information est utile pour la suite du suivi et notamment si il y a un placement envisagé.

Les différents médecins se sont peu exprimés en ce qui concerne les prises en charge en ergothérapie, par la psychologue, par l'assistante sociale ou la diététicienne mais dans l'ensemble ce sont des informations qui sont demandées et jugées comme utiles pour la prise en charge, bien que lors du retour à domicile le patient reprend ses habitudes alimentaires en ce qui concerne la prise en charge par une diététicienne. Il est important de savoir si il y a eu un aménagement du domicile ou un travail de fait en ergothérapie bien qu'il n'y ait pas de prise en charge en ville. Il est plus facile de poursuivre un suivi psychologique lorsque l'on sait ce qui a déjà été dit au patient. Enfin, une prise en charge sociale est toujours plus simple lorsqu'il n'y a pas besoin de repasser tous les coups de téléphone pour rassembler toutes les informations et permet ainsi un gain de temps considérable.

V. DISCUSSION

A. CRITIQUES DE L'AUDIT

1. Biais global d'interprétation

Dans cet audit, il existe un biais global d'interprétation. En effet, les informations ont été considérées comme « non appropriées à la situation » de façon arbitraire en fonction du contexte clinique lors de notre analyse du contenu du dossier patient et des lettres de sortie, mais aucun renseignement n'était présent dans le dossier.
Il en est de même en ce qui concerne les réponses des différents médecins interrogés, ceux-ci se basaient sur la connaissance initiale qu'ils avaient de leurs patients avant l'hospitalisation et le contexte clinique mais objectivement il n'y avait aucun renseignement dans la lettre de sortie.
L'information est-elle donc jugée non appropriée à la situation de façon adéquate ?

De plus, l'information a pu être considérée différemment comme « absente » ou « présente » par les médecins généralistes et par nous même lors de l'analyse du contenu des lettres de sortie. Une information présente mais incomplète a pu être considérée comme « présente » par les médecins généralistes interrogés et inversement.

Mais, du fait qu'il s'agissait des mêmes personnes tout au long de l'audit, ce biais peut être considéré comme mineur.
Toutefois, les résultats auraient pu être différents avec un autre examinateur.

2. Puissance statistique

Egalement dans cet audit, il existe peut - être une puissance statistique trop faible. En effet, l'échantillon de 20 dossiers et 20 lettres de sortie analysé n'était peut être pas assez important.
De même, l'échantillon de 62 patients au deuxième tour n'était probablement pas suffisant pour obtenir des résultats statistiquement significatifs.
Quand p était >0,05, la différence n'était pas statistiquement significative, une différence réelle pouvait exister mais il aurait fallut de plus grands échantillons pour la démontrer.
Ceci pouvant également expliquer certaines différences de résultats entre notre analyse et celle des médecins généralistes interrogés.

B. INTERET DU PROJET DE SOINS PERSONNALISE

1. En établissement de santé

Le projet de soins personnalisé est un outil constituant un socle commun sur lequel les acteurs vont s'appuyer, favorisant ainsi une bonne coordination et permettant la prise en compte des besoins de la personne (22)**.** Il permet de donner du sens à la prise en charge pluri - professionnelle. Les objectifs communs permettent de responsabiliser chacun des acteurs et de mettre par écrit les interventions qui vont être mises en œuvre, de prévoir les étapes du séjour et de préparer la sortie.

Sa mise en place dès l'entrée du patient permet de se projeter et de prévenir les éventuels obstacles ou difficultés de prise en charge et de pouvoir organiser correctement la sortie afin d'éviter toute perte de temps dans le démarche soignante et de limiter la durée d'hospitalisation.
Le fait d'avoir des délais permet d'évaluer le degré d'atteinte des objectifs et de recadrer la prise en charge.
Il permet également de recentrer le patient au cœur de sa prise en charge, une prise en charge globale en fonction de ses attentes, de son entourage et des différents intervenants. Le patient est acteur de sa prise en charge et cela lui permet, ainsi qu'à son entourage, une meilleure adhésion et une meilleure participation, dans un but de ré - autonomisation. Cela lui permet de se projeter positivement à travers les soins.

Une étude réalisée dans le cadre d'un mémoire de DU SIRR auprès de 8 équipes soignantes exerçant dans des établissements de rééducation et réadaptation (23) s'est intéressée à l'intérêt du projet de soins pour le patient et pour l'équipe de soins. Il en ressort que, pour le patient, il permet une meilleure progression et autonomisation grâce à une prise en charge optimale et cohérente de l'équipe pluri - professionnelle, le patient adhère à sa rééducation, il permet de se fixer des objectifs communs, suivre une rééducation adaptée aux attentes et capacités du patient, avoir un but à atteindre, donner un sens à la rééducation et se projeter dans l'avenir, informer et aider le patient à comprendre sa situation, il fixe des échéances et fait gagner du temps et enfin il permet de préparer au plus tôt la sortie.
Pour l'équipe soignante, il permet une vision commune des objectifs, tous les intervenants vont dans le même sens, favorise la cohésion d'équipe, la communication et la collaboration entre les intervenants, permet d'adapter la prise en charge aux difficultés du patient, d'orienter la prise en charge et de cibler les priorités, permet un bon suivi du patient, chacun sait où il en est et parle le même langage face au patient, favorise la motivation des intervenants et du patient. Enfin, il aide à la traçabilité.

La traçabilité des informations est essentielle. La HAS a d'ailleurs rédigé une fiche descriptive concernant la tenue du dossier du patient en SSR avec les différentes informations devant s'y trouver (9), ainsi que le manuel V2010 d'aide à la certification des établissements de santé (7). Le dossier du patient assure la traçabilité de toutes les actions effectuées. Il est un outil de communication, de coordination et d'information entre les acteurs de soins et avec les patients. Il permet de suivre et de comprendre le parcours hospitalier du patient. La bonne tenue du dossier contribue à la continuité, la sécurité et l'efficacité des soins. C'est un outil de réflexion et de synthèse médicale et paramédicale, en vue de la démarche préventive, diagnostique
et thérapeutique. Tout médecin est concerné par la tenue du dossier medical, il doit y consigner toutes ses observations, ses interventions et les hypothèses qu'il formule en conclusion (24).
De ce fait, il est intéressant de pouvoir organiser toutes ces informations de façon strucurée par la mise en place d'une maquette de projet de soins personalisé dans le dossier du patient. La recherche de l'information voulue est ainsi facilitée pour les différents intervenants de la prise en charge. Le suivi et la prise en charge globale du patient sont améliorés par la réduction de la perte des données essentielles à la prise en charge. Enfin, il existe une meilleure transmission d'aval à la sortie grâce à la synthèse de toutes les informations du dossier médical dans un courrier de synthèse structuré.

2. En médecine générale

Le médecin généraliste a un rôle pivot dans le système de soins français (25). Il est le coordinateur des différents acteurs de santé intervenant dans la prise en charge de ses patients. Il est un relais privilégié des équipes hospitalières, il assure la continuité des soins et garantit une approche globale des besoins de la personne. Cette responsabilité n'est pas toujours évidente à assurer au quotidien surtout lorsqu'il s'agit de patients porteurs d'une pathologie chronique, complexe et invalidante s'inscrivant dans la durée et devant être soignées et « gérée ». C'est pour cela que le travail en coopération des différents professionnels de santé ainsi que leur communication doivent être favorisés (23, 26).

Récemment la HAS a mis en place le programme personnalisé de soins (PPS) (27) visant à promouvoir le parcours de soins personnalisé.

Le PPS est un outil opérationnel proposé aux professionnels de santé pour organiser
et planifier le parcours de soins des personnes ayant une ou plusieurs maladies chroniques. Il explicite les points de vue du patient et du médecin traitant sur la situation de la personne et identifie les objectifs partagés entre le médecin et la personne malade. Il correspond à un plan d'action pour la prise en charge prospective de cette personne.
Il s'agit d'un outil de coordination des différents professionnels participant à la prise en charge des personnes ayant une maladie chronique. (annexe 9)

Il est le support d'une démarche qui assure une planification coordonnée et prospective de la prise en charge, une implication du patient, une harmonisation des pratiques et une personnalisation du parcours du patient.
En effet, il permet de simplifier le parcours du patient ainsi que de prévoir les conduites à tenir en cas d'aggravation ou d'instabilité de la maladie. Ainsi, il contribue à limiter les formes graves ou compliquées et réduire le retentissement sur la qualité de vie du patient. Il permet aux professionnels d'intervenir de manière adaptée et cohérente.
Il renforce l'information du patient sur sa prise en charge.
Il vise à répondre de manière adaptée aux problèmes de santé, aux besoins, aux attentes et aux difficultés des patients en tenant compte de leur contexte de vie et de leur environnement.
Il permet de prioriser la prise en charge de chaque patient.

Actuellement, il existe quatre guides publiés par la HAS sur le parcours de soins personalisé, s'adressant aux professionnels impliqués dans la prise en charge générale et dans la durée, pour: la BPCO, la maladie chronique rénale, la maladie de Parkinson et l'insuffisance cardiaque.
D'autres guides seront publiés sur la maladie coronarienne, la fibrillation aurculaire, la sclérose en plaque et la maladie d'Alzheimer. (28)

Ce programme personnalisé de soins a également été mis en place dans le cadre du plan cancer 2009-2013 (29) ainsi qu'un programme personalisé de l'après cancer (PPAP) conduit avec et par les médecins traitants.

Le projet thérapeutique individualisé en SSR, à travers une lettre de sortie structurée et synthétique, peut également servir de guide aux médecins généralistes dans la poursuite de la prise en charge et de la surveillance de leurs patients, dans la coordination des différents intervenants et des actions à accomplir que ce soit au niveau medical pour la gestion du traitement et de la douleur, au niveau paramedical pour la gestion des plaies et des

pansements, mais aussi au niveau social et psychologique, au niveau des aides humaines et techniques ou de la rééducation et de la mobilisation.
Sorte de synthèse médicale globale autour du patient, il évite une information diluée et une prise en charge fractionnée et favorise un retour à domicile plus facile et plus organisé, lorsque celui-ci est souvent une décision médicale qui s'impose au patient et à sa famille sans prise en compte de l'environnement et des aides nécessaires pour la vie quotidienne (22). Il permet d'identifier les besoins du patient tant lors de la prise en charge en établissement que lors de celle du médecin traitant au retour à domicile, et permet ainsi d'éviter les réhospitalisations précoces. Son intérêt dans ce cas est donc aussi socio-économique.
Au delà de l'information médicale en elle-même, il permet de préciser les informations pratiques du retour à domicile: l'autonomie de la personne est-elle modifiée de façon transitoire ou définitive? L'accessibilité du domicile est-elle adaptée à l'état de la personne? Une organisation a - t - elle été mise en place?

C. COMPARAISON DES RESULTATS DU 1ER ET DU 2EME TOUR

1. Prise en charge médicale et médicaments

Au premier comme au deuxième tour, l'information était présente dans 100% des cas dans le dossier patient, que ce soit à l'entrée du patient dans l'établissement ou lors de son suivi au cours de son séjour, et dans le courrier de sortie.
Il faut noter tout de même, au premier tour, une information incomplète retrouvée dans 4 lettres de sortie pouvant être expliquée par le fait qu'il s'agissait de courriers de décès ou de transfert dans un autre établissement.
Globalement, l'information sur la prise en charge médicale est donc bien renseignée aux deux tours, tant au niveau du dossier médical qu'au niveau du courrier de sortie d'établissement.
Un résultat qui pouvait être attendu puisqu'il s'agit du cœur même de la prise en charge d'un patient.

Pour les médecins généralistes interrogés, l'information était présente dans les courriers de sortie dans seulement 83,7% des cas au premier tour mais dans 96,8% des cas au deuxième tour. Nous constatons donc une amélioration de la transmission de cette information entre les deux tours. Cette différence était significative (p= 0,0106).
L'information absente est expliquée par le fait que les médecins n'aient pas eu le traitement de sortie, et notamment pour les courriers de transfert dans un autre établissement.
Il y avait 2 lettres, au premier tour, où l'information était non appropriée à la situation, ce qui correspond aux courriers de décès.

Les médecins interrogés trouvaient que cette information aurait été utile pour la suite de leur prise en charge dans seulement 62,5% des cas au premier tour mais l'ont trouvée utile dans 90% des cas au deuxième tour.
Ceci montre donc une bonne qualité de l'information reçue, bien que les opinions divergent sur l'utilité de cette information lorsque nous interrogeons les médecins individuellement.

2. Prise en charge par l'infirmière pour des soins d'escarres

Au premier tour, l'information était présente dans le dossier patient dans 75% des cas à son entrée dans l'établissement, dans seulement 8,3% des cas lors de son suivi et absente dans 100% des cas dans les lettres de sortie.
Au second tour, cette information était présente dans 90% des cas à l'entrée du patient, dans 66,7% des cas lors de son suivi mais elle était toujours absente dans 100% des cas dans les lettres de sortie.
Il existe donc une tendance à l'amélioration quant au recueil des données lors de l'entrée et du suivi des patients en établissement, bien que la différence ne soit pas significative : respectivement p=0,1274 et p=0 ,08. Mais nous ne constatons aucune amélioration dans la transmission de cette information lors du retour à domicile.

