

De l'admission à la sortie de l'utilisateur

Table des matières

I. Entrée	3
A. Entrée : ses caractéristiques	4
B. Différents types d'entrées en fonction de critères.....	6
C. Documents nécessaires pour l'entrée / admission.....	7
II. Exercice : Quiz	8
III. Déroulement de la phase ou l'étape	9
A. Composition du déroulement	9
B. Quelques tâches du professionnel de la section sanitaire et social	10
IV. Exercice : Quiz	10
V. Sortie	11
A. Caractéristiques de la sortie	11
B. Différents types de sorties	11
C. Documents nécessaires à la sortie	12
D. Organisation du suivi après la sortie.....	13
VI. Exercice : Quiz	14
VII. Identivigilance : condition indispensable durant toute étape	14
VIII. Auto-évaluation	16
A. Exercice	16
B. Test.....	16
Solutions des exercices	17

I. Entrée

Contexte

Le parcours de soin est multiple, multiforme et multi-lieux. Ce parcours se décompose en une ou plusieurs phases. Celles-ci s'enchaînent dans le temps. Chacune d'entre elles est constituée d'une entrée, d'un déroulement et d'une sortie.

Il peut s'agir d'une consultation, d'un acte de soin médical et/ou paramédical, d'un examen, de l'administration d'un traitement, d'une entrée et sortie d'une structure médico-sociale (EHPAD, foyer pour personnes handicapées), d'une hospitalisation :

- En ambulatoire ou sur plusieurs jours,
- Programmée ou non programmée (séjour, durée de l'hospitalisation),
- À domicile HAD (Hospitalisation À Domicile) Vous serez souvent le premier et le dernier **interlocuteur** de l'usager. Garant de l'exactitude des informations à collecter, de leur confidentialité et de leur enregistrement : vous allez concourir à la sécurité des données collectées, leur actualisation en utilisant à bon escient le système d'information informatique.

La collecte de ces informations est régulière.

Vous aurez la responsabilité des documents nécessaires à recueillir, de la constitution du dossier, de son actualisation (maintien à jour) ainsi que des documents remis à la sortie.

La qualité de votre accueil (entrée et/ou sortie) et votre communication sont des clés de voûte dans le parcours de soin de l'usager.

Quelles sont les **compétences, tâches** du professionnel médico-social afin qu'il puisse assurer la prise en charge médicale, administrative et sociale lors de cette phase ?

Compétences et tâches mises en jeu :

ENTRÉE :

- Qualité de l'accueil,
- Constitution du dossier (documents réglementaires et complémentaires),
- Vérification identité, impression et mise en place de l'identitovigilance,
- Informations sur le séjour ou passage, les points clés.

SÉJOUR :

- Le séjour, les événements importants et les informations à actualiser,
- Les comptes rendus d'examen, d'hospitalisation.

SORTIE :

- La sortie : les caractéristiques,
- Informer la personne des suivis et/ou démarches à mettre en place selon la phase,
- Restituer les documents, donner ceux pour le suivi (comptes rendus d'examens, d'hospitalisations, de traitements, etc.),
- Établir la facture pour le paiement / ou remboursement.

Exemple : une usagère munie d'une prescription médicale vient pour faire un test de grossesse. Il s'agit d'une première visite dans ce laboratoire. Le professionnel du secteur sanitaire et social va lui demander sa carte vitale, son attestation de mutuelle. Il va **entrer** dans le système informatique les informations essentielles : nom, prénom date de naissance, sa ville de naissance, son adresse. Il va scanner l'ordonnance et remettre à la personne des codes personnels pour qu'elle puisse consulter ses résultats par internet ou qu'elle puisse téléphoner en précisant un code et les éléments de son identité pour connaître le résultat.

Ensuite, il va créer des étiquettes pour identifier ce prélèvement. Une technicienne va effectuer la prise de sang en rappelant les modalités pour accéder aux résultats. L'analyse sera faite et les résultats vont être interprétés par un biologiste.

La sortie correspond à la prise de connaissance des résultats de l'utilisateur par internet, par appel au laboratoire ou par courrier. Dans chacun des cas, le professionnel a eu, a et aura un rôle à jouer.

Vous allez découvrir votre rôle primordial dans une étape du parcours de soin de l'utilisateur. Votre vigilance dans les actions sur les données de l'utilisateur a un impact très important dans le maintien en santé de l'utilisateur.

A. Entrée : ses caractéristiques

Définition L'entrée ou admission

L'admission est une entrée prévue, une présentation sans rendez-vous ou une entrée en urgence.

Elle correspond à l'entrée administrative de l'utilisateur et va permettre son enregistrement dans un système d'information de type informatique. L'utilisateur, personne physique, va être associé à un identifiant unique. Cette identification est primordiale pour garantir la sécurité des informations, des soins, des traitements, mais également pour permettre la tarification des soins.

L'étape ou l'événement dans le parcours de soin sera lui-même codé, nommé et associé à l'utilisateur (s'inscrit dans son parcours)

Dans le système informatique

Cette entrée peut correspondre à une **création** : l'utilisateur n'a pas d'identifiant et n'est pas encore connu de la structure (création d'un dossier).

Mais elle peut également être **la réactivation** de l'identifiant de la personne (associé à un dossier) déjà enregistrée dans le système d'information. Il s'agit d'une nouvelle admission pour une nouvelle étape du parcours.

