

## Évaluation du dossier du patient hospitalisé en soins de suite et réadaptation dans les établissements privés de Midi-Pyrénées

### *An Assessment of the Medical Records of Patients Hospitalized in Step-down and Rehabilitation Units in Private Institutions in the Midi-Pyrénées Region of France*

Richard E <sup>1</sup>, Graule M <sup>2</sup>, Sciortino V <sup>3</sup>

#### Résumé

**Objectif :** Évaluer le dossier du patient en soins de suite et réadaptation (SSR) en tenant compte des spécificités de ce secteur, première étape de l'évaluation de la qualité de ces soins.

**Méthode :** Élaboration d'une grille adaptée de celle de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) par le groupe de suivi du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) sur le thème des SSR, par le remplacement d'items propres à la médecine chirurgie ou obstétrique par d'autres, en lien avec les soins de suite et réadaptation et les recommandations du SROS. La notation d'un échantillon de 30 dossiers clôturés dans les 27 établissements de soins de suite et réadaptation à tarif contractuel de Midi-Pyrénées a été réalisée par le service médical.

**Résultats :** On constate un progrès notable depuis l'enquête GAIN, 5 établissements ont un dossier bien tenu, régulièrement évalué et adapté aux spécificités des SSR. Dans 17 établissements, le dossier doit être amélioré et la démarche est en cours. Restent 5 établissements où les informations recueillies concernant le patient et son séjour sont insuffisantes. Le dialogue sur les améliorations envisagées, sur les outils à mettre en place, sur les points en lien avec le SROS est certainement plus important sur le plan pédagogique que la valeur absolue de la note attribuée à l'établissement.

**Conclusion :** Les référentiels concernant le dossier du patient hospitalisé visent peu les spécificités des soins de suite et réadaptation, celles-ci limitant par ailleurs le choix d'indicateurs pertinents de qualité des soins. L'étude des dossiers par une grille adaptée permet d'évaluer la prise en compte des recommandations du SROS.

**Rev Med Ass Maladie 2002;33,2:99-106**

**Mots clés :** accréditation, centre de rééducation et réadaptation, démarche qualité, dossier médical, planification régionale santé.

#### Summary

**Aims:** To assess the quality of the medical records of patients hospitalized in step-down and rehabilitation units (SSR) as a first step toward an evaluation of the quality of care, while taking into consideration the specific characteristics of this type of care.

**Methods:** We designed a grid adapted from the one proposed by the National Agency for the Development of Medical Evaluation's (ANDEM) work group on regional health care organization planning (SROS) pertaining to SSRs. Accordingly, we replaced medical, surgical and obstetric items by more appropriate ones, better reflecting step-down and rehabilitation care and the recommendations of the SROS.

**Results:** We found notable improvement in the medical records of 5 institutions since the GAIN survey: their records were regularly evaluated and well-adapted to the specific characteristics of SSRs. In 17 facilities, medical records still need to be improved and appropriate steps have been taken. In the remaining 5 facilities, the documented information concerning patient and hospital stays remains inadequate. However, the resulting dialogue on suggested improvements, useful tools needed and SROS requirements will certainly have a greater pedagogic impact than will the relatively poor evaluation score they received.

**Conclusions:** Existing guidelines concerning the medical records of hospitalized patients are not well-adapted to the specific characteristics of step-down care and rehabilitation units. These particular characteristics place a limit on the choice of pertinent quality of care indicators. A modified grid allowed us to better evaluate whether the recommendations of the SROS are taken in account.

**Rev Med Ass Maladie 2002;33,2:99-106**

**Key words :** accreditation, rehabilitation unit, quality control, medical record, regional health planning.

<sup>1</sup> Médecin-conseil, Direction régionale du service médical de Midi-Pyrénées (CNAMTS).

<sup>2</sup> Médecin-conseil chef de service, Direction régionale du service médical de Midi-Pyrénées (CNAMTS).

<sup>3</sup> Médecin-conseil régional, Direction régionale du service médical de Midi-Pyrénées (CNAMTS).

Adresse pour correspondance : Dr Elisabeth Richard, Direction régionale du service médical de Midi-Pyrénées (CNAMTS), 2, rue Georges-Vivient, F-31082 Toulouse cedex, e-mail : elisabeth.richard@ersm-midipyr.cnamts.fr

## INTRODUCTION

L'objectif de l'enquête est une approche de la qualité par une évaluation de la tenue du dossier du patient. Ceci permet une meilleure connaissance des informations disponibles et une démarche pédagogique dans les établissements.