Pour les médecins généralistes interrogés, l'information était considérée comme présente dans les courriers de sortie dans 50% des cas au premier tour mais dans seulement 16,7% des cas au second avec un seul courrier de sortie où l'information était présente. La différence n'est encore une fois pas significative (p=0,3069) mais nous constatons une diminution de la transmission de l'information pour cet aspect de la prise en charge.
Enfin, les médecins interrogés considéraient tout de même que cette information aurait été utile pour la suite de leur prise en charge dans 60% des cas au premier tour. Mais l'information présente au second tour a été jugée inutile.

Ces résultats traduisent une information peu présente dans les courriers de sortie destinés aux médecins généralistes et peu utile pour la suite de leur prise en charge. Des améliorations sont donc encore à envisager.
Quand nous interrogeons les médecins individuellement, les opinions divergent à nouveau quant à l'utilité de cette information.

3. Prise en charge infirmière pour des pansements

Au premier tour, l'information était présente dans le dossier patient dans 70% des cas à l'entrée et dans 81,8% des cas au cours du suivi. Elle était par contre présente dans seulement 22,2% des cas dans les lettres de sortie.
Au second tour, cette information était présente dans 88,9% des cas à l'entrée, dans 90% des cas lors du suivi du patient mais dans seulement 18,2% des cas dans la lettre de sortie.
Il existe donc à nouveau une amélioration du recueil des informations au niveau du dossier patient, mais toujours non significative : respectivement p=0,5820 et p=1,0000. Mais la transmission de cette information est encore une fois en baisse lors de la sortie du patient, même si la différence n'est pas significative (p=1,0000).

En ce qui concerne les médecins généralistes interrogés, ils considéraient cette information présente dans les courriers de sortie dans 38,2% des cas au premier tour mais dans seulement 23,1% des cas. La différence n'est encore une fois pas significative (p=0,2110) mais il existe une diminution de la transmission de cette information dans les courriers de sortie.

Les différents médecins interrogés considéraient que cette information aurait été utile pour la suite de leur prise en charge de façon mitigée dans 52% des cas au premier tour et l'ont considérée comme utile dans 67% des cas au second tour.

Nous sommes donc face, à nouveau, à un déficit de transmission de l'information aux médecins généralistes, dans l'ensemble demandeurs de celle-ci, bien que d'opinion divergente quant à son utilité lorsque nous les interrogeons individuellement.
Une information qui semble être par ailleurs de bonne qualité.

4. Prise en charge de la douleur

Au premier tour, l'information était présente dans le dossier patient dans 70% des cas à l'entrée du patient. Elle était présente dans 75% des cas lors du suivi pendant le séjour. Enfin, nous retrouvions cette information dans seulement 23,1% des cas dans le courrier de sortie.
Au second tour, elle était présente dans 65% des cas seulement à l'entrée, dans 61,5% des cas lors du suivi et dans 30,8% des cas dans les courriers de sortie.
Nous constatons donc une diminution du recueil des cette information au sein du dossier patient, bien que la différence ne soit pas significative : respectivement p=0,7357 et p=0,6882.
Il existe par contre une amélioration de la présence de l'information dans le courrier de sortie mais la différence n'est encore une fois pas significative (p=1,0000).

Les médecins généralistes interrogés retrouvaient cette information dans les courriers de sortie qu'ils recevaient dans 67,9% des cas au premier tour mais dans seulement 59,5% des cas au second. La différence n'est pas significative (p=0,2775), il existe une diminution minime de la transmission de l'information aux médecins généralistes.

Au vu de ces résultats, nous pouvons nous poser la question suivante : « Qu'est ce qu'une information présente ou non ? »
Est ce que les médecins interrogés considèrent que même une information incomplète est une information présente ? Quel type d'information leur suffit ?
Si nous totalisons le nombre de lettres analysées par nos soins où l'information est présente et celles où elle est incomplète, l'information peut être considérée comme présente dans 50% des cas au premier tour et 55% des cas au second.

Nous pouvons ainsi constater qu'il existe une discordance importante d'appréciation sur la présence de cette information dans le courrier de sortie entre notre analyse et celle des médecins généralistes.

Les médecins généralistes considéraient que cette information aurait été utile pour la suite de leur prise en charge en sortie d'établissement dans 55% des cas au premier tour et la considérait comme utile dans 90% des cas au deuxième tour.
Des améliorations sur cet aspect de la prise en charge sont donc à envisager pour une information trop peu transmise aux médecins généralistes et qui leur est pourtant utile pour le suivi de leurs patients. Même si certains considèrent la douleur comme un phénomène subjectif facilement ré - évaluable à domicile.

5. Prise en charge en kinésithérapie

Au premier tour, l'information était présente dans 100% des cas à l'entrée du patient, dans 93,3% des cas lors du suivi pendant le séjour et dans 50% des cas dans les courriers de sortie.
Au second tour, cette information était présente dans 100% des cas à l'entrée et lors du suivi du patient. Elle était présente dans 94,4% des cas dans les courriers de sortie.
Il existe donc une amélioration du recueil des informations au niveau du dossier patient lors du suivi pendant le séjour, mais la différence est non significative (p=0,4545). Nous

constatons également une amélioration de la transmission de celle-ci dans les courriers de sortie avec une différence cette fois-ci significative (p=0,0126).

Les médecins généralistes interrogés retrouvaient cette information dans les lettres de sortie dans 59,4% des cas au premier tour et dans 82,1% des cas au second.
Il existe donc bien une amélioration de transmission de l'information aux médecins généralistes avec une différence significative (p=0,0066).

Quand nous interrogions les différents médecins, ils trouvaient que cette information aurait été utile pour la suite de leur prise en charge dans 81% des cas au premier tour et qu'elle leur avait été utile dans 90% des cas au second tour. Cet aspect de la prise en charge paraît donc utile pour la médecine ambulatoire et semble être de bonne qualité dans les courriers.
L'ensemble des médecins est d'avis presque unanime à ce sujet lorsque nous le interrogeons individuellement.

6. Prise en charge en ergothérapie

Au premier tour, l'information était retrouvée dans le dossier médical dans 20% des cas seulement à l'entrée du patient, dans 30% des cas lors du suivi, et dans seulement 10% des cas dans les courriers de sortie.
Au second tour, elle était présente dans 75% des cas à l'entrée du patient, dans 33,3% des cas lors de son suivi et dans 11,1% des cas dans les courriers de sortie.
Une amélioration sur le recueil de l'information à l'entrée en établissement existe donc avec une différence significative (p=0,0069) mais il n'y a pas de différence entre le recueil d'information lors du suivi ni lors de la transmission de cette information dans les courriers de sortie.

Les médecins généralistes interrogés ont retrouvé cette information dans les lettres de sortie dans 23,1% des cas au premier tour et dans 27,8% des cas au second.
Il existe une amélioration de transmission de l'information d'après les différents médecins interrogés mais sans différence significative (p=0,7375).

A noter que nous retrouvons encore cette discordance d'appréciation sur la présence de l'information dans les lettres de sortie entre l'analyse des médecins généralistes et la notre. Nous pouvons donc à nouveau nous poser la question suivante : qu'est-ce qu'une information présente ou non ? Et également qu'est-ce qu'une information non appropriée à la situation ?
Le médecin généraliste se base sur une connaissance d'un état clinique de son patient antérieure à l'hospitalisation. Mais l'information n'étant pas présente dans le courrier de sortie, est-elle jugée inappropriée de façon adéquate ?

Malgré une amélioration de son recueil à l'entrée du patient, il persiste donc un manque d'information concernant cet aspect de la prise en charge, que ce soit au niveau du dossier médical lors du suivi du patient, ou dans le courrier de sortie.

Les médecins généralistes considéraient que cette information aurait été utile pour la suite de leur prise en charge dans 80% des cas au premier tour et dans 100% des cas au second.
Cette information, trop peu transmise encore en sortie d'établissement, paraît donc être utile pour le suivi des patients en ambulatoire et être de bonne qualité.

Bien qu'il n'y ait pas de prise en charge ambulatoire en ce qui concerne l'ergothérapie, les médecins interrogés individuellement s'accordent à dire qu'il est intéressant de savoir si il y a eu un aménagement du domicile ou si un travail d'ergothérapie a été entrepris.

7. Mobilisation

Au premier tour, l'information était présente dans le dossier patient dans 95% des cas à l'entrée du patient et dans 90% lors de son suivi. Dans les lettres de sortie, l'information était présente dans 50% des cas.
Au second tour, elle était présente dans 75% des cas à l'entrée, dans 83,3% des cas lors du suivi et dans 90% des cas dans les courriers de sortie.

Le constat étonnant qui peut être fait au vu des ces résultats, c'est qu'il existe une perte du recueil de l'information lors de l'entrée et du suivi du patient, avec une différence somme toute non significative : respectivement p=0,1818 et p=0,6525. Mais la transmission de cette information est nettement améliorée et avec une différence significative (p=0,0066).
Ceci est expliqué par le fait que cette information est principalement donnée lors de la synthèse du kinésithérapeute où l'information est elle-même en nette amélioration.

Les médecins généralistes interrogés ont retrouvé cette information dans la lettre de sortie dans 56,9% des cas au premier tour et dans 71,4% des cas au second tour.
Ceci confirme donc une amélioration de la transmission de cette information en sortie d'établissement et avec une différence significative (p=0,0043).

Quand nous interrogions les médecins généralistes, ils jugeaient que cette information aurait été utile pour la suite de leur prise en charge dans 66% des cas au premier tour et la trouvait utile dans 78% des cas au second tour.

Il est intéressant de remarquer ici que, bien qu'elle soit globalement présente dans les courriers de sortie, l'information sur cet aspect de la prise en charge ne fait pas l'unanimité quant à son utilité pour la suite de prise en charge par les médecins généralistes.
En effet, il s'agit d'une composante facilement ré - évaluable à domicile, d'autant plus que les conditions à domicile ne sont pas les même qu'en établissement. Cette information est plutôt utile lorsqu'il existe une dégradation par rapport à l'état antérieur de la personne.

8. Toilette et habillage

Au premier tour, l'information était présente dans 100% des cas dans le dossier patient à son entrée et dans 95% des cas lors de son suivi. Dans le courrier de sortie, par contre, cette information était présente dans seulement 5% des cas.
Au second tour, elle était présente dans 100% des cas à l'entrée et lors du suivi mais était absente dans 100% des cas dans les courriers de sortie.
Nous constatons donc d'après ces résultats, qu'il persiste un manque de transmission de l'information de cet aspect de la prise en charge globale du patient et non pas un manque d'information dans le dossier patient.
Ceci peut s'expliquer par le fait que l'évaluation de l'autonomie pour la toilette et l'habillage se fait principalement par les aides soignantes et les infirmières lors de l'entrée et du séjour du patient. Une grille AGGIR est disponible dans le dossier médical mais très peu utilisée par les différents médecins de l'établissement.

Pour les médecins généralistes interrogés, l'information était présente dans les lettres de sortie dans 12,2% des cas au premier tour et dans 21,4% des cas au second.
D'après les médecins, il existerait une amélioration de transmission de cette information, la différence n'étant néanmoins pas significative (p=0,3359).
Nous retrouvons donc encore une discordance d'appréciation sur la présence de l'information dans la lettre de sortie entre notre analyse et celle des médecins généralistes.

Les médecins généralistes trouvaient que cette information aurait été utile pour la suite de leur prise en charge dans 52% des cas seulement au premier tour et qu'elle leur avait été utile dans 67% des cas au second.
Nous sommes toujours dans le même cas où le médecin réévalue directement cette autonomie à domicile à la sortie du patient. Effectivement, les conditions ne sont pas les mêmes à domicile qu'en établissement.

9. Aide au repas

Au premier tour, l'information était présente dans le dossier patient dans 100% des cas à l'entrée et dans 85% des cas lors de son suivi. Dans les courriers de sortie, cette information était présente dans seulement 5% des cas.
Au second tour, elle était présente dans 100% des cas à l'entrée et lors du suivi mais était absente dans 100% des cas dans les courriers de sortie.
Encore une fois, il existe un manque de transmission de cette information à la sortie du patient et non pas un manque d'information dans le suivi du patient lors de son séjour dans l'établissement.
La situation est la même que pour la toilette et l'habillage, cet aspect de la prise en charge est surtout évaluée par les infirmières et aides soignantes, la grille AGGIR étant très peu utilisée par les médecins.

Les médecins généralistes retrouvaient cette information dans les lettres de sortie dans 13% des cas au premier tour et dans 21,7% des cas au second tour.
A nouveau, d'après les médecins, la transmission de cette information serait améliorée, bien que la différence ne soit encore pas significative (p=0,6995).
Nous retrouvons encore une fois cette discordance d'appréciation sur la présence de l'information dans la lettre de sortie entre notre analyse et celle des médecins généralistes.