Toutes les informations concernant l'utilisateur vont être stockées et protégées. Certaines d'entre elles seront immuables, ce sont les éléments de l'identité de la personne (date et lieu de naissance, etc.), d'autres peuvent évoluer tout au long de la vie et du parcours de santé (nom, prénom, etc.).

Elles seront modifiables et consultables par des professionnels de santé, du secteur sanitaire et social.

Dans une prochaine étape, des éléments vont enrichir les données stockées dans le système d'information informatique.

L'ensemble constituera le dossier de l'utilisateur (informations personnelles, les éléments des actes de santé, des soins, des consultations).

Complément Dossier

S'il s'agit d'une toute première entrée dans la structure (hôpital, consultation chez un médecin), l'entrée va activer la création d'un nouveau dossier.

S'il s'agit d'une nouvelle entrée dans cette même structure, l'utilisateur a un dossier déjà constitué. L'entrée de cette étape va venir enrichir le dossier.

Lors d'une nouvelle entrée, dans ce même établissement, l'utilisateur aura un dossier constitué. Et cette nouvelle étape dans son parcours enrichira son dossier.

Conseil Notion : entrée/ admission/enregistrement

Dans le domaine professionnel, les termes « *entrée* » ou « *admission* » désignent souvent la même notion. L'enregistrement des données dans le système informatique valide l'entrée dans la structure et permet le suivi de l'usager durant le déroulement de l'étape jusqu' à la sortie.

Attention Différence entre usager, identifiant, personne physique

Tout usager est identifié par différents critères : le nom de famille, le numéro de sécurité sociale, etc.

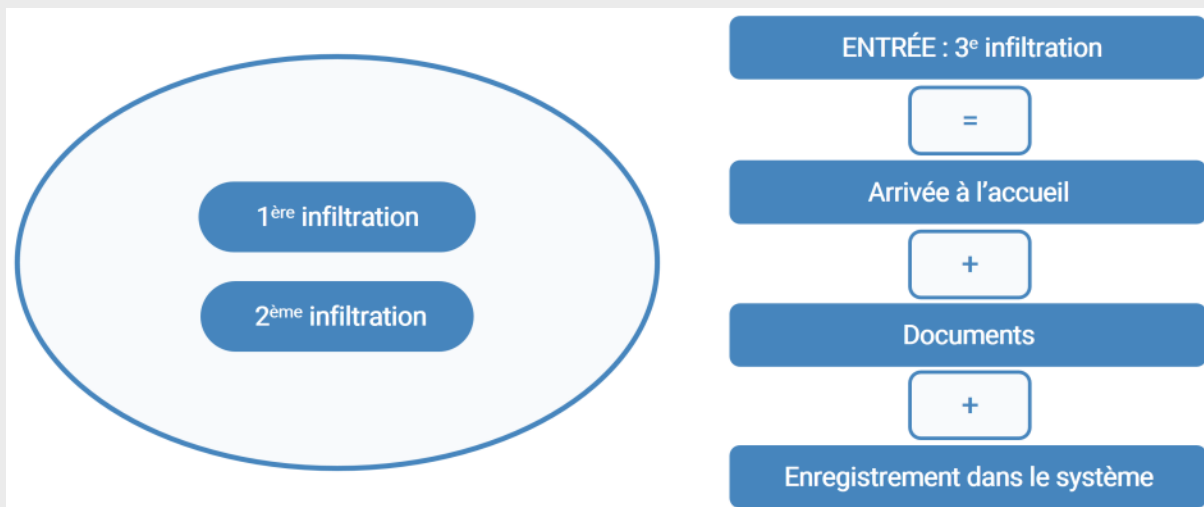
L'usager est une personne physique définie par son nom de famille, son prénom, sa date de naissance, son lieu de naissance, son numéro de carte vitale, etc. Elle est identifiée avec ces différents critères.

L'identifiant unique correspond à un code le plus souvent chiffré ou code barre et est associé à un usager (personne physique).

Exemple Clinique des Champs Fleuris exemple 1

Mme Lyoc doit être hospitalisée à la clinique des Champs Fleuris dans le service ambulatoire. Elle souffre de douleurs chroniques au dos et doit recevoir une infiltration. Elle est connue, car il s'agit de sa 3^e infiltration. Lorsqu'elle se présente à l'accueil du service, l'AMS lui demande son identité, ainsi que les pièces obligatoires : la carte vitale, etc. Son dossier étant déjà créé, il s'agit d'une entrée pour cette étape dans le parcours de soin de Mme Lyoc. Son entrée est validée par sa présence et son enregistrement dans le système d'information. Les conditions sont réunies : elle va recevoir son infiltration.

Mme Lyoc Dossier Identifiant : L070875

**Exemple** L'EHPAD Victoria exemple 2

Une personne âgée fait son entrée dans une maison de retraite, elle ou ses proches vont réunir des pièces, remplir des documents administratifs pour valider son entrée et établir un contrat de séjour l'enregistrer ainsi comme résidente.

En retour, le professionnel médico-social remet à la personne ou à ses proches des papiers officiels (le contrat) et informatiques.

Il continuera d'être un lien fort entre la personne (ou sa famille) et l'administration de la structure (courrier, paiement mensuel du séjour, accompagnement de la mise en place de prestations sociales).