La recherche d'un indicateur qualité de base dans les services ou établissements de soins de suite et de réadaptation a été motivée par différentes approches de ce secteur :

- l'axe du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS 2) de Midi-Pyrénées consacré aux soins de suite et réadaptation (SSR) [1] a insisté sur les liens avec l'amont et l'aval du séjour, sur une meilleure médicalisation de certaines structures, et une prise en charge globale du patient en particulier s'il est âgé ;
- la modulation tarifaire des établissements SSR est basée sur des ratios de personnels sans que ceux-ci soient satisfaisants. Quel indicateur qualité utiliser pour celle de 2001 ?
- l'annexe « dossier du patient hospitalisé » du contrat type [2] ne s'adresse qu'aux disciplines médecine-chirurgie-obstétrique (MCO).
- le *programme de médicalisation des systèmes d'information* (PMSI) SSR [3, 4, 5] est en place dans le public, certains établissements privés ont participé à une expérimentation et/ou à l'étude d'échelle de coûts. Cet outil viendra se mettre en place en 2002 dans le privé ; pour permettre un codage fiable, un minimum d'éléments doit être présent au dossier.

Dans le groupe de suivi mis en place par l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), les discussions sur les indicateurs de qualité en SSR se sont heurtées à deux obstacles essentiels :

1 - La très grande hétérogénéité des services, dans les malades accueillis, les plateaux techniques, les équipes soignantes, la spécialisation de certaines structures. L'histoire réglementaire et tarifaire accentue certaines différences [6].

2 - L'impact sur les différents indicateurs habituellement proposés (taux d'escarres, taux de réhospitalisation, taux de placement à la sortie, etc.) de la qualité du court séjour d'amont, de la filière, et des possibilités d'aval, dont ces services ne sont pas maîtres. En cas d'utilisation de ces critères, les patients les plus difficiles deviendraient « pénalisants ».

De plus, on connaît peu les informations disponibles dans les structures SSR.

Pour toutes ces raisons, le groupe ARH a estimé qu'un dossier adapté était un premier temps de la démarche qualité. Une étude d'un échantillon de dossiers dans chaque service était donc souhaitée avant mars 2001, mais elle devait être faite par des professionnels extérieurs à l'établissement ayant accès aux dossiers médicaux.

Le service médical de l'assurance maladie, sensibilisé par son enquête GAIN dans les SSR s'est mobilisé pour réaliser cette étude, dans le cadre du programme de travail de l'ARH.

## MÉTHODES

La méthode élaborée, validée dans le groupe mis en place par l'ARH Midi-Pyrénées, a été présentée à l'ensemble des structures concernées avant le début du recueil.

### 1. Champ de l'enquête

Il s'agissait de réaliser l'étude de dossiers dans tous les établissements privés à tarif contractuel assurant des soins de suite et réadaptation, c'est-à-dire les maisons de repos et convalescence, les centres de rééducation fonctionnelle, les maisons d'enfants à caractère sanitaire (en raison de leur spécificité et de la saison, les maisons d'enfants à caractère sanitaire pour cures thermales ont été exclues). Dans la région Midi-Pyrénées, 27 établissements étaient concernés.

### 2. Échantillonnage

Un échantillon de 30 dossiers par établissement a été constitué, sur les séjours qui se sont terminés durant le premier semestre 2000.

Pour pouvoir juger des documents réglementairement présents au dossier lors de la sortie (certains séjours pouvant être très longs, par exemple en centre d'éveil), il a été décidé d'évaluer des dossiers clôturés, voire archivés.

La sélection de ces dossiers a été effectuée à l'aide du logiciel TRIAL assurant un tri aléatoire, sur une liste d'un élément (n° dossier, n° entrée...) permettant de retrouver les séjours terminés dans la période.

### 3. Critères d'analyse

Ils ont principalement été tirés des travaux de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM, devenue Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé ANAES) [7, 8], des dispositions réglementaires du Code de la santé publique relatives au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés (articles R. 710-2-1 à R. 710-2-10), du contrat type tripartite, socle des contrats signés par les établissements avec l'ARH dont l'article 25 définit les documents obligatoires [2].