Les médecins généralistes interrogés trouvaient que cette information aurait été utile pour la suite de leur prise en charge dans 63% des cas au premier tour et qu'elle leur avait été utile dans 80% des cas au second tour.
Aspect de la prise en charge que l'on peut encore une fois facilement réévaluer directement à domicile. Mais n'est-il pas intéressant d'avoir une référence ?

10. Prise en charge diététique, poids et IMC

Au premier tour, l'information était présente dans le dossier patient dans 55% des cas à l'entrée pour la prise en charge diététique et dans 47,1% des cas lors de son suivi. Le poids et l'IMC étaient présents dans 94,1% des cas à l'entrée et dans 90% des cas lors du suivi. Dans les courriers de sortie, l'information sur la prise en charge diététique était absente dans 100% des cas, le poids et l'IMC étaient présents dans 23,5% des cas.
Au second tour, l'information sur la prise en charge diététique était présente dans 90% des cas à l'entrée et dans 90,9% des cas lors du suivi. Le poids et l'IMC étaient présents également

dans 94,1% des cas à l'entrée mais seulement dans 82,2% des cas lors du suivi. Enfin dans les courriers de sortie, l'information sur la prise en charge diététique était présente dans 75% des cas, le poids et l'IMC dans 41,2% des cas.

Nous pouvons donc constater une nette amélioration du recueil des données dans le dossier patient que ce soit à l'entrée ou lors du suivi pour la prise en charge diététique avec une différence significative : respectivement p=0,0132 et p=0,0407.
Par contre, il existe une perte d'information en ce qui concerne le suivi du poids et de l'IMC, même si la différence n'est pas significative (p=0,6443).
Pour finir, nous constatons une nette amélioration de la transmission de la prise en charge diététique dans les courriers de sortie et avec une différence significative (p<0,0001). Cette amélioration est également présente pour la transmission du poids et de l'IMC mais de façon non significative (p=0,2143).
Pour les médecins interrogés, ces informations étaient présentes dans 25,6% des cas au premier tour et dans 73,3% des cas au second tour.
Ceci confirme donc qu'il existe une amélioration dans la transmission de cette information et avec une différence significative (p<0,0001).

Par ailleurs, les médecins estimaient que cette information aurait été utile pour la suite de leur prise en charge dans 78% des cas au premier tour et la trouvait utile dans 77% des cas au second tour.
Encore une fois, malgré une nette amélioration du recueil et de la transmission de cette information, les médecins ne sont pas unanimes en ce qui concerne l'utilité de celle-ci pour la suite de leur prise en charge. En effet, les conditions sont différentes lors du retour à domicile et les bonnes habitudes prises en établissement ne restent pas forcément lors du retour à domicile. Il est tout de même intéressant de savoir ce qui a été dit et expliqué au patient.

11. Prise en charge par la psychologue

Au premier tour, l'information était présente dans le dossier patient dans 52,6% des cas à son entrée, dans 18,2% des cas lors du suivi du patient. On ne retrouvait cette information dans aucun courrier de sortie.
Au second tour, elle était présente dans 90% des cas à l'entrée, dans 25% des cas lors du suivi et dans 33,3% des cas dans les courriers de sortie.
Nous notons donc une nette amélioration en ce qui concerne le recueil de l'information et notamment lors de l'entrée avec une différence qui est significative (p=0,0095). Il existe également une amélioration de sa transmission dans les courriers de sortie même si la différence n'est pas significative (p=0,2143).

Les médecins généralistes retrouvaient cette information dans les courriers de sortie dans 25% des cas au premier tour et dans 33,3% des cas au second tour.
L'amélioration de la transmission est donc présente mais la différence n'est pas non plus significative (p=0,5401).

Les médecins interrogés estimaient que cette information aurait été utile dans la suite de leur prise en charge dans 90% des cas au premier tour et la trouvait utile dans 83% des cas au second. Les médecins sont donc demandeur de ce type d'information qui semble être de bonne qualité pour la suite de leur prise en charge ambulatoire. Ils s'accordent d'ailleurs à dire, lorsque nous les interrogeons individuellement, qu'il est plus facile de poursuivre un suivi psychologique lorsque l'on sait ce qui a déjà été dit au patient.

12. Prise en charge par l'assistante sociale

Au premier tour, l'information était présente dans le dossier patient dans 50% des cas à son entrée et dans 35,7% des cas lors de son suivi.
Elle était présente dans seulement 8,3% des cas dans les courriers de sortie.
Au second tour, elle était présente dans 90% des cas à l'entrée, dans 20% des cas lors du suivi et dans 33,3% des cas dans les courriers de sortie.
Nous remarquons donc une amélioration du recueil de cette information lors de l'entrée du patient mais avec une différence non significative (p=0,0058). Il existe une perte d'information lors du suivi mais non significative (p=1,0000). Enfin, nous constatons une amélioration de la transmission de cette information dans les courriers de sortie mais toujours avec une différence non significative (p=0,2451).
Pour les médecins généralistes interrogés, cette information était présente dans les lettres de sortie dans 27,8% des cas au premier tour et 35,3% au second.
L'amélioration est donc là aussi présente mais avec une différence non significative (p=0,6321).

Les médecins pensaient que cette information leur aurait été utile pour la suite de leur prise en charge dans 77% des cas au premier tour et la trouvait utile dans 100% des cas au second tour. Ils sont donc demandeur de cette information qui leur est apportée à priori avec une bonne qualité. Interrogés individuellement, il s'accordent tous pour dire qu'il est toujours plus simple de suivre une prise en charge sociale lorsque l'on sait ce qui a été mis en place et quand on n'a pas à refaire toutes les démarches seul.

13. Information et éducation du patient

Au premier tour comme au second, l'information était absente dans le dossier patient dans 100% des cas que ce soit à l'entrée ou lors du suivi du patient. Elle était présente dans 10% des cas dans les courriers de sortie au premier tour et absente ans 100% des cas au second tour.
Il persiste donc un manque accru d'information que ce soit au niveau du dossier patient ou dans le courrier de sortie concernant cet item de la prise en charge.
Seul un document de consentement, présent dans le dossier papier, est signé par le patient à son entrée, autorisant le personnel soignant à le prendre en charge.

Les médecins généralistes retrouvaient cette information dans les courriers de sortie dans 12,1% des cas au premier tour et dans 15,8% des cas au second.

A noter à nouveau une discordance entre notre interprétation et celle des médecins généralistes quant à la présence ou non de l'information.

Pour les médecins interrogés, cette information aurait été utile pour la suite de leur prise en charge dans 72% des cas au premier tour et dans 67% des cas au deuxième tour.
Une information qui n'est donc pas présente mais qui ne semble avoir peu d'impact pour le suivi ambulatoire des patients d'après les médecins généralistes.
Ils ne se sont d'ailleurs pas beaucoup exprimés sur la question lorsque nous les avons interrogés individuellement. Pensent-ils faire suffisamment bien les choses eux-mêmes ? Mais n'est – il pas utile de savoir ce qu'il a été dit au patient durant son séjour hospitalier ?

C. COMPARAISON DES RESULTATS AUX DONNEES DE LA LITTERATURE

1. Le recueil des informations au sein du dossier patient en SSR

Dans cette étude, nous avons pu remarquer une amélioration globale du recueil des informations concernant le projet de soins personnalisé au sein du dossier patient. Ceci traduisant l'impact des actions d'amélioration mises en place. Cette amélioration concerne plus particulièrement la prise en charge par l'ergothérapeute, par la diététicienne et la psychologue où nous observons une différence statistiquement significative.
En revanche, nous constatons une perte d'information pour ce qui concerne la prise en charge de la douleur, la mobilisation, le suivi du poids et de l'IMC ainsi que le suivi par l'assistante sociale. Et nous ne constatons aucune amélioration sur l'information et l'éducation du patient.

Selon le code de santé publique (30) et la moi du 4 mars 2002 (31), « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé », et il incombe au professionnel de santé qui la lui a donnée d'en faire la preuve. Il est donc important de voir apparaître cet élément dans le dossier médical.

Pour ce qui est de l'éducation thérapeutique (ETP), selon la HAS (32), elle consiste à un ensemble de méthodes et d'outils développés dans le cadre pluridisciplinaire et se distingue de la simple information du patient. « Une information orale ou écrite, un conseil de prévention peuvent être délivrés par un professionnel de santé à diverses occasions, mais ils n'équivalent pas à une éducation thérapeutique du patient ». Elle peut être réalisée par tout professionnel de santé prenant en charge un patient porteur d'une maladie chronique, s'il a été formé à l'ETP ou par une équipe pluri - professionnelle formée à l'ETP.
Or, le fonctionnement du SSR des Elieux ne donne pas lieu à une prise en charge spécifique concernant l'éducation thérapeutique et le dossier médical n'est pas constitué, pour le moment, de façon à pouvoir recueillir ces informations. En dépit des recommandations du manuel de certification V2010 (7) indiquant que l'établissement doit prévoir et proposer des programmes d'ETP et doit définir dans son plan de formation une formation à l'ETP.

D'autre part, la HAS a réalisé en 2009, 2010 et 2011 une analyse descriptive de l'amélioration de la qualité du dossier patient en SSR (33, 34, 35, 36). Cette dernière présente les résultats issus des recueils des indicateurs généralisés par la HAS (21) depuis 2009 dans le secteur SSR sur le thème « dossier du patient». Elle démontre que tous les indicateurs s'améliorent, traduisant l'impact des améliorations mises en place par les professionnels de santé après le recueil 2009, même si une hétérogénéité inter – établissement et inter – régionale persiste.

De novembre 2011 à mars 2012, pour la troisième fois, la HAS a réalisé cette analyse de l'amélioration de la qualité du dossier patient en SSR (35). Il existe toujours une progression dans l'amélioration des critères de qualité du dossier patient au niveau national avec une progression de 7 points par rapport à 2010 et une moyenne nationale de 78%. L'évaluation psychologique est mieux renseignée ainsi que le projet thérapeutique ou la participation du patient à son projet thérapeutique. Pour ce qui concerne l'évaluation de la douleur, cet indicateur connait une forte progression depuis 2009 (+ 29 points), plus d'un tiers des établissements de santé (36 %) évaluent la douleur avec une échelle pour plus de 8 patients sur 10. Le dépistage des troubles nutritionnels a progressé de 10 points, 37 % des établissements de santé mesurent le poids à l'admission et le suivent pour plus de 8 patients sur 10. Le taux moyen national du dépistage des troubles nutritionnels par une notification

dans le dossier du patient du suivi du poids et par le calcul de l'IMC et par la recherche d'une variation du poids avant le séjour s'est amélioré de 11 points entre 2010 et 2011 et est désormais à 32 %. Cependant, 160 établissements de santé ont un taux nul pour l'indicateur « dépistage complet des troubles nutritionnels ». Enfin, l'indicateur « évaluation du risque d'escarres » est en forte amélioration (+ 36 points) depuis 2009, la moyenne nationale est à 65 % en 2011. 88 établissements de santé ont un taux de 100% des patients pour lesquels il y a une évaluation du risque d'escarre. Parmi les 1 219 établissements de santé qui ont participé au recueil de l'indicateur « Évaluation du risque d'escarre » en 2011, 789 l'avaient déjà réalisé en 2009 et en 2010. La moyenne de ces établissements de santé passe de 30 (en 2009) à 69 (en 2011). 261 établissements de santé ont réalisé le recueil en 2010 et en 2011. La moyenne de l'indicateur pour ces ES passe de 38 à 60.

Pour finir, l'informatisation des dossiers améliore l'évaluation de la douleur, le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation et la tenue du dossier patient. Les structures SSR obtiennent de meilleurs résultats que les services SSR au sein d'un établissement plurisectoriel pour les indicateurs « Tenue du dossier patient » et « Évaluation de la douleur ».

2. Le courrier de sortie et les informations transmises au médecin traitant

Plusieurs études anglo-saxonnes se sont intéressées à la structure des lettres proposées aux médecins généralistes et montrent que ce qu'ils veulent, ce sont des courriers courts, structurés, facilement lisibles et contenant des données concentrées et importantes (37, 38, 39, 40). En effet, la médecine générale laisse peu de temps pour lire un courrier trop détaillé et trop long. Les études montrent d'ailleurs une diminution de la qualité du compte rendu d'hospitalisation (CRH) proportionnellement à sa longueur (37). Les avantages d'une lettre structurée sont : une concision des problèmes et des solutions à y apporter, une meilleure lisibilité, un courrier plus court et un transfert facilité dans le dossier informatisé pour une perte d'information moins importante (39, 40).