B. Différents types d'entrées en fonction de critères

Les différents types d'entrées / admission selon la structure

Le type d'entrée dépend du type de structure et du mode de séjour (ou temps de passage) :

- Un cabinet libéral médical (médecin, dentiste, spécialiste),
- Un cabinet paramédical (infirmier, kinésithérapie, orthophoniste, pédicures-podologues, etc.),
- Un centre de consultations,
- Un centre d'examen,
- Un hôpital (privé ou public), une clinique,
- Une structure d'accueil : EHPAD, Résidence autonomie, MAS, Foyer pour personnes handicapées, établissement de cure à thèmes (thermales, amaigrissement, respiratoire).

Attention La prise de rendez-vous (RDV) différent d'une entrée

La prise de rdv peut se faire sur une plate-forme :

Le professionnel du secteur sanitaire et social prend des rdv, rentre des usagers pour plusieurs praticiens ou centres ou cabinets à l'avance. Cet enregistrement se fait via un système informatique (logiciel interne à la structure et partagé par des professionnels). Même si l'utilisateur est enregistré, seule sa présence lors d'actes médicaux ou de soins et leurs réalisations validera l'entrée, donc l'admission.

Si l'utilisateur ne se présente pas, il peut être enregistré mais pas admis !

Il y a quelques années encore, les rdv se prenaient sur un agenda, cette habitude a tendance à disparaître au profit des systèmes d'informations informatiques qui permettent la traçabilité et donc la sécurité.

Les différents type d'entrée/ admission le temps passé

Une étape peut durer de quelques minutes à plusieurs heures, demi-journées, jours, semaines, mois ou années.

Les étapes courtes sont les suivantes : une consultation, un pansement au cabinet infirmier, un examen dans un centre d'analyse biologique, etc.

Les étapes d'une à 24 heures : hospitalisation dans un service ambulatoire, accueil de jour (dans un centre mémoire, un Pôle d'Activités de Soins Adaptés (PASA).

Les étapes plus longues (quelques jours à plusieurs semaines) : accueil temporaire ou définitif en maison de retraite, hospitalisation en service de rééducation (plusieurs semaines).

Une entrée d'une hospitalisation

L'entrée à l'hôpital correspond à l'admission dans un établissement de santé (un hôpital public, privé, une clinique).

Elle est souvent prévue lors d'un rendez-vous, après une consultation.

Il existe parfois une pré-admission avec un service en ligne. L'utilisateur peut renseigner les informations, enregistrer des documents, solliciter des services et des conditions (chambre individuelle, téléphone, internet, télévision, etc.).

L'admission sera facilitée, plus rapide. Elle sera effective lors de la validation de l'hospitalisation lorsque l'utilisateur sera présent et l'enregistrement dans le système d'information.

Si celle-ci a lieu en urgence (passage aux urgences : transport par les pompiers, le SAMU, ou les moyens de l'utilisateur), l'hospitalisation peut être le seul passage aux urgences, mais elle peut se poursuivre par une orientation vers un service spécialisé en fonction de l'état de santé de l'utilisateur (les symptômes, la pathologie, le pronostic vital).

La volonté de l'utilisateur est un critère important lors d'une hospitalisation. L'utilisateur choisit, accepte et consent à sa prise en charge.

Attention Cas particulier de l'hospitalisation en psychiatrie

Certaines hospitalisations en psychiatrie sont soumises à une décision de justice et médicale allant souvent à l'encontre de la volonté de l'utilisateur.

Un juge des libertés décidera en fonction de certificats médicaux décernés par un médecin du maintien ou de la levée de l'hospitalisation.

Exemple : hospitalisation à la demande d'un tiers ou à la demande d'un représentant de l'état.

Attention Cas particulier de l'hospitalisation d'un mineur

L'hospitalisation d'un mineur est un cas particulier. Il faudra l'autorisation parentale pour procéder à des actes et des soins. Cette autorisation est souvent écrite (elle peut être anticipée).

Exemple Cas particulier de l'hospitalisation d'un mineur

Au début de l'année scolaire, Raphaël est entré en classe de 5^e. Ses parents qui détiennent l'autorité parentale ont signé un document qui autorise l'établissement à prendre les décisions concernant l'état de santé de Raphaël si toutefois ses parents ne pouvaient pas être joints dans une situation d'urgence.

C. Documents nécessaires pour l'entrée / admission

Les documents essentiels

Les documents exigés peuvent différer d'un établissement à l'autre. Certains partagent le même système d'information alors que ce sont des structures différentes.

Les documents les plus demandés sont :

- Une pièce d'identité avec photo et en cours de validité (passeport, carte nationale d'identité, permis de conduire), un titre de séjour,
- Une carte vitale (à défaut une attestation à jour),
- Une carte de mutuelle (à défaut une attestation de complémentaire santé),
- Un justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture électricité, de gaz, de téléphone, etc.).

Les documents particuliers selon le type d'utilisateur

- Un mineur,
- Un ressortissant étranger de l'Union Européenne (UE),
- Un ressortissant étranger hors Union Européenne.

Les documents particuliers selon la situation de l'utilisateur

- En cas d'accident de travail,
- En cas de maladie professionnelle,
- En cas de maladie de longue durée,
- Une femme enceinte,
- Un bénéficiaire de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé,
- Ancien combattant ou pensionné de guerre (carnet de soins pour les bénéficiaires de l'article L115).

Les documents complémentaires, mais nécessaires

- Les prescriptions en cours du médecin traitant, des médecins spécialistes,
- Les résultats d'examens : sanguins, radiographies, etc.
- Une carte de groupe sanguin,
- Le carnet de santé, de maternité.

Certains documents ou données sont à renseigner

Pour valider l'admission, certains documents sont obligatoires, sans eux il sera difficile d'effectuer l'admission, sauf cas d'urgence (surtout lors d'une hospitalisation).