Enfin, pour les informations spécifiques au thème « soins de suite et réadaptation », il a été fait référence au SROS Midi-Pyrénées [1] ainsi qu'au guide du PMSI SSR [3, 4, 5].

#### 4. Recueil des données

Les variables recueillies sont tirées de la grille d'évaluation, adaptée partiellement, du référentiel ANDEM [7].

Les éléments recueillis sur chaque dossier sont regroupés en trois chapitres (Tableau I) :

- I support et ergonomie du dossier
  - II identification de la personne soignée
  - III informations contenues dans le dossier – 14 items
- La composition du chapitre III a été adaptée au contexte des soins de suite et réadaptation en fonction des points importants du SROS :

- *L'objectif ou finalité du séjour en SSR* d'où découlera la conclusion de ce séjour.

- *Le lien avec l'amont* évalué soit par la présence d'éléments médicaux relatifs à une hospitalisation en court séjour ou argumentant la demande du médecin prescripteur, soit par la démarche du service de soins de suite pour avoir des renseignements (envoi d'une fiche de pré-admission).

- *Le lien avec l'aval* apprécié par un item *bilan social* permettant de mesurer l'attention portée au projet de sortie du patient, quelle que soit l'organisation mise en place, et par la *lettre de sortie*.

Tableau I  
Évaluation de la tenue du dossier en SSR

CRITÈRES D'ÉVALUATION	1	2	3	4	5	SO
<b>I - SUPPORTS</b> ( <i>pochette, examens, dossier médical, infirmier</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>II - IDENTIFICATION DE LA PERSONNE SOIGNÉE</b> ( <i>sur toute pièce du dossier</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>III - INFORMATIONS CONTENUES DANS LE DOSSIER PATIENT</b>						
<b>III-1 L'objectif des soins de suite est noté</b> (= finalité principale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>III-2 Le dossier comporte l'observation médicale initiale et les examens cliniques successifs</b> (et les diagnostics associés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>III-3 Le bilan social est présent, complet</b> Entourage - caractéristique du domicile - prévision de la sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>III-4 Le compte rendu d'hospitalisation en court séjour est présent</b> (ou la demande du médecin traitant argumentée en cas d'entrée directe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>III-5 L'évaluation de l'autonomie est présente</b> A l'entrée - à la sortie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>III-6 Le statut nutritionnel est apprécié</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>III-7 La fiche de rééducation comporte la prescription, l'objectif et les bilans, les comptes rendus de rééducation</b> avec la date, le nom (signature) et la fonction de l'auteur <b>de chaque écrit</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>III-8 Des synthèses intermédiaires multiprofessionnelles en cours de séjour sont formalisées</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>III-9 Le dossier de soins infirmiers est présent et rempli</b> dans le dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>III-10 La prescription médicale initiale</b> reprend le traitement habituel du patient et ses modifications éventuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>III-11 La ou les prescriptions comporte(nt)</b> date, nom et forme galénique, dosage, rythme, durée identification et signature du médecin prescripteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>III-12 La fiche des traitements</b> comporte : les dates et heure du traitement, le nom et la forme galénique et le dosage par prise, le rythme et mode de prise et l'identification de l'infirmière qui a rédigé la fiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>III-13 Le dossier comporte une conclusion</b> de sortie (ou compte rendu ou synthèse de l'hospitalisation) <b>signée</b> par un médecin apte à le faire, avec <b>l'orientation du patient</b> et son <b>état à la sortie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>III-14 La lettre de sortie adressée au médecin traitant est présente</b> , datée au plus tard du jour de sortie, et comporte le double de <b>l'ordonnance de sortie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tableau II  
Évaluation des procédures liées au dossier (*Un remplissage par service*)

IV-PROCÉDURES LIEES AU DOSSIER	1	2	3	4	5	SO
IV - 1 Le classement des différents éléments du dossier médical et l'accès au dossier sont sous la responsabilité d'une personne clairement désignée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV - 2 Les dossiers sont soumis à une procédure de vérification de l'ensemble de leurs pièces avant archivage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV-3 Il existe des procédures écrites permettant d'assurer le secret médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV-4 L'ensemble du dossier contient toutes les données relatives aux différents séjours du patient dans l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• La prise en charge globale de la personne a été mesurée par la validation à l'entrée de la prescription initiale du traitement par le médecin responsable, et par la formalisation de *synthèse multiprofessionnelle*.