Par ailleurs, les médecins spécialistes et les médecins généralistes n'ont pas la même vision concernant l'‘utilité et la présences des informations dans la lettre de sortie, et notamment le spécialiste vis à vis du médecin généraliste. Les spécialistes sont très peu au fait des conditions de pratique et de fonctionnement de la médecine générale et d'un cabinet libéral. Les informations utiles pour l'un ne sont pas forcément utiles pour l'autre. Et inversement. Les médecins généralistes ne sont pas des exécutants des prescriptions des médecins hospitaliers, mais des professionnels avec une expertise qui leur permet d'adapter les éléments acquis lors du séjour hospitalier dans un contexte totalement différent. C'est ce qu'avait montré une étude anglo - saxonne en 1992 (41).
Plusieurs études et thèses se sont intéressées au contenu et à la pertinence du CRH en médecine aiguë et à la pertinence des informations transmises au médecin traitant (42, 43, 44, 45,46). Ces informations se concentrent beaucoup sur le versant médical qui est toujours globalement bien renseigné comme le veut la réglementation en vigueur, même si des améliorations peuvent toujours y être apportées.
Les informations le plus souvent jugées utiles par les médecins généralistes sont, outre les données administratives : le motif d'hospitalisation, l'examen clinique d'entrée, les résultats d'examens complémentaires pertinents, la ou les orientation(s) diagnostique(s), les complications et les traitements instaurés ou arrêtés au cours du séjour ainsi que le traitement de sortie détaillé, les modalités de suivi, la nature des informations données au patient et son entourage, une conclusion précise. Une thèse de médecine générale réalisée en 2012 (43) a

montré que dans 71% des cas l'information sur la prise en charge sociale n'était pas considérée comme utile ou uniquement en fonction du contexte.

Le médecin généraliste a donc besoin d'une bonne transmission d'information pour assurer la continuité des soins en ambulatoire.
Un certain nombre d'études a montré que malheureusement toutes les informations ne sont pas toujours présentes dans les CRH et que les médecins ne sont donc pas satisfaits de la communication ville/hôpital qui doit être améliorée (42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51).
L'information la plus souvent manquante étant l'information du patient et de son entourage.
Les courriers de décès étaient susceptibles d'être moins complets (48).

Une autre source de mauvaise circulation de l'information entre la ville et l'hôpital était le retard de réception du CRH par le médecin généraliste. Mais nous n'avons pas évalué cette constante dans notre étude.

En revanche, aucune étude ne s'est intéressée aux informations contenues dans les courriers de sortie de SSR.
En SSR, la pathologie aiguë stabilisée, la prise en charge est plutôt axée sur une prise en charge globale, la réautonomisation et le devenir du patient.
Il est important de voir apparaître une synthèse médicale de ce qui s'est passé durant le séjour comme pour les CRH en médecine aiguë, mais la prise en charge globale d'un patient ne se résume pas seulement à sa prise en charge médicale. D'autres aspects sont à prendre en compte pour une prise en charge et un suivi optimal.
C'est pourquoi dans notre étude nous n'avons pas évalué le contenu médical du courrier de sortie en détails.
Au cours de notre étude, nous avons mis en évidence, une amélioration globale de la transmission des informations au médecin généraliste concernant le projet de soins personnalisé du patient en sortie de SSR. Ceci, d'une part grâce à la restructuration du dossier patient, mais également grâce à un courrier plus synthétique et plus systématisé.
Cette amélioration concerne plus particulièrement la prise en charge en kinésithérapie, la mobilisation et la prise en charge par la diététicienne pour lesquelles nous avons mis en évidence une différence statistiquement significative. En revanche, nous remarquons qu'il persiste un manque de la transmission de certaines informations comme la prise en charge des plaies (escarres ou autres), la prise en charge de la douleur, l'hygiène, l'aide au repas, ainsi que l'information et l'éducation du patient. Par ailleurs, les médecins généralistes ne sont pas unanimes quant à l'utilité de certaines informations pour la suite de leur prise en charge comme pour la prise en charge des plaies ou de la douleur, la mobilisation, la toilette et l'habillage, l'aide au repas ou l'information et l'éducation du patient par exemple.

3. L'utilité des informations pour la suite de prise en charge par le médecin généraliste

Le médecin généraliste a besoin d'un certain nombre d'informations concernant le séjour hospitalier de son patient pour pouvoir poursuivre une prise en charge globale optimale lors du retour à domicile.
Nous avons constaté lors de notre étude que les médecins généralistes interrogés sont plus ou moins unanimes en ce qui concerne l'utilité de certaines informations pour la suite de leur prise en charge.
Une étude réalisée en 2012 sur l'évaluation du suivi des recommandations à trois mois après une prise en charge par une équipe mobile gériatrique hospitalière (52) a montré un suivi

global à 78% des recommandations effectuées. Soit 92,2% pour le traitement, 70,2% pour la prise en charge infirmière, 59,3% pour les aides techniques, 77% pour la prise en charge en kinésithérapie, 65,3% pour les soins aux personnes et 37% pour la prise en charge sociale.

a. Prise en charge médicale et médicaments

Nous avons vu que, en ce qui concerne la prise en charge médicale et les médicaments, dans certains cas, l'information était jugée utile par les médecins généralistes uniquement lorsqu'il y a avait des changements de l'état de santé des patients ou des changements de traitements par rapport à l'état antérieur à l'hospitalisation. Alors que d'autres voulaient uniquement le traitement de sortie. Finalement, lors du second tour, l'information a été jugée utile dans 90% des cas.
Une thèse réalisée à Paris en 2012 sur l'impact d'une hospitalisation dans un service de médecine sur les traitements prescrits au long cours en médecine générale (53) a démontré que 85% des modifications de traitements avait été suivies par les médecins généralistes lors du retour à domicile. 90% pour les ajouts ou modifications de traitement, 23% des traitements arrêtés ont été repris, 70% des changements ont été maintenus et 50% des nouvelles prescriptions ont été maintenues. Plusieurs études étrangères avaient été réalisée sur ce sujet et trouvaient que chez 82% des patients les prescriptions avaient été changées à 15 jours après l'hospitalisation pour une étude anglaise de 1992, dans 2/3 des cas 7 semaines après pour une étude allemande de 2001 et 60% des modifications avaient été maintenues pour une autre étude allemande réalisée en 1996. Il n'y avait aucune donnée française sur le sujet.
Une autre thèse réalisée à Grenoble en 2012 sur l'adaptation des traitements chez la personne âgée hospitalisée (54) a montré qu'il n'y avait pas de lien entre le suivi par le médecin traitant des modifications de prescription et la justification dans le courrier de sortie, que la tendance globale au suivi des modifications de prescription était de 60% quand elle était justifiée contre 23,5% si elle ne l'était pas, et que dans 27,8% des cas une nouvelle ordonnance était réalisée par le médecin traitant à la sortie de l'hôpital. Il y avait peu de littérature sur l'attitude qu'adopte le médecin traitant sur le changement de traitement pendant l'hospitalisation.

b. Prise en charge des plaies

Pour la prise en charge des plaies et des pansements, certains médecins généralistes interrogés ne voyaient que peu d'utilité de cette information dans le courrier de sortie et d'autres nous disaient vouloir connaître les protocoles mis en place et l'évolution de la plaie pour avoir une référence pour la prise en charge à domicile, d'autant plus que l'infirmière utilise souvent ses propres protocoles.
Une thèse réalisée à Poitier en 2012 sur le rôle de l'infirmière libérale et du médecin généraliste dans le suivi des plaies chroniques (55) montrait que 78,3% des médecins prenaient en charge des plaies chronique en ambulatoire avec 51,3% d'entre eux à qui cela posait un problème. 73,1% faisaient appel à une infirmière libérale (IDEL) et 89,1% déléguaient le plus possible la prise en charge à cette dernière. 22,8% des IDEL avaient un protocole du médecin traitant et plus de 50% d'entre elles modifiaient seules les protocoles. Elles estimaient avoir une rôle centrale dans la prise en charge et que les médecins généralistes ne réévaluaient pas suffisamment les plaies. Pourtant 92,6% des médecins estimaient réévaluer suffisamment leurs plaies. Enfin les médecins étaient plutôt satisfaits de la collaboration avec les IDEL alors que ces dernières trouvaient les médecins pas assez impliqués.
Quoi qu'il en soit, n'est-il pas important d'avoir une référence pour faciliter le suivi ?

c. Prise en charge de la douleur

La prise en charge de la douleur fait également partie des items pour lesquels les médecins généralistes n'étaient pas en accord pour dire que cette information était utile pour la suite de leur prise en charge. Certains d'entre eux considéraient la douleur comme une signe subjectif facilement ré - évaluable à domicile et qu'il existait une différence de comportement du patient à domicile par rapport à la structure de soins. Et finalement, cette information a été jugée utile dans 90% des cas au second tour. A noter qu'elle faisait également partie de celles qui figuraient trop peu dans les courriers de sortie sans amélioration notable malgré les modifications mises en places.
Pourtant, d'après une thèse réalisée à NANCY en 2006 sur l'évaluation de la douleur chronique en médecine générale (56), les médecins semblent impliqués dans la PEC de la douleur avec l'utilisation des échelles d'évaluation et sa retranscription dans le dossier médical. Mais, d'après certains auteurs cités dans cette thèse, les Docteurs HUAS et GAY, « en médecine générale, les patients douloureux chroniques ne sont pas mieux soulagés quand leur médecin utilise les outils d'évaluation de la douleur recommandés par les guidelines. L'utilisation de ces outils ne modifie pas les prescriptions antalgiques des médecins ». Et, sans remettre en cause la pertinence institutionnelle des outils recommandés, cette étude montrait qu'il reste à les valider en ambulatoire, et en particulier en médecine générale, et qu'une transposition à la ville des techniques hospitalières n'est pas forcément suffisante. Ce qui a également été souligné par la HAS dans sa recommandation professionnelle de février 1999 (57). « L'analyse de la littérature internationale fait apparaître le besoin d'instruments simples validés pour l'évaluation du malade douloureux chronique en pratique ambulatoire. Les instruments identifiés dans ce travail doivent faire l'objet d'un travail de validation en pratique ambulatoire. »
Quand bien même, n'est – il pas intéressant de savoir quels traitements ont été utilisés et efficaces ou non ? Et comment était la douleur en établissement pour avoir un point de repère dans la pris en charge ?

d. Autonomie physique

L'autonomie physique (mobilisation, aide à la toilette et l'habillage et l'aide aux repas) n'est pas non plus considérée par certains médecins interrogés comme une information pouvant être utile à la suite de la prise en charge par le médecin généraliste à domicile. Plusieurs diront que lors du retour à domicile du patient les conditions changent par rapport à la structure de soins et qu'elle devra de toute façon être réévaluée, qu'elle n'est utile que si il existe un changement par rapport à l'état antérieur à l'hospitalisation et qu'elle n'est pas utile lorsqu'il existe déjà des aides en places.
Comme le montre une étude réalisée en 2011 par une équipe du service de gériatrie du CHU de Grenoble sur les facteurs prédictifs du déclin fonctionnel de la personne âgée après une hospitalisation (58), le déclin fonctionnel récent était très fortement associé au déclin fonctionnel à la sortie d'hospitalisation. Son identification précoce ainsi qu'une amélioration du réseau ville - hôpital devraient permettre d'améliorer le pronostic fonctionnel. Il est donc important de connaître le niveau d'autonomie de la personne, et surtout s'il s'agit d'un sujet âgé, en sortie d'hospitalisation pour prévoir son évolution lors du retour à domicile, même si cette autonomie sera réévaluée.
D'autre part, une étude réalisée par l'INSERM en 2005 sur la prise en charge en médecine de ville des patients handicapés (59) a mis en évidence que plus d'un quart des médecins n'évalue pas le degré de dépendance de ses patients handicapés. « Ces évaluations, nécessaire à des fins de suivi médical (évolutions des répercussions des déficiences), sont également

requises pour préparer la prise en charge sociale du patient et lui proposer la solution la plus adaptée à son handicap. Le manque de formation ou de connaissances des médecins dans le domaine du handicap peut expliquer en partie la non réalisation de ces tests comme le suggère l'analyse des principaux motifs exprimés par les médecins (méconnaissances des tests, tests perçus comme inutiles), ainsi que le manque de moyens (manque de temps, besoin d'aide, matériel inadapté…) pour les réaliser. Enfin, il est possible que les médecins considèrent que cet acte relève de spécialistes (kinésithérapeutes, spécialistes de médecine physique ou de réadaptation…) et qu'ils leur demandent de les réaliser. »

e. Prise en charge diététique

En ce qui concerne la prise en charge diététique, les médecins s'accordaient plutôt pour dire que cette information n'était pas forcément utile pour la suite de prise en charge du fait qu'une fois rentré à domicile, le patient reprend ses habitudes alimentaires. L'information peut être utile pour savoir ce qui a été dit au patient et ce qui a été fait mais moins pour le suivi.
Une thèse de médecine générale réalisée en 2012 sur la médecine générale et la prise en charge diététique (60), montre que, selon deux enquêtes déclaratives, l'une auprès de médecins généraliste exerçant en region PACA concernant l'obésité, et l'autre auprès de médecins généralistes exerçant en Rhône - Alpes concernant l'éducation nutritionnelle, les médecins généralistes estiment que la prise en charge diététique fait partie de leur domaine de soins, en tant qu'activité de prévention. Quand ils la réalisent, ils émettent principalement des conseils, remettent des documents écrits. Ils jugent que l'absence de motivation du patient est le principal obstacle à la prise en charge. Dans le cadre de l'obésité, ils se sentent inefficaces. Quand ils ne la réalisent pas, les patients qui n'en bénéficient pas ne sont pas pour autant orientés vers d'autres professionnels. Enfin, ils sont principalement en attente d'outils, de fiches-conseils à remettre. L'INPES a créé de tels outils à l'occasion du Plan National Nutrition Santé, mais ils ne sont pas bien connus des médecins généralistes.
Il apparaît également dans cette thèse que la prise en charge diététique par le médecin généraliste n'est pas chose facile. Il faut du temps et surtout une formation adaptée car, comme la médecine en générale, les conseils en diététiques évoluent. Parfois, les médecins émettent des messages erronés à leurs patients qui mettent les patients et les professionnels de santé rencontrés en difficulté. Le médecin généraliste ne doit pas hésiter à passer la main lorsque la prise en charge dépasse le domaine de ses compétences. De plus, comme le recommande la HAS dans l'argumentaire de la recommandation sur consultation diététique réalisée par un diététicien (61), il est important d'avoir une bonne coordination et collaboration entre soignants, diététiciens et médecins, que ce soit en structure hospitalière ou en ambulatoire. Malheureusement, comme nous l'avons vu précédemment, les patients ne sont pas suffisamment orientés vers d'autres professionnels. « Il paraît plus pertinent que chaque médecin généraliste définisse les limites de ses compétences (dans les champs du savoir, savoir-faire, savoir-être) en diététique, sollicite ces compétences au service du patient et collabore avec la diététicienne lorsque ses compétences sont insuffisantes. Ceci suppose une pratique réflexive sur son exercice professionnel. »

f. Prise en charge psychologique

La prise en charge psychologique est apparue dans notre étude comme une information utile aux médecins traitants pour la suite de leur prise en charge. Qu'en est – il réellement de la prise en charge psychologique en ambulatoire?