Des renseignements sont essentiels :

- La désignation de la personne à prévenir,
- La désignation de la personne de confiance,
- Les numéros de téléphone peuvent changer d'une étape à l'autre (entre 2 hospitalisations, entre 2 consultations).

Des données peuvent être essentielles à connaître :

- La date des dernières règles lors d'un test de grossesse,
- Demander si la personne est bien à jeun pour une opération en ambulatoire,
- Connaître le type de traitement pour faire un dosage de médicament.

Les documents remis à l'utilisateur lors d'une hospitalisation

L'utilisateur va recevoir :

- Un descriptif sur la structure, ses offres de soins, d'hébergement,
- Un dépliant contenant la charte de la personne hospitalisée, de son parcours de soin,
- Un bracelet et le bulletin d'hospitalisation.

Attention Le bulletin d'hospitalisation

Un document appelé « *bulletin d'hospitalisation* » est remis à l'utilisateur par le service des admissions.

Ce document essentiel nommé aussi bulletin de situation sert de justificatif auprès de la caisse d'assurance maladie. Il fait fonction d'un arrêt de travail d'une durée de 15 jours. L'utilisateur doit l'envoyer :

- À son employeur ou à Pôle Emploi (si l'utilisateur est au chômage),
- À la caisse d'assurance maladie dans les 48 h déclenchera le versement des indemnités journalières,
- Si l'utilisateur ou ses proches ne peuvent effectuer cette démarche. L'hôpital le fera.

Il est à renouveler et à renvoyer tous les 15 jours.

Exercice : Quiz

[solution n°1 p.19]

Question 1

Une phase a-t-elle 3 étapes ?

- Vrai
- Faux

Question 2

Aucun document n'est demandé lors de l'admission.

- Vrai
- Faux

Question 3

Le bulletin d'hospitalisation équivaut à un arrêt de travail d'une durée de 21 jours ?

- Vrai
- Faux

Question 4

Une admission peut être une décision de justice allant à l'encontre de la volonté de l'usager.

- Vrai
- Faux

Question 5

L'admission d'un ressortissant d'un autre pays dans un établissement ou une structure est strictement interdite.

- Vrai
- Faux

III. Déroulement de la phase ou l'étape

A. Composition du déroulement

Le déroulement selon la structure et le temps

Le déroulement peut durer de quelques minutes à plusieurs semaines ou plusieurs années. Le professionnel de santé va procéder à des actes et des soins. La prochaine étape sera la sortie.

Exemple Le déroulement dans un cabinet médical

M. SAUVET, 86 ans, vient tous les 3 mois pour une visite à son médecin traitant. Le docteur BONSI suit son patient depuis 25 ans. Lors de la consultation dans son cabinet, il va l'ausculter, mesurer sa pression artérielle, étudier les résultats biologiques. Il va prescrire des médicaments, un examen biologique et prodiguer des conseils hygiéno-diététiques pour stabiliser durablement le diabète de son patient.

Exemple Le déroulement dans un centre de radiologie

Mme PINCAZ est en salle d'attente, elle a 42 ans. Elle a été enregistrée à l'accueil par le professionnel du secteur sanitaire et social. Elle doit passer 2 examens : une radio de sa cheville suite à une foulure et une mammographie (examens prescrits par son médecin traitant). Le manipulateur va effectuer les 2 examens. Mme PINCAZ va attendre en salle d'attente les résultats.

Exemple Le déroulement dans la clinique privée « Les primevères »

M.DEFAUT suite à une chute de vélo, a été admis à la clinique. Il a souffert d'une fracture qui a été opérée il y a 2 jours. Les suites opératoires sont excellentes. Sa sortie est prévue le lendemain. Il a une prise de sang, une opération, plusieurs radios.

B. Quelques tâches du professionnel de la section sanitaire et social

Les compétences et les tâches

Les compétences et les tâches mises en œuvre lors du déroulement de l'étape dépendent du type d'étape. Le professionnel du secteur sanitaire et social peut ne pas intervenir ou bien réaliser un ensemble de tâches :

- La réalisation, la rédaction de comptes rendus d'examens, de consultations, d'hospitalisation, l'entrée des éléments, etc.
- Actes de soins, médicaux dans le système informatique,
- Renseigner, rassurer l'utilisateur.

Exemple Le déroulement dans un cabinet médical

Le professionnel du secteur médical pourra donner les documents à la sortie de la consultation (carte vitale, prescription et fascicule pour les règles hygiéno-diététiques). Il fixera un RDV dans 3 mois à M. SAUVET.

Le déroulement dans un centre de radiologie

Le professionnel du secteur médical rendra les résultats d'examens, rédigera sous la dictée du médecin radiologue le compte rendu. Il remettra ses documents à l'utilisateur et transmettra les résultats par courrier ou mail au praticien prescripteur.

Exemple Le déroulement dans la clinique privée « Les primevères »

A sa sortie, M. DEFAUT recevra un bon de sortie, un compte rendu d'hospitalisation, des prescriptions, un arrêt de travail (prescrit par le chirurgien). Un RDV avec le chirurgien sera pris pour le contrôle après ablation du plâtre.

Exercice : Quiz

[solution n°2 p.19]

Question 1

Le déroulement est différent selon la structure ?

- Vrai
- Faux

Question 2

Le déroulement dure très peu de temps ?

- Vrai
- Faux

Question 3

Le professionnel peut n'avoir aucune tâche à effectuer ?