• Trois items spécifiques ont été retenus pour base d'un projet de soins de SSR :

– l'évaluation de l'autonomie à l'entrée et à la sortie ;

– l'évaluation du statut nutritionnel [9] ;

– la fiche de rééducation [10].

Ces choix ont été faits avec les professionnels représentant les établissements au sein du groupe ARH (médecin-directeur de maison de repos/maison de régime, médecin-chef d'un centre de rééducation, chef de service de rééducation).

Chaque item a été noté de 1 (*élément manquant*) à 5 (*élément complet lisible*) ou *sans objet* (SO).

Le cumul des points après retrait des « *sans objet* » a abouti à une note par dossier sur 9 (un dossier non retrouvé est noté 0).

Comme dans la grille de base, 4 items recueillis une seule fois par établissement (Chapitre IV) ont évalué les procédures liées au dossier du patient (Tableau II). Ils sont notés de la même façon de 1 à 5 pour une note sur 1. Seules les procédures écrites ont été prises en compte et jointes à la fiche de recueil.

La note par service ou établissement (/10) est formée par la somme de la moyenne des 30 notes par dossier et de la note sur les procédures.

Après formation à l'usage de la grille, le recueil a été effectué sur site par deux médecins-conseils entre le 14 décembre 2000 et le 15 février 2001. Dans l'établissement, après une présentation de l'organisation du dossier, les 30 dossiers sélectionnés ont été notés puis les procédures ont été recensées.

Les constats ont donné lieu à un entretien le jour même avec les responsables des établissements, suivi d'une rétrocession de la note moyenne positionnée dans l'ensemble de la région, avec une synthèse écrite des principales suggestions faites oralement.

Par ailleurs, le diagramme des notes par établissement a été transmis à la caisse régionale d'assurance maladie pour simulation d'impact tarifaire. Un document final récapitulatif a été adressé au directeur de l'ARH.

## RÉSULTATS

Dans les 27 établissements SSR, les patients avaient un dossier, le plus souvent standardisé, et dont l'agencement et la composition étaient en pleine évolution.

### 1. Les moyennes des notes par dossier (sur 9) dans chaque établissement (Tableau III)

Les notes relevées allaient de 3,24/9 à 8,55/9, la médiane régionale étant à 5,87/9.

La note pour chacun des 30 dossiers examinés ne pouvait être nulle car 1 = *information absente* à

Tableau III  
Répartition des établissements selon la note moyenne des dossiers

Note dossier	Effectif	Observations
< à 5	5	<i>Dossier insuffisant, avec des éléments manquants</i>
5 < x < 7	17	Dossier déjà bien organisé, à affiner et compléter
> à 7	5	Démarche qualité sur le dossier, auto-évaluations déjà pratiquées, référentiels connus avant le premier semestre 2000

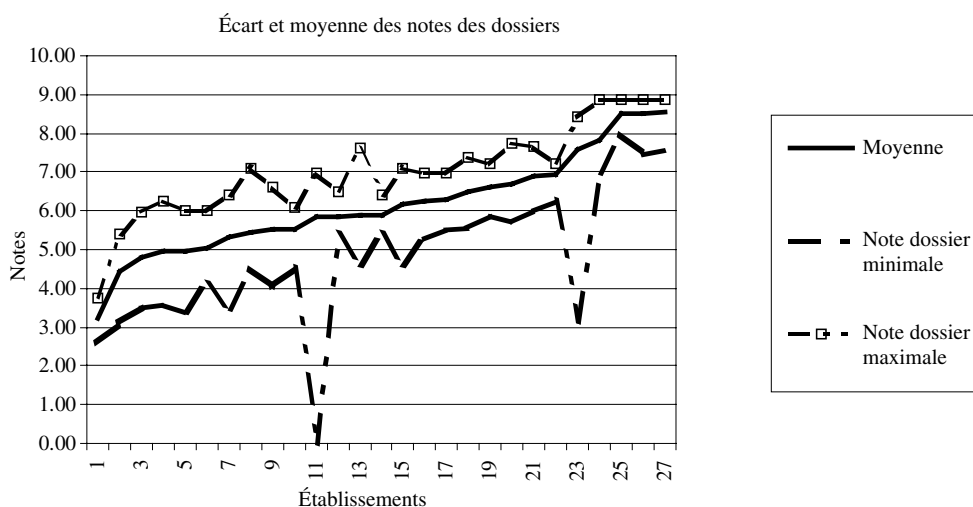


Figure 1. Écart et moyenne des notes des dossiers  
(la note 0 dans un établissement correspond à un dossier non retrouvé malgré un délai de recherche)

chaque item du dossier donne une note à 1,8/9, et 3 à chaque item du dossier donne une note à 5,4/9. L'analyse des notes minimales, maximales, et moyenne des 30 dossiers par établissement, est illustrée par le graphique ci-dessous (Figure 1).