Une étude réalisée par la DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) en septembre 2012 sur la prise en charge de la dépression en médecine générale (62) confirme que la majorité des médecins généralistes perçoivent les psychothérapies comme un traitement à part entière de la dépression et les jugent efficaces. 9 sur 10 s'estiment efficaces dans la prise en charge de la dépression et les trois quarts ont suivi une formation sur son diagnostic ou sa prise en charge, dont un tiers au cours des trois dernières années.
Mais les médecins soulignent plusieurs freins à leur accès, les plus fréquemment cités étant le non-remboursement des consultations avec un psychologue ou un psychothérapeute non-médecin (91%), les délais d'obtention des rendez-vous avec un psychiatre (79%) et la réticence des patients à suivre une psychothérapie (76%).
Ils sont peu nombreux (6%) à adresser les patients à un centre médico-psychologique (CMP), où les consultations sont pourtant prises en charge par la sécurité sociale. Les freins les plus fréquemment cités par les médecins sont les délais d'obtention d'un rendez-vous (66%), l'absence de retour d'informations quand le patient est pris en charge par un CMP (59%), le manque de collaboration avec le CMP (57%) ou encore la réticence des patients à s'y rendre (47%).

g. Prise en charge sociale

Une prise en charge sociale est le plus souvent nécessaire pour les personnes âgées, handicapées ou en situation de précarité. Malheureusement, patients ne sont pas toujours désireux d'une prise en charge sociale et le médecin traitant le sait bien, surtout de retour à domicile le patient ne réagit plus pareil qu'en établissement.
Mais, les médecins généralistes n'ont pas toujours le temps pour gérer tout ce qui est social et ne sont pas forcément toujours très bien formés et informés sur les dispositifs d'aides sociales. Lorsque nous les interrogeons, ils s'accordent pour dire que le fait d'avoir des informations structurées sur ce qui a été mis en place peut être une aide non négligeable dans la pratique courante. Une information qui a été jugée utile dans 100% des cas au second tour de notre étude mais qui n'avait été jugée utile que dans 77% des cas au premier tour.
Dans l'étude de l'INSERM sur la prise en charge des patients handicapés en médecine générale (59) il est clairement démontré que l'obstacle le plus souvent rencontré par les médecins généralistes est le manque d'information sur les recours et les aides disponibles pour les handicapés. De plus, seuls 17% des médecins du panel ont déclaré avoir déjà participé à des formations sur le handicap. Seulement 35% des médecins du panel expriment le besoin de collaboration avec d'autres professionnels de santé dans le domaine du handicap.
Une étude récente faite par l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) de Rhône – Alpes sur la place du médecin généraliste dans la prise en charge médico – sociale des personnes âgées (63) met en évidence le fait que le partenariat entre les Conseils Généraux et les médecins libéraux est relativement faible du fait de leur faible implication. Les explications mises en évidences sont un manque de temps, une culture individualiste, des difficultés à travailler en réseaux, un défaut de connaissance des dispositifs et des équipes médico – sociales et un manque d'intérêt ou de réflexion gérontologique.

h. Information et éducation du patient

Cet item de la prise en charge n'est pratiquement pas renseigné dans les courriers de sorties destinés aux médecins généralistes mais ces derniers ne semblent pas unanimes quant à l'utilité de cette information pour la suite de leur prise en charge.
Une étude réalisée en 2010 par URML de Midi - Pyrénées sur la pratique de l'ETP en médecine générale (64) décrit qu'il est souvent avancé dans la littérature que les

professionnels de santé libéraux restent encore peu nombreux à avoir intégré l'ETP dans leur pratique. Plus de 7 médecins sur 10 connaissent le concept d'ETP mais peu d'entre eux ont suivi une formation sur ce thème. Plus de 80% des médecins déclarent pratiquer « l'ETP ». Près de 70% reconnaissant ignorer ce concept déclarent tout de même la pratiquer. De la même façon, si les médecins formés à l'ETP déclarent plus volontiers la pratiquer, les médecins non formés sont également largement majoritaires (79,5%) à indiquer la mettre en oeuvre. Ainsi, au delà de la conceptualisation et de la formation, la plupart des médecins généralistes semblent considérer que l'éducation thérapeutique fait partie intégrante de leur pratique. Parmi les 130 médecins généralistes (MG) déclarant « pratiquer l'ETP », seuls 32 (24,6%) ont suivi une formation. Les premières étapes de la mise en place d'une ETP, la sensibilisation et l'information du patient, sont réalisées par la totalité des MG déclarant pratiquer l'ET. Ceci est cohérent puisque le MG est un des premiers professionnels de santé auprès duquel le patient demandera conseil. Bien que l'étape d'information soit indispensable, elle n'équivaut pas à une ETP et ne se suffit pas en elle- même comme nous l'avons vu précédemment (32).
Une thèse de médecine réalisée en 2011 sur l'éducation thérapeutique en consultation de médecine générale (65) indique que l'ETP est un domaine mal connu des médecins généralistes, qu'ils en ont une représentation floue, plus proche de l'information, d'un enseignement portant sur les connaissances, que de l'autonomisation du patient avec prise en compte de ses représentations. Ils expriment des difficultés à la mettre en œuvre dans leur activité libérale due à une résistance du patient, un manque de temps, un manque de formation, un manque de matériel et des référentiels mal adaptés aux soins de premier recours.

i. Kinésithérapie et ergothérapie.

Ces deux items n'ont pas suscité de gros désaccords quant à leur utilité pour la suite de prise en charge par les médecins généralistes en ambulatoire. Ces informations ont été jugées importantes pour suivre l'évolution du patient à domicile.
Si le médecin généraliste travaille très fréquemment en collaboration avec les kinésithérapeutes en ville, il n'y a pas de prise en charge ambulatoire par les ergothérapeutes. Pour ces raisons, nous n'avons donc pas pu étudier la littérature en ce qui concerne cet aspect de la prise en charge.
En ce qui concerne la kinésithérapie, deux études réalisées en 2009 et 2010 sur la kinésithérapie et la médecine générale (66, 67) expliquent que le recours à la masso-kinésithérapie se développe chez les généralistes, que la relation entre médecins généralistes et kinésithérapeutes est bonne mais qu'il existe un manque de communication lié à un manque d'informations données par le médecin généraliste, un manque de temps, des pratiques et des habitudes professionnelles variables. Pour autant, l'attitude générale des généralistes est fondée sur une hypothèse générale de compétence des kinésithérapeutes. Mais, ils déplorent leur manque de formation et le peu de références disponibles pour mieux réfléchir le recours à la kinésithérapie. « Les médecins ne savent pas toujours ce que fait ou peut faire le kinésithérapeute. »
Les informations présentes dans les courriers de sorties peuvent donc aider le médecin généraliste à transmettre les bonnes informations au kinésithérapeute libéral.

VI. SYNTHÈSE ET PROPOSITIONS

La HAS, à travers des textes de loi et des décrets (5, 6) récemment mis en place, demande aux établissements de santé, et notamment les SSR, d'harmoniser la prise en charge des patients par la mise en place d'un projet thérapeutique ou projet de soins personnalisé afin de prendre en charge le patient dans sa globalité et non pas seulement au niveau médical. La prise en charge globale d'un patient ne se résume pas seulement à sa prise en charge médicale, d'autres aspects sont à prendre en compte pour une prise en charge et un suivi optimal.

Ce travail avait pour objectif d'essayer d'améliorer l'information du médecin généraliste, coordinateur de la prise en charge, sur le projet thérapeutique individualisé du patient hospitalisé en SSR, au travers d'une optimisation du courrier de sortie, pour un meilleur suivi du patient lors de son retour à domicile. Ceci par la mise en place d'une maquette type de projet thérapeutique individualisé au sein du dossier patient informatisé, ainsi que par la création d'un courrier de sortie standardisé synthétisant la prise en charge globale du patient. Ce type de courrier étant d'ailleurs préféré par les médecins généralistes d'après la littérature.

Dans le premier tour d'audit, réalisé au sein d'un établissement de SSR certifié par la HAS, nous avons mis en évidence qu'il existait un défaut d'informations au niveau du contenu du dossier patient en établissement concernant ce projet de soins personnalisé, hormis pour l'information médicale qui est toujours bien renseignée. Ce défaut d'informations est principalement lié à un manque de recueil de ces informations lors de l'entrée du patient et de son suivi au cours de son séjour. Ceci engendrant donc un manque de transmission de celles-ci dans les lettres de sortie destinées aux médecins traitants, tout comme l'illustre la littérature lors de l'étude des lettres de sortie de médecine aiguë. Les médecins généralistes qui sont par ailleurs demandeurs, dans la plupart des cas, de ces informations pour la suite de leur prise en charge en ambulatoire.

Nous avons donc proposé des modifications à apporter au niveau du contenu du dossier médical ainsi qu'au niveau du contenu des lettres de sortie. Ceci grâce à l'aide de la responsable informatique qui gère le logiciel OSIRIS.
Rappelons que ces modifications ont consisté à réorganiser complètement la trame du dossier patient informatisé en reprenant les items du projet de soins personnalisé. Nous sommes donc passés d'un dossier où les informations concernant ce projet de soins personnalisé n'étaient que partiellement recueillies et très peu organisées du fait qu'il n'existait qu'une partie « observations » non structurée pour y recueillir ces informations, à un dossier beaucoup plus homogène en ce qui concerne ce recueil. En effet, le médecin lors de ses différentes consultations (entrée, suivi, sortie) a accès à une trame systématisée avec différents items à remplir pour n'omettre aucune information et ainsi avoir un dossier et une prise en charge les plus complets possibles (annexe 7).
Grâce à cette réorganisation du dossier nous avons pu modifier le courrier de sortie pour en faire une synthèse globale de séjour, structurée et systématisée, reprenant les items principaux du dossier patient et les synthèses des différents intervenants. Tout ceci s'incluant directement via le logiciel OSIRIS (annexe 8). Ainsi, le médecin généraliste à la sortie d'établissement est mieux informé sur la prise en charge globale de son patient, par un courrier structuré, complet, rapide et facile à lire.

Au second tour, nous avons pu remarqué qu'il existait une amélioration avec une différence statistiquement significative en ce qui concerne :

- la présence de l'information au niveau du dossier patient à l'entrée en établissement pour : la prise en charge par l'ergothérapeute, par la diététicienne, la psychologue et l'assistante sociale.

- la présence de l'information dans le dossier patient au cours de son suivi pour la prise en charge diététique seulement.

- la présence de l'information dans les courriers de sortie pour : la kinésithérapie et la prise en charge diététique.

- la présence de l'informations dans les courriers de sortie analysés auprès des médecins généralistes pour : la prise en charge médicale et les médicaments, la prise en charge en kinésithérapie, la mobilisation et la prise en charge diététique.

Une amélioration a également été constatée mais sans différence significative pour :

- la présence de l'information dans le dossier patient a son entrée en établissement pour : la prise en charge des plaies (escarres et autres) et la prise en charge par l'assistante sociale.

- la présence de l'information lors du suivi du patient pour : la prise en charge des plaies, la kinésithérapie, l'aide à la toilette et a l'habillage, l'aide aux repas et la prise en charge par la psychologue.

- la présence de l'information dans le courrier de sortie pour : le poids et l'IMC, la prise en charge par la psychologue et par l'assistante sociale.

- la présence de l'information dans les courriers de sortie analysés auprès des médecins généralistes pour : la prise en charge en ergothérapie, l'aide à la toilette et l'habillage, l'aide au repas, la prise en charge par la diététicienne et la psychologue, l'information et l'éducation du patient.