- Vrai
- Faux

Question 4

Le seul type de tâche du professionnel est la rédaction des comptes rendus.

- Vrai
- Faux

Question 5

La communication avec l'utilisateur est très importante même au cours de l'étape.

- Vrai
- Faux

V. Sortie

A. Caractéristiques de la sortie

Définition	La sortie
-------------------	------------------

La sortie correspond au classement administratif de l'utilisateur pour une étape. Il va permettre l'enregistrement de la sortie du système d'information. Cette sortie correspond à une fermeture de l'étape. Elle sera suivie de l'archivage dans le système d'information. Si l'utilisateur fait une nouvelle entrée, il sera connu et son dossier sera réactivé et cette étape s'inscrit dans le parcours de soin.

Cette sortie va permettre la facturation des actes médicaux, des soins, des examens lors d'une hospitalisation ou bien la facturation d'un examen, d'un ensemble de soins, d'une consultation dans une autre structure qu'un hôpital.

B. Différents types de sorties

Les sorties dépendent du type de structure, du temps de l'étape

Le type de sortie dépend du type de structure et du mode de séjour ou temps de passage (de quelques minutes à plusieurs années) :

- Un cabinet libéral médical (médecin, dentiste, spécialiste),
- Un cabinet paramédical (infirmier, kinésithérapie, orthophoniste, pédicures-podologues, etc.),
- Un centre de consultations,
- Un centre d'examen,
- Un hôpital (privé ou public), clinique,
- Une structure d'accueil : EHPAD, Résidence autonomie, MAS, Foyer pour personnes handicapées, établissement de cure à thèmes (thermales, amaigrissement, respiratoire).

Exemple Une sortie d'un EHPAD

Cas de Mme Violet à l'EHPAD du Chèvrefeuille à Montpellier.

Elle est résidente dans cette structure depuis février 2018 à la suite d'une perte d'autonomie. Ses enfants ont préféré la placer pour éviter les chutes à domicile. Ces derniers temps, elle était fatiguée, avait arrêté de s'alimenter. Hier, elle est décédée dans son sommeil.

La sortie de l'établissement est caractérisée par le décès de Mme Violet.

Elle sera définitive quand les enfants libéreront la chambre des affaires personnelles de celle-ci.

La facture de l'hébergement et des soins sera établie lorsque les enfants auront repris les affaires de leur mère (et aux paiements de la dernière facture).

C. Documents nécessaires à la sortie

Les documents pour établir la sortie et à remettre à l'utilisateur

Lors d'une sortie, d'une consultation, d'un examen, d'un cabinet paramédical, d'une étape simple, les **documents nécessaires à la sortie sont peu nombreux** :

- La carte vitale ou attestation. L'acte ou le soin sera télétransmis à la caisse primaire d'assurance maladie de l'assuré si la carte est à jour et si la télétransmission est possible.
Sinon, il sera délivré à l'assuré une « *feuille de maladie* ». Il fera parvenir celle-ci par courrier (en l'envoyant à sa caisse d'assurance maladie) ou par mail sur l'espace personnel de son compte Ameli.
- La carte de la mutuelle va permettre d'établir la part à régler pour l'utilisateur. Il sera par la suite remboursé de cette somme. Et la carte lui sera restituée.
- Un moyen de paiement (pour régler la part non prise en charge par la sécurité sociale).

Les documents remis peuvent être :

- Des prescriptions de traitements pharmaceutiques,
- Des prescriptions de soins de rééducation (kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie),
- Des prescriptions d'examens (radiographies, examens biologiques, scanner, etc.), des résultats d'examens,
- Des prescriptions de soins infirmiers,
- Un arrêt de travail,
- Une demande d'affection de longue durée,
- Une feuille de maladie,
- Des lettres pour des confrères médecins intervenant dans la prise en charge de l'utilisateur.

Cette liste n'est pas exhaustive.

Les documents spécifiques nécessaires pour établir la sortie d'hospitalisation

- Le bon de sortie est un document délivré par la structure à l'utilisateur. Il devra l'envoyer à sa caisse d'assurance maladie. L'arrêt de travail prend fin à la date inscrite sur le bon de sortie. Si l'état de santé de l'assuré le nécessite, un médecin délivrera un nouvel arrêt de travail (lui aussi à adresser à son employeur et à sa caisse d'assurance).
- Les ordonnances pour les praticiens pour le suivi, les paramédicaux, etc.
- **Le document de sortie d'hospitalisation.**

Complément Le document de sortie d'hospitalisation

Ce document comporte les principaux éléments synthétisés du séjour du patient. Il assure la continuité des soins entre l'hôpital et les soins en ville, entre deux structures. Il sera remis à l'usager à sa sortie, aux professionnels de santé chargés du suivi en ville, à une autre structure de soins lors d'un transfert et sera inscrit dans le Dossier Médical Partagé (DMP) s'il existe.

Il est constitué du Compte Rendu d'Hospitalisation (CRH) remis lors de la sortie ou 8 jours après la sortie dans une version complétée.

Il se compose de :

- Rubriques obligatoires (le motif d'hospitalisation, la synthèse médicale du séjour, les actes techniques, les examens, les traitements médicamenteux, la suite à donner).
- Rubriques complémentaires (les antécédents, les événements indésirables, mode de vie, histoire de la maladie, évolution dans le service). Le choix de celles-ci est laissé à la discrétion des auteurs pour favoriser le lien entre l'hôpital et la ville.