## 2. La note sur 1 point pour les procédures liées au dossier

La note a pris en compte des procédures mises en place au moment du recueil (début 2001). Elle variait de 0,2 à 1 avec une médiane à 0,65.

Cinq établissements n'ont pas abordé de façon suffisante les problèmes de la vérification, de l'archivage, du respect de la confidentialité et du lien entre les différents séjours.

## 3. La note globale par établissement

Elle s'échelonnait de 4,14/10 à 9,55/10, la médiane pour la région était à 6,57 (Tableau IV).

L'échantillon était le même quelle que soit la capacité en lits de l'établissement. En fonction des

classes décrites ci-dessous, on constate une amélioration des notes avec l'augmentation du nombre de lits de l'établissement (Figures 2 et 3).

## 4. Tendances globales selon les items

La majorité des établissements ne formalise pas les synthèses ou la coordination entre les soignants.

L'objectif ou finalité du séjour avec son corollaire la conclusion ne sont pas encore une notion connue et décrite de façon homogène ; par contre la lettre de sortie est un élément quasi constant ; elle est souvent bien faite et complète. Le délai d'envoi au médecin traitant ne peut être apprécié valablement sans une procédure vérifiée (remise au patient le jour de la sortie, par exemple).

## DISCUSSION

### 1. Limites de la méthode

Les traces écrites de la prise en charge sont un reflet certainement imparfait de la qualité des soins,

Tableau IV  
Répartition des notes (moyenne et médiane) selon la catégorie d'établissement

Catégorie d'établissement	Effectif	Note moyenne	Note médiane
Maisons de repos (MRC)	18	6,44	6,30
Centres de rééducation fonctionnelle (CRF)	7	7,71	7,41
Maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisées (MECSS)	2	6,96	–
Ensemble des établissements	27	6,84	6,57

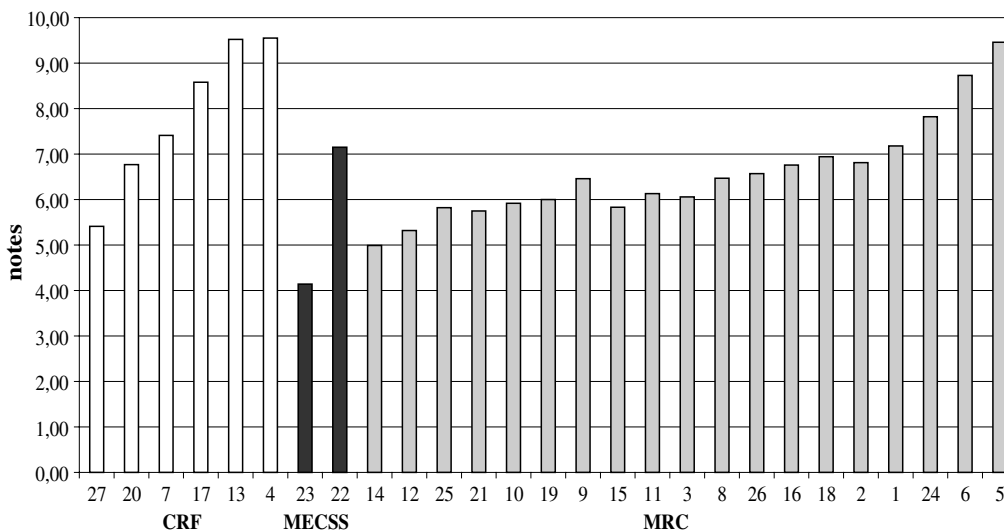


Figure 2. Variation des notes selon la catégorie des établissements (centre de rééducation fonctionnelle CFR, maison d'enfant à caractère sanitaire spécialisées MECSS, maison de repos et de convalescence MRC)