Une différence réelle existe pour ces items mais nécessiterait de plus grands échantillons pour démontrer une différence statistiquement significative.

Globalement, il existe donc une amélioration que ce soit au niveau du recueil des informations dans le dossier patient, qui est plus homogène et plus systématisé, ou au niveau de la transmission de ces informations dans les courriers de sortie. Cette amélioration qui est d'ailleurs retrouvée au niveau national depuis la mise en place du projet thérapeutique, d'après la HAS.

Cependant, certains items ne montrent aucune amélioration, voire une diminution de l'information. Ceci pour :

- la transmission de la prise en charge des plaies,
- le recueil d'information sur la douleur et sa transmission d'après les médecins généralistes,
- le suivi et la transmission de l'ergothérapie,
- le recueil d'information et le suivi sur la mobilisation,
- la transmission de l'aide à la toilette, à l'habillage et au repas,
- le recueil d'information et le suivi du poids et de l'IMC,
- le suivi par l'assistante sociale,
- le recueil d'information, le suivi et la transmission sur l'information et de l'éducation du patient.

Il reste donc encore des points d'amélioration à envisager.

Les propositions d'amélioration que nous pouvons donc faire sont les suivantes :

- modifier à nouveau la trame du dossier patient en y incluant une rubrique consacrée à l'évaluation nutritionnelle globale du patient et incluant le recueil du poids et de l'IMC.

- ajouter une rubrique consacrée à l'information du patient et de son entourage.

- en ce qui concerne les autres items du projet thérapeutique au sein du dossier médical, ce qu'il faut améliorer c'est l'implication des différents intervenants afin qu'ils s'astreignent à remplir les différentes parties du dossier consacrées aux items spécifiques. Pouvons-nous peut-être bloquer la validation du dossier lorsqu'il y manque des informations ?

- en ce qui concerne l'éducation thérapeutique, pour le moment, l'établissement n'est pas formé à ce type de prise en charge. Nous pourrions imaginer, le cas échéant, une partie du dossier patient consacrée à l'éducation thérapeutique avec mise en place de programmes spécifiques. Cette rubrique serait automatiquement intégrée au courrier de sortie.

- pour la transmission des informations au médecin généraliste, serait-il possible d'envisager de lui transmettre les informations majeures concernant son patient pendant le séjour hospitalier ? Via messagerie électronique type apycript par exemple.

- pour les courriers de sortie, ils pourraient être remis directement au patient à sa sortie puis envoyé secondairement au médecin généraliste afin de palier à un éventuel retard d'envoi. Nous pourrions également imaginer un envoi en temps réel via messagerie électronique.

- nous pourrions y ajouter une rubrique « synthèse infirmière » pour qu'elle puisse rendre compte des protocoles de pansement et de l'évolution des plaies le cas échéant, ou toute autre information lui semblant utile pour la suite de la prise en charge du patient.

- une grille AGGIR pourrait être incluse au courrier de sortie sous la forme d'une « roue » d'évaluation représentative des besoins en terme d'aide du patient.

- enfin, nous pourrions ajouter une phrase stipulant que le patient et son entourage ont bien été informés de la prise en charge, et ceci directement à partir de la rubrique « information du patient ».

Parallèlement à cela, nous nous sommes intéressés à ce que pensaient les médecins généralistes quant à l'utilité de ces informations pour leur prise en charge en ambulatoire.
Il en ressort que, dans l'ensemble, les médecins sont demandeurs d'informations même si ils ne sont pas tous unanimes en ce qui concerne leur utilité pour la suite de leur prise en charge.
Nous avons vu que, d'après la littérature, l'information doit être concise et structurée pour s'adapter au mieux à la médecine générale.
Quand nous analysons la littérature concernant les différents aspects de la prise en charge globale du patient en médecine générale, nous constatons que le médecin généraliste est plutôt solitaire dans sa prise en charge et qu'il éprouve des difficultés vis à vis du travail pluri - professionnel, en dehors du contact avec les autres spécialistes, bien qu'il soit motivé pour ce genre de pratique. Plusieurs explications sont retrouvées comme le manque de temps, le manque d'informations et de formation, des pratiques professionnelles anciennes encrées dans une médecine individuelle, des habitudes de travail difficiles à modifier, et des prises en charges qui ne sont pas toujours adaptées à la médecine ambulatoire. Sans compter le fait que le retour à domicile du patient modifie bien souvent son comportement et ses besoins et donc sa prise en charge. Tout ceci peut donc expliquer que les informations ne soient pas toujours jugées utiles par les médecins généralistes. Ceci dit, au second tour, nous remarquons que pour plusieurs items, l'information est considérée comme utile alors qu'elle ne l'était que moyennement ou pas au premier tour.
D'autre part nous avons vu que le programme personnalisé de soins en ambulatoire peut considérablement aider le médecin généraliste dans sa pratique quotidienne en lui permettant de synthétiser toutes ses données sur un même support. Et notamment pour les patients porteurs de pathologies chroniques pour lesquels il est important de ne perdre aucune information. Mais cette organisation pluri - professionnelle de la prise en charge des patients n'est pas encore tout à fait entrée dans les mœurs des médecins généralistes.

CONCLUSION

La mise en place d'un projet thérapeutique individualisé ou projet de soins personnalisé dans les établissements de SSR est devenu une obligation sur demande des différentes tutelles afin d'homogénéiser et d'optimiser la prise en charge globale des patients.

La mise en place d'une maquette type au sein du dossier patient informatisé, avec une trame englobant l'ensemble des items du projet de soins personnalisé nous a donc semblé opportun.
Nous en avons étudié les impacts sur la prise en charge en établissement mais également sur le suivi en ambulatoire par le médecin généraliste.
Nous avons constaté une amélioration globale du contenu du dossier patient et de celui des courriers de sortie avec néanmoins encore quelques améliorations à mettre en place.
Pour ce qui est du suivi ambulatoire par le médecin généraliste, il semble que les informations contenues dans les courriers de sortie soient plus complètes et plus pertinentes. Même si les différents médecins interrogés ne s'accordent pas quant à l'utilité de certaines d'entre elles, et ceci par le fait que la prise en charge pluri - disciplinaire des patients en ambulatoire n'est pas encore très bien entrée dans les mœurs et ce, pour différentes raisons. Les médecins ont donc du mal à organiser leur pratique dans ce sens. Et pourtant, le programme personnalisé de soins, comme il est appelé en ambulatoire, peut rendre de grands services aux médecins pour optimiser le suivi de leurs patients, et notamment ceux porteurs de pathologies chroniques dont la prise en charge s'avère complexe. Sa mise en place est récente, et pour certaines pathologies seulement, et pas encore très bien assimilée.

Ce qu'il serait également intéressant d'étudier, ce sont les différents facteurs responsables du manque de certaines informations dans le dossier médical ou dans la lettre de sortie.
L'implication des différents intervenants dans le remplissage du dossier médical est différente d'une personne à une autre. Le terrain, les antécédents, les différentes pathologies présentées par les patients peuvent modifier ce recueil. Le temps est également un facteur influençant. Comment prendre le temps de remplir tout le dossier médical et avoir une bonne relation médecin - patient juste le temps d'une consultation? Nous pourrions également étudier le ressenti du patient sur sa prise en charge réelle. Existe-t-il une réelle amélioration de la prise en charge du patient ?
Enfin, que font les autres établissements ? Pourrions - nous envisager de mettre en place une maquette type de projet thérapeutique dans tous les établissements de SSR ?

Pour finir, nous noterons qu'au moment de la rédaction de ce travail, la maquette du dossier était à nouveau en révision et en amélioration. Une amélioration qu'il sera utile de réévaluer régulièrement.

ANNEXES

ANNEXE 1. **Grille d'audit n°1.**

Evaluation de la qualité et de la pertinence des informations concernant le projet thérapeutique individualisé reçues par le médecin traitant pour chaque patient sorti du SSR des ELIEUX.

1°) Dans les courriers de sortie de l'établissement, avez-vous retrouvé des informations concernant les items suivants :

	OUI	NON	NA*
-la prise en charge médicale et les médicaments	O	O	O
-la prise en charge IDE :			
°soins d'escarre	O	O	O
°pansements	O	O	O
-la prise en charge de la douleur	O	O	O
-l'autonomie physique :			
°la prise en charge kinésithérapeutique	O	O	O
°la prise en charge ergothérapeutique	O	O	O
°les aides à la mobilisation	O	O	O
°les aides pour la toilette et l'habillage	O	O	O
°les aides pour le repas	O	O	O
-la prise en charge diététique	O	O	O
-la prise en charge par une psychologue	O	O	O
-la prise en charge par l'assistante sociale	O	O	O
-information/éducation du patient	O	O	O

*NA : non adapté à la situation

2°) Si non, l'information vous aurait-elle été utile pour la suite de la prise en charge de votre patient concernant :

	1	2	3	4	5
-la prise en charge médicale et les médicaments	O	O	O	O	O
-la prise en charge IDE :					
°soins d'escarre	O	O	O	O	O
°pansements	O	O	O	O	O
-la prise en charge de la douleur	O	O	O	O	O
-l'autonomie physique :					
°prise en charge kinésithérapeutique	O	O	O	O	O
°prise en charge ergothérapeutique	O	O	O	O	O
°les aides à la mobilisation	O	O	O	O	O
°les aides pour la toilette et l'habillage	O	O	O	O	O
°les aides pour le repas	O	O	O	O	O
-la prise en charge diététique	O	O	O	O	O
-la prise en charge par une psychologue	O	O	O	O	O
-la prise en charge par une assistante sociale	O	O	O	O	O

1 : tout à fait d'accord
2 : d'accord
3 : tout à fait en désaccord
4 : en désaccord
5 : sans opinion

ANNEXE 2. **Grille d'audit n°2**

Evaluation de la qualité et de la pertinence des informations concernant le projet thérapeutique individualisé reçues par le médecin traitant pour chaque patient sorti du SSR des ELIEUX.

1°) Dans les courriers de sortie de l'établissement, avez-vous retrouvé des informations concernant les items suivants :

	OUI	NON	NA*
-la prise en charge médicale et les médicaments	O	O	O
-la prise en charge IDE :			
°soins d'escarre	O	O	O
°pansements	O	O	O
-la prise en charge de la douleur	O	O	O
-l'autonomie physique :			
°la prise en charge kinésithérapeutique	O	O	O
°la prise en charge ergothérapeutique	O	O	O
°les aides à la mobilisation	O	O	O
°les aides pour la toilette et l'habillage	O	O	O
°les aides pour le repas	O	O	O
-la prise en charge diététique	O	O	O
-la prise en charge par une psychologue	O	O	O
-la prise en charge par l'assistante sociale	O	O	O
-information/éducation du patient	O	O	O

*NA : non adapté à la situation

2°) Si oui, cette information vous a-t-elle été utile pour la suite de la prise en charge de votre patient concernant :

	1	2	3	4	5
-la prise en charge médicale et les médicaments	O	O	O	O	O
-la prise en charge IDE :					
°soins d'escarre	O	O	O	O	O
°pansements	O	O	O	O	O
-la prise en charge de la douleur	O	O	O	O	O
-l'autonomie physique :					
°prise en charge kinésithérapeutique	O	O	O	O	O
°prise en charge ergothérapeutique	O	O	O	O	O
°les aides à la mobilisation	O	O	O	O	O
°les aides pour la toilette et l'habillage	O	O	O	O	O
°les aides pour le repas	O	O	O	O	O
-la prise en charge diététique	O	O	O	O	O
-la prise en charge par une psychologue	O	O	O	O	O
-la prise en charge par une assistante sociale	O	O	O	O	O
- information/éducation du patient	O	O	O	O	O

1 : tout à fait d'accord
2 : d'accord
3 : tout à fait en désaccord
4 : en désaccord
5 : sans opinion

ANNEXE 3. **Informations obligatoires contenues dans le dossier médical.**

Documents médicaux relatifs à l'admission,
Coordonnées du médecin traitant,
Examen médical complet,
Evaluation de l'autonomie à l'admission,
Identification des besoins cliniques, psychologiques et sociaux dans les examen d'entrée,
Définition d'un projet thérapeutique identifiant les interventions adaptées aux besoins du patient établi dans la semaine suivant l'admission,
Information donnée au patient ou à son entourage concernant son projet de prise en charge dans la semaine suivant l'admission,
Trace d'une réunion pluri - professionnelle au court du séjour,
Evaluation du risque d'escarres à l'admission,
Evaluation de la douleur,
Dépistage des troubles nutritionnels,
Prescriptions médicamenteuses complètes,
Traitement de sortie complet,
Courrier de fin d'hospitalisation,
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation,
Classement et organisation du dossier.