Dans les rubriques complémentaires, « *la suite à donner* » est constituée par **le volet continuité des soins**. Il s'agit de l'anticipation des prochaines étapes du parcours de soins de l'usager.

Le paiement selon la situation

Les frais d'hospitalisations sont pris en charge à 80 % par l'assurance maladie. Elle détermine les tarifs des actes et donc les frais d'hospitalisation.

Certains frais restent à la charge de l'usager. Ils peuvent être pris en charge par une complémentaire santé :

- Le montant du ticket modérateur est la somme des dépenses de santé qui reste à régler. Il s'agit des dépenses non prises en charge par l'assurance maladie.
- Le forfait hospitalier est une participation financière aux frais d'hébergement et d'entretien et est facturé pour chaque jour du séjour.
- Les suppléments : une chambre individuelle, la télévision, etc.
- Les dépassements d'honoraires : certains praticiens facturent des dépassements d'honoraires pour les actes médicaux et les suivis.

D. Organisation du suivi après la sortie

Le transport pour la sortie

L'usager va rentrer à son domicile ou se rendre dans une autre structure.

Il peut s'y rendre par ses propres moyens (transport personnel) ou bénéficier d'une prescription médicale pour un taxi conventionné, d'un véhicule sanitaire léger ou d'une ambulance.

Ce sera au professionnel médico-social d'assurer la réservation de ce transport, de vérifier la venue et de s'assurer que les ambulanciers (que la personne a bien une prescription médicale).

La suite : organiser le suivi des soins

Le programme d'accompagnement du retour à domicile (le PRADO) est un service proposé par Améli, l'assurance maladie. Il a pour objectif de prévoir les besoins du patient lors de son retour à domicile après une hospitalisation :

- La maternité (généralisé depuis 2012),
- La chirurgie orthopédique (généralisé en 2014),
- L'insuffisance cardiaque (depuis 2013),
- La BPCO (2015).

Depuis 2018 plus de 540 000 ont bénéficié du service. Celui-ci est ouvert aux usagers victimes d'un AVC et aux personnes âgées de plus de 75 ans.

Exercice : Quiz

[solution n°3 p.20]

Question 1

Une sortie de l'usager efface l'existence de celui-ci (via son identifiant) du système d'information.

- Vrai
- Faux

Question 2

La carte vitale est obligatoire pour une sortie.

- Vrai
- Faux

Question 3

L'arrêt maladie est arrêté à la remise du bon de sortie ?

- Vrai
- Faux

Question 4

Le forfait hospitalier est une participation financière obligatoire.

- Vrai
- Faux

Question 5

Le document de sortie d'hospitalisation est le compte rendu hospitalier remis à l'usager.

- Vrai
- Faux

VII. Identitovigilance : condition indispensable durant toute étape

Définition L'identitovigilance

L'identitovigilance est l'identité d'une personne physique et sa représentation administrative.

Elle est l'identification fiable et unique du patient lors d'une étape ou de toutes les étapes du parcours de soin de l'usager. Il s'agit d'une vigilance réglementaire.

Elle permet le passage de l'identification clinique à l'identification administrative nécessaire à la facturation.

Elle permet à chaque instant de chaque phase de vérifier et d'affirmer avec certitude l'identité de l'usager et son besoin en soin.

À chaque fois qu'un élément concernant l'utilisateur doit être enregistré, modifié, annulé ou simplement consulté, les utilisateurs devront être attentifs et vérifier systématiquement l'identité (via l'identifiant et d'autres éléments).

Fondamental L'utilité de l'identitovigilance

Elle permet :

- **La sécurisation** (protections) des données, l'accès aux informations personnelles et essentielles de l'utilisateur, leur vérification, leur modification,
- Vérifier à tout moment de l'étape l'identité de l'utilisateur,
- La continuité des soins,
- **D'éviter les erreurs.**

Exemple Mme DUPRE aux urgences de St Camille à Bry sur Marne

Mme Dupré est arrivée aux urgences, accompagnée des ambulanciers. Elle vit à l'EHPAD « *des Istres* ». Elle est amenée car elle présente des signes d'occlusion intestinale. Elle est incapable de communiquer, car elle est atteinte d'une démence de type Alzheimer. Elle ne répond pas quand l'infirmière des urgences l'appelle. Pour éviter les erreurs, elle va porter un bracelet d'identification.

Risque en cas d'erreur

Une faible fiabilité dans le système d'information risque de provoquer :

- Une erreur administrative (mauvaise identification, usurpation, un dossier pour 2 personnes),
- Une erreur médicale (erreur de diagnostic, mauvais traitement).

Ces erreurs vont avoir des conséquences économiques et financières (des difficultés pour la facturation, des réclamations) et pour l'utilisateur (son état de santé physique et psychique).

Il s'avère que les erreurs sont souvent d'origine humaine.

Le professionnel doit veiller tout au long de la phase à vérifier l'exactitude des données recueillies et enregistrées.

Il faudra un système de surveillance, de correction, de prévention plus sophistiqué que la surveillance humaine pour veiller à la bonne exactitude des données. Une anticipation d'erreurs sera soumise à une évaluation systématique du risque.

Mise en œuvre :

- Organisation des moyens permettant la sécurisation de l'identification,
- Formation à la détection, à la surveillance et la prévention des erreurs d'identification.

L'identitovigilance : compétence du professionnel

Au cours d'une étape, le professionnel devra assurer la prise en charge médico-administrative et sociale.