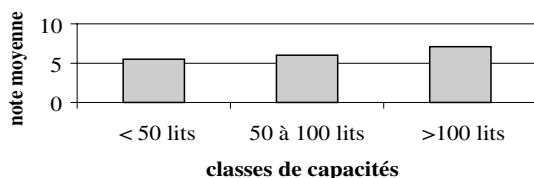


Figure 3. Variation de la note moyenne selon la capacité en lits de l'établissement

l'évaluation du dossier même adapté aux SSR ne permet pas de tirer des conclusions en terme d'évaluation des soins dispensés et de leur pertinence. Cependant, les dossiers manifestement incomplets correspondaient le plus souvent à des hébergements simples.

La capacité des équipes des établissements à tenir le dossier du patient tient à la prise de conscience de l'intérêt de l'écrit pour rendre possible toute évaluation, mais elle est aussi tributaire des effectifs et de l'organisation. Les médecins rencontrés ont souvent abordé cet aspect, évoquant un choix : passer du temps avec le patient ou prendre le temps d'écrire dans le dossier médical.

Le guide de remplissage a essayé de réduire la subjectivité, en indiquant les critères nécessaires pour une note maximum, et en précisant certains moyens d'appréciation. De plus, lorsqu'un critère était difficile à noter, il a été tenu compte de sa cohérence par rapport au cas clinique (par exemple la précision exigible du statut nutritionnel dans une cure d'obésité n'est pas la même que dans une rééducation d'orthopédie programmée d'un sujet jeune).

Le choix a été de répartir le recueil sur des équipes de 2 médecins dont la composition variait. Aucune corrélation n'a été mise en évidence entre les médecins chargés du recueil et les notes.

En cours d'informatisation du dossier, certains établissements ont eu quelques difficultés à présenter un contenu complet. Nous avons tenu compte de l'accessibilité à l'information ; cependant il reste important de concevoir, au moment de cette informatisation, une synthèse pertinente du séjour qui fera l'objet d'un tirage archivé avec les autres éléments papier.

## 2. Validité de la grille

La figure I montre que la tenue des dossiers est plutôt standardisée car l'écart entre note maximale, moyenne, et minimale des dossiers varie peu.

L'approche de l'accréditation a entraîné une réflexion active sur le dossier du patient. Les dossiers types mis en place après la période de référence de l'enquête répondent en partie à certaines suggestions que nous avons pu faire. De même, pour quelques établissements, la note sur les procédures gomme partiellement les manques constatés dans les dossiers clôturés lors du premier semestre 2000.

La grille de recueil s'avère adaptée au contenu des dossiers.

### a) Notion de sans objet (SO)

Certains items pouvaient être notés SO (Tableau I). Lorsqu'une sélection des patients se fait en amont de l'établissement (condition affichée connue des

prescripteurs) sur des critères tels qu'*autonomie*, *bilan social*, et *statut nutritionnel* (par exemple : établissement n'accueillant que des patients autonomes), nous avons admis de le coter « sans objet ».

De même, la prescription initiale peut être sans objet (cure pour obésité infantile).

En l'absence de critère objectif (bilan social ou poids/indice de masse corporelle), une prise en charge spécifique prescrite par le médecin et mise en œuvre par le personnel a été considérée comme justifiée bien que non argumentée. L'absence de prescription devait-elle entraîner une note « sans objet » ? N'y a-t-il jamais d'oubli ou d'erreur d'évaluation ? La clarté de l'observation médicale tant à l'entrée que lors du suivi du séjour reste un élément capital pour apprécier l'attention au patient et à la coordination des différents intervenants.

La catégorie d'établissement (maison de repos ou centre de rééducation fonctionnelle ou maison d'enfants) influence en partie la tenue du dossier ; les centres de rééducation fonctionnelle apparaissent comme plus rigoureux dans cette enquête ; ceci est sans doute lié au fait que la pluridisciplinarité de l'équipe nécessite une coordination déterminante pour la prise en charge optimale du patient.

### b) Discussion de la valeur relative de chaque item

En fonction de l'intérêt de chacun pour tel ou tel point, il aurait pu apparaître nécessaire de détailler ou de pondérer certains items, leur donnant plus de valeur au sein de la note de chaque dossier. Les médecins pourraient estimer que l'observation médicale est un élément primordial dont devrait dépendre la moitié de la note, les infirmières estimeraient quant à elles que c'est le dossier infirmier, et ainsi de suite pour les différents intervenants, y compris la direction dont dépend le support, l'identification et l'ergonomie du dossier.