ANNEXE 4. **Grille d'analyse du contenu des dossiers médicaux et de la lettre de sortie.**

SSR LES ELIEUX GRILLE D'ANALYSE DU CONTENU DES DOSSIERS MEDICAUX

Composantes du projet thérapeutique		*Diagnostic patient*	*Actions engagées et suivi*	*Courrier de sortie*
Prise en charge médicale	*Traitement*			
Prise en charge IDE	*Soins d'escarre*			
	Pansements			
Prise en charge de la douleur				
Autonomie Physique				
Kinésithérapie				
Ergothérapie				
Mobilisation				
Hygiène				
Aide au repas				
Prise en charge Diététique				
Prise en charge psychologique				
Prise en charge Sociale				
Information / Education du patient				

ANNEXE 5. **Analyse du contenu des dossiers médicaux : diagnostic patient.**

- prise en charge médicale et médicaments

Recherche des antécédents, allergies, traitements d'entrée, histoire de la maladie, examen clinique.

- prise en charge IDE concernant des soins d'escarres

Recherche de l'évaluation initiale du risque d'escarres ou de l'évaluation d'escarres déjà présentes avec leur protocole de soins.

- prise en charge IDE concernant des soins de pansement

Recherche d'une évaluation initiale de plaie aiguë ou chronique avec protocole de soins.

- prise en charge de la douleur

Recherche d'une évaluation initiale de la douleur avec EVA, EN ou autre échelle d'évaluation de la douleur adaptée.

- prise en charge en kinésithérapie

Recherche de l'évaluation initiale du besoin en kinésithérapie et prescription initiale.

- prise en charge en ergothérapie

Recherche de l'évaluation initiale du besoin en ergothérapie et prescription initiale, notamment dans un contexte de chute ou d'antécédents de chute.

- aides à la mobilisation

Recherche de l'évaluation initiale de la mobilisation : autonome, qualité de la marche, avec canne, avec déambulateur, fauteuil roulant.

- aide à la toilette et à l'habillage

Recherche de l'évaluation initiale de l'autonomie pour la toilette et l'habillage.

- aide au repas

Recherche de l'évaluation initiale du besoin d'aide pour l'administration du repas.

- prise en charge diététique

Recherche d'une part du poids et de l'IMC et, d'une autre part de l'évaluation initiale du besoin d'une prise en charge diététique et prescription initiale.

- prise en charge par une psychologue

Recherche de l'évaluation initiale du besoin d'une prise en charge psychologique et prescription initiale.

- prise en charge par l'assistante sociale

Recherche de l'évaluation initiale du besoin de prise en charge par l'assistante sociale et prescription initiale.

- information et éducation du patient

Recherche d'informations concernant l'information et l'éducation thérapeutique du patient concernant ses pathologies aiguës et chroniques.

ANNEXE 6. **Analyse du contenu des dossiers médicaux : actions engagées, suivi.**

- prise en charge médicale et médicaments

Recherche des informations de suivi médical : consultations de suivi, événements intercurrents, adaptation thérapeutique, bilans biologiques, résultats d'examens complémentaires.

- prise en charge IDE concernant des soins d'escarre

Rechercher d'informations sur l'évolution des escarres et adaptation des protocoles de soins.

- prise en charge IDE concernant des soins de pansement

Recherche d'information sur l'évolution de plaies aiguës ou chroniques et de leurs protocoles de soins.

- prise en charge de la douleur

Recherche du suivi de l'EVA, EN ou autre échelle d'évaluation de la douleur adaptée et de l'adaptation thérapeutique.

- prise en charge en kinésithérapie

Recherche des informations de suivi, de l'évolution et de l'adaptation de prise en charge des patients en kinésithérapie.

- prise en charge en ergothérapie

Recherche des informations de suivi et de l'adaptation de prise en charge des patients par l'ergothérapeute.

- aides à la mobilisation

Recherche d'informations sur l'évolution de la mobilisation des patients : avec aide (canne, déambulateur, fauteuil roulant), sans aide, reprise et qualité de la marche.

- aides à la toilette et à l'habillage

Recherche d'informations sur l'évolution du besoin d'aides pour la toilette et/ou l'habillage.

- aides au repas

Recherche d'informations sur l'évolution du besoin d'aide à l'administration des repas.

- prise en charge diététique

Recherche d'une part du suivi du poids et de l'IMC et, d'autre part du suivi de la prise en charge par la diététicienne avec adaptation de l'alimentation : compléments alimentaires, adaptation de la texture des aliments, adaptation des régimes alimentaires, restriction hydrique.

- prise en charge par une psychologue

Recherche des informations de suivi par la psychologue.

- prise en charge par l'assistante sociale

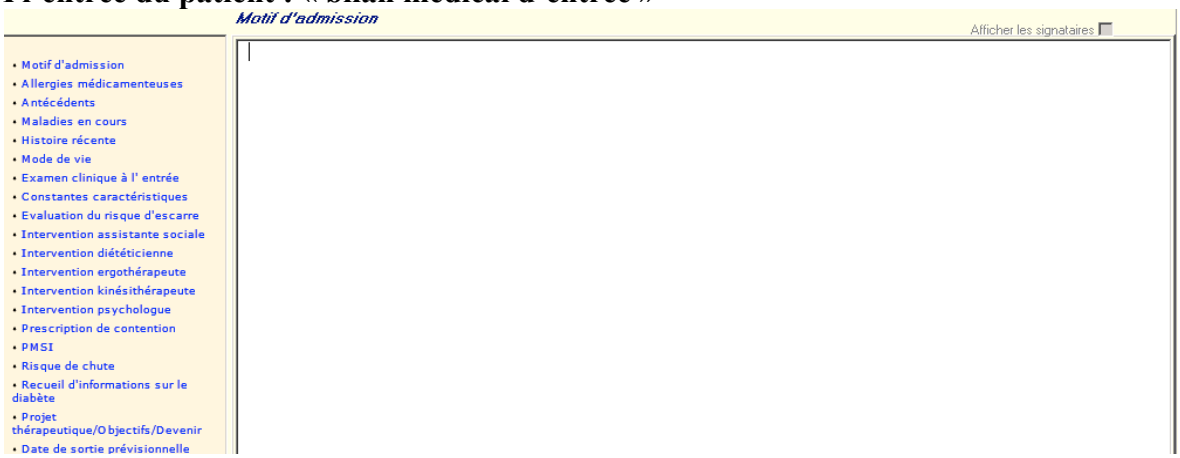
Recherche des informations de suivi par l'assistante sociale : aides à mettre en place, discussion de l'avenir avec le patient et sa famille, placement.

- information et éducation du patient

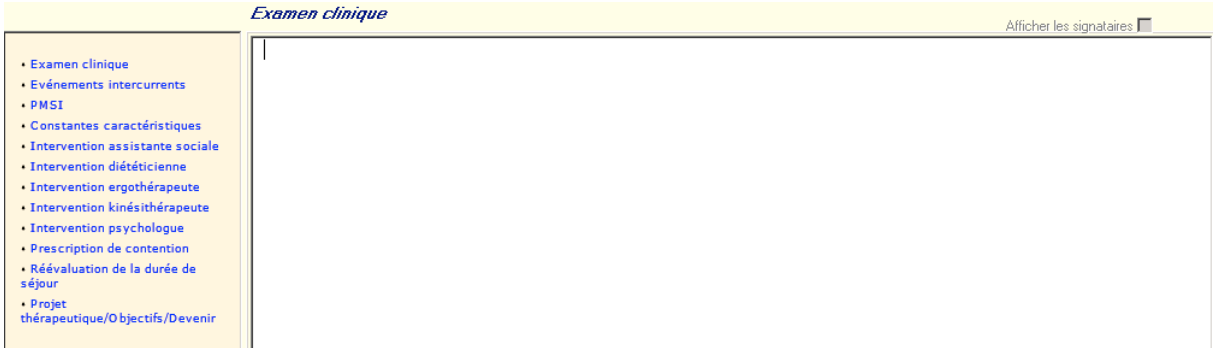
Recherche d'informations sur l'information et l'éducation thérapeutique du patient concernant ses pathologies aiguës et chroniques.

ANNEXE 7. **Maquette du nouveau dossier médical.**

A l'entrée du patient : « bilan médical d'entrée »

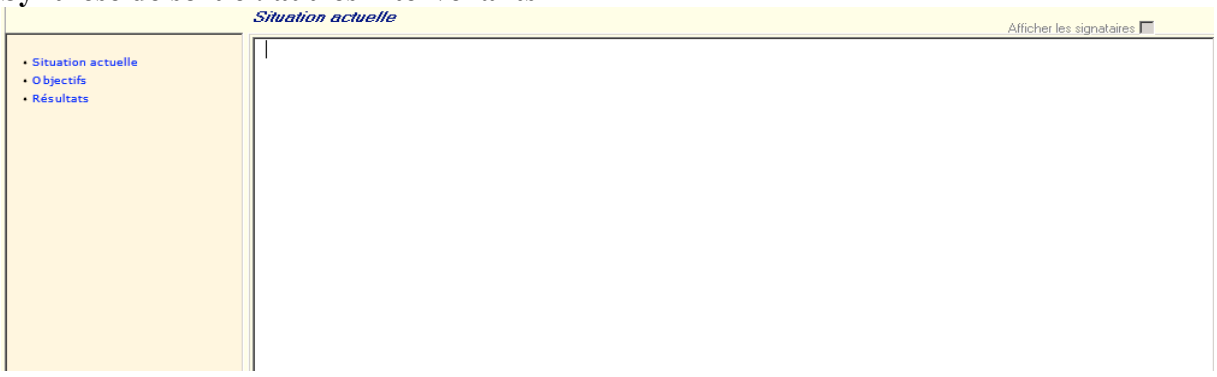


Consultation de suivi : « observation de suivi »



« Synthèse médicale de sortie »

Synthèse de sortie : autres intervenants



ANNEXE 8. **Courrier de sortie.**

SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

«S.A.LES ELIEUX »

4, RUE DE LA GRANDE OZERAILLE – 54280 SEICHAMPS

03.83.33.85.85 03.83.33.85.80

SOCIETE ANONYME AU CAPITAL DE 610.000 € – RCS NANCY 410 738 819

«Medecin traitant»
«Adresse1 Med. Traitant»
«Code Postal Med. Traitant» «Ville Med. Traitant»

Seichamps, le «Date»

Médecins
Dr Alain DURTESTE
Généraliste

Dr Philippe NAUDE
Généraliste

Dr Elisabeth UNVOIS
Généraliste

Dr Jacques PELTIER
Médecin DIM

Directrice
Cadre de Soins
Marina DILIBERTO

Kinésithérapeutes
Hélène BECHER
Eric DEVOUGE
Benjamin MOLKO
Roger RIVORY

Ergothérapeute
Nathalie NGUYEN

Diététicienne
Emilie MANGIN

Assistante Sociale
Emmanuelle SCHOOSE

Psychologue
Emilie NICOLAS

✉ : «Medecin correspondant» «Adresse1 Med. Correspondant» «Adresse2 Med. Correspondant» «Code Postal Med. Correspondant» «Ville Med. Correspondant»

Cher Confrère,

Votre patiente **«Genre» «Prénom» «Nom»**, âgée de «Age», a séjourné dans notre établissement du «Date Entrée» au «Date Sortie» pour «Motif d'admission».

Nous connaissons chez cette patiente les antécédents suivants :
«Antécédents»

Les maladies en cours sont :
«Maladies en cours»

Les allergies sont :
«Allergies»

Mode de vie :
«Mode de vie»

Histoire de la maladie:
«Histoire récente»

A l'entrée dans l'établissement,
«Examen clinique à l' entrée»

Le projet thérapeutique d'entrée était le suivant :
«Conclusion / projet médical»

Evènements intercurrents :
«Evénements intercurrents»

La synthèse de sortie est la suivante :
Médicale
«Synthèse médicale de sortie»
Assistante sociale
«Synthèse de sortie assistante sociale»
Kinésithérapeute
«Synthèse de sortie kinésithérapeute»
Ergothérapeute
«Synthèse de sortie ergothérapeute»
Diététicienne
«Synthèse de sortie diététicienne»
Psychologue
«Synthèse de sortie psychologue»

Le traitement de fin de séjour était le suivant :
«Médicaments en cours»

En restant à votre disposition, veuillez croire, Cher Confrère, en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Docteur

ANNEXE 9. **Programme personnalisé de soins.**

Personnalisation de la prise en charge (tableau 1)

Situation du patient				Objectif partagé	Actions		
Risque/ maladie	Point de vue et attentes du patient	Point de vue et priorités du médecin	Contexte/ freins		Moyens	Intervenants	Date de réévaluation
Situation 1 : exemple							
Situation 2							

Planification du suivi (tableau 2)

	Janv	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept	Octobre	Nov	Déc
Consultation MG												
Consultation spécialiste 1												
Consultation spécialiste 2												
Paramedical 1												
Paramedical 2												
Paramedical 3												
Ex complémentaire 1												
Ex complémentaire 2												
Ex complémentaire 3												
Biologie 1												
Biologie 2												
Éducation thérapeutique												

Commentaires/précisions ETP :					
Aide medico-sociale					
Médecin généraliste	Tél :	Association de patients	Tél :	Paramédical 1	Tél :
Spécialiste d'organe 1	Tél :	Réseau	Tél :	Paramédical 2	Tél :
Autre spécialiste	Tél :	Assistante sociale	Tél :	Hôpital	Tél :
	Tél :	Pharmacien	Tél :		

BIBLIOGRAPHIE

1. Agence régionale d'hospitalisation Lorraine. SROS 3. Volet les soins de suite, la rééducation et la réadaptation fonctionnelle. Mars 2006.

2. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé – Groupe de travail SSR – Fiche thématique Les soins de suite et de réadaptation version projet – Février 2009. (démarche de certification)

3. Circulaire N°DHOS/01/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation.

4. Agence régionale d'hospitalisation Lorraine. Révision du volet SSR du SROS 3. Version définitive.

5. Décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation. Journal officiel de la république française.

6. Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation. Journal officiel de la république française.

7. HAS. Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Manuel de certification des établissements de santé V2010. Avril 2011. http://has-sante.fr/.

8. INSERM. Projet COMPAQH. Tenue du dossier patient en SSR. Cahier des charges. Année 2008.

9. HAS. Fiche descriptive de l'indicateur : tenue du dossier patient en SSR. Juin 2011. http://www.has-sante.fr/.

10. HAS. IPAQSS. Généralisation 2009 du recueil des indicateurs Dossier du Patient en SSR. Session de formation. Consignes de recueil. Septembre 2009.

11. Réseau santéqualité. Préparer la sortie du patient, guide pratique. Version 2005.

12. MAIA. Livret d'Aide. La sortie Optimale d'hôpital. Table tactique Moselle. 2012.

13. ALAO O, ANCEAUX F, BEUSCART R. La communication ville-hôpital : un modèle pour améliorer la continuité des soins. Les Cahiers du numérique. 2001 Jun 1;Vol. 2(2):37–55.

14. Le site santé du Ministère des Affaires sociales et de la Santé. « Les soins de suite et de réadaptation » (En ligne) Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/les-soins-de-suite-et-de-readaptation-ssr.html.

15. GAMEL S. Schéma régional d'Organisation Sanitaire de Lorraine. Révision du volet Soins de suite et de Réadaptation. ARS. Octobre 2009.

16. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé - Direction de l'accréditation - Service Etudes et Développement – Fiche thématique Les Soins de suite et de réadaptation. – Février 2004. (démarche d'accréditation)

17. Agence régionale d'hospitalisation d'Ile de France. Soins de suite et réadaptation fonctionnelle. Cahier des charges SSR adulte. Décembre 2009.

18. DESCAMPS D., MAYER C. Projet thérapeutique individualisé du patient. PG-SOINS-02. Juin 2012.

19. ANDRE JM. Le projet de vie et son accompagnement. Cofemer. 29 Février 2008.

20. SCHOOSE E. Projet thérapeutique personnalisé du patient.

21. LESPINET N., JEHENNE G. Les indicateurs IPAQSS et leur communication aux usagers.

22. COLOM P., PAMIES S. ARH du Rhône. Le retour à domicile de la personne agée dépendante après hospitalisation: une nécessaire coordination… Guide de bonnes pratiques à l'usage des professionnels concernés. Juillet 2008. (En ligne). Consulté le 30/05/2013. Disponible sur: http://www.ateliers-solidarite.com.

23. CARDOSO E., HESS P. Projetons nous ! Projet de soins du patient présentant une pathologie neurologique et/ou neuro-vasculaire pour une rééducation-réadaptation participative. Mémoire de DU SIRR. (En ligne). Consulté le 11/06/2013. Disponible sur : http://www.airr.info/docs/memoire-dusirr-Projetons_nous.pdf.

24. ANAES. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Dossier du patient : réglementation et recommandations. Juin 2003. (En ligne). Consulté le 17/06/2013. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier_du_patient_-_fascicule_1_reglementation_et_recommandations_-_2003.pdf.

25. Ministère de l'emploi, du travail et de la santé – Secrétariat général des ministères sociaux – Direction générale de l'offre de soins – Direction générale de la santé – Direction générale de la cohésion sociale – Direction de sécurité sociale. Loi HPST. Juillet 2009.

26. GAY B. Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. juin 2013;61(3):193-198.

27. HAS. Programme personnalisé de soins. Février 2012. (En ligne) Consulté le 13/06/2012. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/pps_vierge.pdf.

28. Parcours de soins personnalisé : les guides de la HAS disponibles en ligne. Site du quotidien du médecin. 15/05/2012. (En ligne). Consulté le 13/06/2012. Disponible sur : http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualite/exercice/parcours-de-soins-personnalises-les-guides-de-la-has-disponibles-en-ligne.

29. Le programme personnalisé de soins. Site de l'Institut national du cancer. (En ligne). Consulté le 13/06/2013. Disponible sur : http://www.e-cancer.fr/soins/parcours-de-soins/le-parcours-personnalise-des-patients-pendant-et-apres-le-cancer/les-outils.

30. Code de santé publique.

31. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.

32. HAS. Education thérapeutique du patient. Définition, finalité et organisation. Juin 2007.

33. HAS. Indicateurs qualité généralisés HAS : bilan de 2 années de recueils. Novembre 2010.

34. HAS. Indicateurs de qualité du dossier patient généralisés en SSR. Campagne 2010. Analyse descriptive des résultats agrégés 2010 et analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats. Novembre 2011. (En ligne). Consulté le 13/06/2013. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/ipaqss_rapport_ssr_2011.pdf.

35. HAS. Indicateurs de qualité du dossier du patient généralisés en SSR. Synthèse. Résultats 2010 et évolution sur 2 ans. Décembre 2011. (En ligne). Consulté le 13/06/2013. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/ipaqss_synthese_rapport_ssr_2011.pdf.

36. HAS. Indicateurs de qualité généralisés en SSR. Campagne 2011. Analyse descriptive des résultats agrégés et analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats. Septembre 2012. (En ligne). Consulté le 13/06/2013. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/ipaqss-rapport-ssr-v4.pdf.

37. VAN WALRAVEN C., ROKOSH E. What is necessary for high-quality discharge summaries? Am J Med Qual 1999, 14(4): 160-169.

38. VAN WALRAVEN C., DUKE S.M., WEINBERG A.L., WELLS P.S. Standardized or narrative discharge summaries. Which do family physicians prefer? Can Fam Physician 1998, 44:62-69.

39. RAWAL J., BARNETT P., LLOYD B.W. Use of structured letters to improve communication between hospital doctors and general practitioners. BMJ. 23 oct 1993; 307(6911): 1044.

40. SALATHIA K., MCILWAINE W.J. General practitioner and hospital letters. Ulster Med J. avr 1995; 64(1): 46-50.

41. NEWTON J., ECCLES M., HUTCHINSON A. Communication between general practitioners and consultants: what should their letters contain? BMJ 1992, 304(6830):821-824.

42. KRIPALANI S., LEFEVRE F., Phillips C.O., 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. 28 févr 2007; 297(8): 831-841.

43. SAUNIER-SEGYO A. Compte-rendu d'hospitalisation : évaluation selon la réglementation, point de vue des médecins généralistes. - 69p. Th: Med.: Rouen: 2012. (En ligne). Consulté le 23 mai 2013. Disponible sur: http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00745683.

44. BOYREAU M. Pertinence des courriers de sortie du service de pneumologie du CH de Chambery. Les courriers répondent – ils aux attentes des médecins traitants ? - 52p. Th: Med.: Chambery : 2009. (En ligne). Consulté le 13/06/2013. Disponible sur : http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/63/06/76/PDF/2009GRE15100_boyreau_matthieu_0_D_.pdf.

45. FEINTRENIE C. La sortie d'hospitalisation: point de vue du médecin généraliste. - 119p. Th: Med: Nancy1: 2010. (En ligne). Consulté le 13/06/2013. Disponible sur: http://petale.univ-lorraine.fr/thematic-search.html?menuKey=these_ex&submenuKey=authors&id=feintrenie_celine.

46. SOLOMON J.K., MAXWELL R.B., HOPKINS A.P. Content of a discharge summary from a medical ward: views of general practitioners and hospital doctors. J R Coll Physicians Lond 1995, 29(4): 307-310.

47. PERRIER A. Transition et continuité des soins : il faut être deux pour se parler. Médecine interne générale. 19 oct 2011; Volume 313(37): 2011-2012.

48. SUMI M., SATOH H., YAMASHITA Y.T. and al. Improving the quality of discharge summaries. CMAJ 2001, 165(1): 16.

49. Relation ville / hôpital, quels leviers pour l'amélioration ? Santé social Klub. (En ligne). Consulté le 23 mai 2013. Disponible sur: http://santesocialklub.com/2012/05/02/relation-ville-hopital-quels-leviers-pour-lamelioration/.

50. HUBERT G., GALINSKI M., RUSCEV M., LAPOSTOLLE F., ADNET F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant? La Presse Médicale. oct 2009; 38(10): 1404-1409.

51. DOMARD C., CLAVERO J. La continuité des soins en ville après une hospitalisation, URML Ile de France. 2006. (étude originale)

52. MORIN T., et al. Evaluation of adherence to recommendations within 3 month after comprehensive geriatric assessment by an inpatient geriatric consultation team. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2012; 10 (3): 285-93.

53. COUTELLIER M. Impact d'une hospitalisation dans un service de médecine sur les traitements prescrits au long cours en médecine générale. - 45p. Th: Med.: Paris 7, Diderot: 2012. (En ligne). Consulté le 18/06/2013. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3995_COUTELLIER_these.pdf.

54. SINGLARD E. Adaptation des traitements chez la personne âgée hospitalisée: la justification dans le courrier de sortie est-elle vraiment un atout ? - 45p. Th: Med.: Grenoble: 2012. (En ligne). Consulté le 18 juin 2013. Disponible sur: http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00693258.

55. NOAILLAN F. Rôles de l'infirmière libérale et du médecin généraliste dans le suivi des plaies chroniques. 137p. Th. : Med. : Poitier : 2012. (En ligne). Consulté le 27/09/2013. Disponible sur : http://www.cogemspc.fr/theses/liste_these/these_noaillan.pdf.pdf.

56. DIAS P.L. Evaluation de la douleur chronique en médecine générale. - 125p. Th : Med. : Nancy 1 : 2006. (En ligne). Consulté le 21/06/2013. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2006_DIAS_PAUL_LUIS.pdf.

57. HAS. Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/douleur1.pdf

58. MAZIERE S., LANIECE I., HADRI N., et al. Facteurs prédictifs du déclin fonctionnel de la personne âgées après une hospitalisation en court séjour gériatrique : importance de l'évolution fonctionnelle récente. La Presse Médicale Volume 40, Issue 2, February 2011, Pages e101-e110.

59. INSERM U379., ORS PACA. La prise en charge en médecine générale de ville des patients handicapés. Mars 2005. (En ligne). Consulté le 25/06/2013. Disponible sur : http://www.sesstim-orspaca.org/syntheses_resultats/pdf/05-SY1.pdf.

60. LE GOFF D. Conception et realisation par une interne d'une formation de diététique à desitnation des internes de médecine générale. – 342p. Th: Med.: Tours: 2012. (En ligne). Consulté le 19/06/2013. Disponible sur: http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2012_Medecine_LeGoffDelphine.pdf.

61. HAS - Association des Diététiciens de Langue Française. Consultation diététique réalisée par un diététicien. Objectifs et critères de qualité par type de consultation diététique. Paris: HAS-ADLF; 2006.

62. DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques). Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. Septembre 2012. (En ligne). Consulté le 21/06/2013. Disponible sur : http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er810.pdf.

63. URML Rhône-Alpes. Médecine générale et gérontologie. Enquête auprès des conseils généraux, des CLICs, des réseaux et des médecins généralistes de la région Rhône-Alpes. (En ligne). Consulté le 25/06/2013. Disponible sur : http://www.urps-med-ra.fr/upload/urmlra/urm_etude/pj/GERONTOLOGIE.pdf.

64. URML Midi-Pyrénées. Pratique de l'éducation thérapeutique par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées. Juin 2010. (En ligne). Consulté le 21/06/2013. Disponible sur : http://www.orsmip.org/tlc/documents/educationtherapeutique.pdf.

65. DUFFAU N. L'éducation thérapeutique en consultation de médecine générale : analyse de 12 médecins généralistes impliqués en éducation thérapeutique. Thèse de doctorat en médecine. 20 juin 2011. (En ligne). Consulté le 21/06/2013. Disponible sur : http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=f61e963b-965b-4088-abd8-375cefc1f2b2.

66. BONNAL C., MATHARAN J., MICHEAU J. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative – DREES : MA0800578. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. La prescription de massokinésithérapie par les médecins généralistes et rhumatologues libéraux - Rapport d'étude. Décembre 2009. (En ligne). Consulté le 1er octobre 2013. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_prescription_de_masso-kinesitherapie_par_les_medecins_generalistes_et_rhumatologues_liberaux_.

67. DELAUNEY E. Kinés et médecins généralistes : peut mieux faire ? Une enquête qualitative en Pays-de-la-Loire. Médecine. Volume 6, Numéro 6, 277-81, Juin 2010, Vie professionnelle.

VU

NANCY, le **8 novembre 2013**
Le Président de Thèse

Professeur J.D. DE KORWIN

NANCY, le **8 novembre 2013**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE N°6697

NANCY, le 14/11/2013

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur P. MUTZENHARDT