Cette prise en charge est très diversifiée selon la structure, le type d'utilisateur, sa prise en charge sociale.

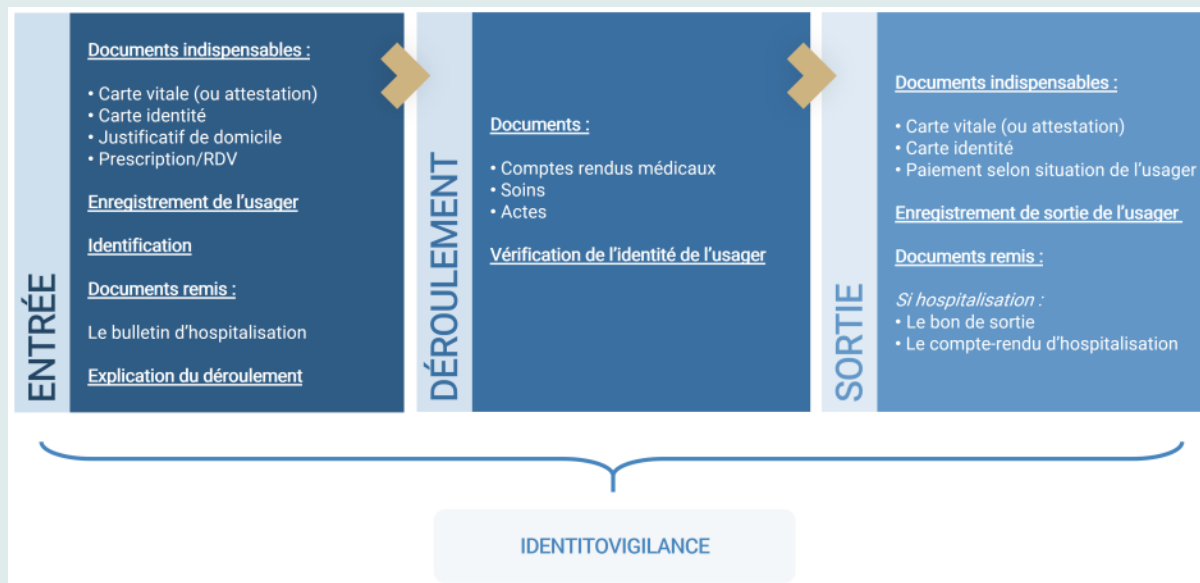
Vous devrez être garant de la vérification des informations, à enregistrer, à délivrer, de l'exactitude des documents à demander, à remettre.

L'utilisateur sera en lien étroit avec vous dans une étape de son parcours de santé.

La communication professionnelle et votre rigueur seront des atouts pour assurer un accompagnement de qualité et la sécurité de l'utilisateur.

Fondamental **Essentiel**

De l'entrée à la sortie de l'utilisateur : une étape du parcours de soin.



VIII. Auto-évaluation

A. Exercice

Mme GIRARD a un rdv à l'hôpital pour une visite de suivi de grossesse. Elle est à 35 semaines de grossesse. Elle attend un garçon. A son arrivée, le professionnel du secteur sanitaire et social prend les documents nécessaires à son enregistrement.

Mme Girard est auscultée par une sage-femme. Elle doit être hospitalisée, car le fœtus a un rythme cardiaque très lent. Son accouchement va être provoqué et elle va subir une césarienne.

Le compagnon de Mme Girard a pu dormir auprès de sa femme et de son fils. Il a eu un lit accompagnant.

Ce rdv se suit d'une hospitalisation.

Rémi est né par césarienne 3 heures après l'arrivée de sa maman à l'hôpital. Elle sort de l'hôpital 5 jours après.

Elle va rentrer chez elle avec son mari et Rémi. Elle remplit les formalités de sortie et des documents pour sa prise en charge lui sont remis.

Question 1

[solution n°4 p.21]

À quoi correspond le bulletin d'hospitalisation ? Quand est-il délivré ?

Question 2

[solution n°5 p.22]

Quels sont les documents remis à la sortie à Mme Girard ?

B. Test

Mme GIRARD a un rdv à l'hôpital pour une visite de suivi de grossesse. Elle est à 35 semaines de grossesse. Elle attend un garçon. A son arrivée, le professionnel du secteur sanitaire et social prend les documents nécessaires à son enregistrement.

Mme Girard est auscultée par une sage-femme. Elle doit être hospitalisée, car le fœtus a un rythme cardiaque très lent. Son accouchement va être provoqué et elle va subir une césarienne.

Le Compagnon de Mme Girard a pu dormir auprès de sa femme et de son fils. Il a eu un lit accompagnant.

Ce rdv se suit d'une hospitalisation.

Rémi est né par césarienne 3 heures après l'arrivée de sa maman à l'hôpital. Elle sort de l'hôpital 5 jours après.

Elle va rentrer chez elle avec son mari et Rémi. Elle remplit les formalités de sortie et des documents pour sa prise en charge lui sont remis.

Exercice 1 : Quiz

[solution n°6 p.22]

Question 1

Combien y a-t-il d'étapes pour cette expérience ?

- 0
- 1
- 2

Question 2

Les documents demandés lors du RDV avec la sage-femme à l'entrée sont ?

- Le justificatif de domicile
- Le bulletin d'hospitalisation
- La carte vitale

Question 3

Le document commun aux 2 entrées est :

- Le bon de sortie
- Le bulletin d'hospitalisation
- La carte vitale

Question 4

Lors de l'hospitalisation, 2 forfaits hospitaliers seront facturés un pour la mère et l'enfant ?