La grille apparaît comme équilibrée : 7 items dépendent directement ou indirectement de l'implication médicale, 5 items dépendent de l'implication des infirmières et aides-soignants, 5 items pouvaient être gérés par l'une ou l'autre des catégories d'intervenants en fonction de l'organisation interne. Ce sont des items spécifiques aux SSR. Enfin 3 items reflètent, en plus du contenu, l'implication des secrétaires ou agents administratifs.

Tous peuvent intervenir dans les synthèses pluriprofessionnelles, mais la coordination de la prise en charge globale du patient est assurée par le médecin. L'absence de formalisation dans la majorité des établissements ne permet pas de l'apprécier.

Les éléments manquants dans les dossiers jugés insuffisants (note < 5/9) étaient parfois réglementairement obligatoires. Délibérément, le choix était celui de l'évaluation et de la pédagogie. Le groupe ARH a déterminé le suivi pour les 5 établissements qui n'atteignent pas cette note.

Il y a un équilibre à trouver entre standardisation permettant de quantifier et souplesse face aux spécificités. La grille a permis de s'adapter à la diversité des services, tout en fournissant une appréciation quantitative. La modification de quelques items permet effectivement de mesurer la prise en compte d'objectifs tels que ceux définis dans un SROS.

Dans l'ensemble, l'enquête a été vécue plutôt comme une aide que comme un contrôle, et le dialogue a le plus souvent été fructueux. On constate que la notion de démarche qualité est souvent effective. Un effort certain a été fait depuis l'enquête GAIN SSR (1995) et le SROS (1998) sur les admissions, par la mise en place de fiche de pré-admission et la recherche d'éléments médicaux permettant de confirmer l'adaptation du malade à la structure.

Chaque établissement connaît les insuffisances constatées, il lui appartient de réfléchir à la réponse à apporter qui, au-delà du document écrit, peut être en lien avec l'organisation de la prise en charge elle-même.

Pour l'ARH de Midi-Pyrénées, l'incitation à la prise en charge globale du patient en SSR après un court séjour souvent spécialisé, doit se poursuivre. On constate une attention pour les liens avec l'amont et l'aval, qui permet une meilleure orientation des patients dans l'offre de soins de suite.

Cependant, cette étude ne peut prétendre aborder la pertinence et la qualité des soins.

Le dialogue sur les améliorations envisagées, sur les outils à mettre en place, sur l'importance des points en lien avec le SROS est certainement plus important sur le plan pédagogique que la valeur absolue de la note.

## RÉFÉRENCES

1. Agence régionale de l'hospitalisation de Midi-Pyrénées. Schéma régional d'organisation sanitaire de la région Midi-Pyrénées 1999-2004. Toulouse ; 1999.
2. Ministère du Travail et des Affaires sociales, Caisses nationales d'assurance maladie, Organisations syndicales nationales représentant les établissements. Contrat national tripartite de l'hospitalisation privée. BO Ministère des Affaires sociales 7 juin 1997.
3. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Manuels des groupes homogènes de journées PMSI Soins de suite ou réadaptation. Volume 1 : principes de construction de la classification B.O.1997 97/8bis.

4. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. *Manuels des groupes homogènes de journées PMSI Soins de suite ou réadaptation. volume II : description de la classification BO 1997 97/8bis.*

5. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. *Guide méthodologique de production des résumés hebdomadaires standardisés PMSI Soins de suite ou réadaptation. BO 1997 97/5bis.*

6. Inspection générale des Affaires sociales. *Rapport sur les établissements de rééducation fonctionnelle ; 1994 rapport n° 94 030 code mission SO/HO/EQ/90.*

7. Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale. *Évaluation de la tenue du dossier du malade. L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Paris : ANDEM ; 1995.*

8. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. *Manuel d'accréditation des établissements de santé. Paris : ANAES ; 1999.*

9. *Évaluation de la tenue du dossier du patient en collaboration avec l'ANAES. Bondigoux : Clinique du Château de Vernhes ; 1999.*

10. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. *Le dossier du patient en masso-kinésithérapie. Paris : ANAES ; 2000.*