- Vrai
- Faux

Question 5


Le père de Rémi a eu un lit en chambre pour rester avec son fils et sa compagne. Il n'a rien réglé :

- Vrai
- Faux

Solutions des exercices


Exercice p. 8 Solution n°1**Question 1**

Une phase a-t-elle 3 étapes ?

- Vrai
- Faux
-  Une phase ou une étape du parcours est constituée d'une entrée, d'un déroulement et d'une sortie.


Question 2

Aucun document n'est demandé lors de l'admission.

- Vrai
- Faux
-  De nombreux documents sont nécessaires : des essentiels comme la carte vitale, une prescription, etc.


Question 3

Le bulletin d'hospitalisation équivaut à un arrêt de travail d'une durée de 21 jours ?

- Vrai
- Faux
-  Le bulletin d'hospitalisation correspond à un arrêt de travail de 15 jours (il doit être renouvelé).

Question 4

Une admission peut être une décision de justice allant à l'encontre de la volonté de l'utilisateur.

- Vrai
- Faux
-  Une hospitalisation en psychiatrie se fait sous contrainte.

Question 5


L'admission d'un ressortissant d'un autre pays dans un établissement ou une structure est strictement interdite.

- Vrai
- Faux

Exercice p. 10 Solution n°2


Question 1

Le déroulement est différent selon la structure ?

- Vrai
- Faux
-  Il dépend du type de structure.


Question 2

Le déroulement dure très peu de temps ?

- Vrai
- Faux
-  Un déroulement d'une étape peut durer plusieurs années comme dans le cas d'un usager accueilli dans un foyer pour personne handicapée.


Question 3

Le professionnel peut n'avoir aucune tâche à effectuer ?

- Vrai
- Faux
-  Parfois, seul le professionnel de santé peut agir.


Question 4

Le seul type de tâche du professionnel est la rédaction des comptes rendus.

- Vrai
- Faux
-  Plusieurs types de tâches sont effectués comme la rédaction, l'enregistrement.

Question 5

La communication avec l'usager est très importante même au cours de l'étape.

- Vrai
- Faux
-  L'usager peut être angoissé, impatient. Vous pourrez être amené à les rassurer et les apaiser.


Exercice p. 14 Solution n°3

Question 1

Une sortie de l'utilisateur efface l'existence de celui-ci (via son identifiant) du système d'information.

Vrai

Faux


 L'utilisateur existe toujours dans l'interface informatique. Il faut une autre procédure afin d'effacer l'utilisateur (son dossier restera en archives car les données de santé d'un utilisateur doivent être conservées très longtemps).

Question 2

La carte vitale est obligatoire pour une sortie.

Vrai

Faux


 La carte vitale est demandée de manière systématique lors de la sortie d'une hospitalisation.

Question 3

L'arrêt maladie est arrêté à la remise du bon de sortie ?

Vrai

Faux


 Il faudra un autre arrêt maladie d'un médecin si l'utilisateur n'est pas encore remis.

Question 4

Le forfait hospitalier est une participation financière obligatoire.

Vrai

Faux


 Ce forfait finance les frais d'hébergement et d'entretien.

Question 5

Le document de sortie d'hospitalisation est le compte rendu hospitalier remis à l'utilisateur.

Vrai

Faux

 L'utilisateur reçoit à sa sortie ou au maximum 8 jours après le compte rendu d'hospitalisation.

p. 16 Solution n°4

Le bulletin d'hospitalisation correspond à l'arrêt de travail durant l'hospitalisation. Il sera transmis à la caisse d'assurance maladie de l'assuré, ainsi qu'à sa mutuelle. Il est délivré à l'entrée. Il peut durer 15 jours, après il sera renouvelé si besoin.

p. 16 Solution n°5


Les documents remis à la sortie à Mme Girard sont : le bon de sortie, les prescriptions éventuelles, le compte rendu d'hospitalisation. Le bon de sortie met fin à l'arrêt de travail (si Mme Girard travaillait encore avant la naissance de Rémi).

Un Rdv de suivi pourra être proposé à Mme Girard à la clinique ou auprès du praticien médical de son choix.

Exercice p. 17 Solution n°6


Question 1

Combien y a-t-il d'étapes pour cette expérience ?

- 0
- 1
- 2
-  Il y a 2 étapes : le rdv avec la sage-femme et l'hospitalisation.


Question 2

Les documents demandés lors du RDV avec la sage-femme à l'entrée sont ?

- Le justificatif de domicile
- Le bulletin d'hospitalisation
- La carte vitale
-  La carte vitale est demandée de manière systématique lors d'une entrée pour tout type de structure.


Question 3

Le document commun aux 2 entrées est :

- Le bon de sortie
- Le bulletin d'hospitalisation
- La carte vitale
-  La carte vitale est un des documents demandés dans les 2 étapes pour l'entrée.

Question 4

Lors de l'hospitalisation, 2 forfaits hospitaliers seront facturés un pour la mère et l'enfant ?

- Vrai
- Faux
-  Un seul forfait hospitalier sera comptabilisé, car Rémi le nouveau-né sera pris en charge sur la carte vitale de l'un de ses parents.

Question 5

Le père de Rémi a eu un lit en chambre pour rester avec son fils et sa compagne. Il n'a rien réglé :

Vrai

Faux

Le lit accompagnant est un forfait spécial. Il comprend la nuitée et le petit déjeuner.