HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SERVICE ÉVALUATION ÉCONOMIQUE ET SANTÉ PUBLIQUE

Note de cadrage

Réalisation d'une grille d'analyse de la pertinence des demandes de transfert et d'admission en SSR

Avril 2012

L'actualisation de la littérature sur sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service documentation – information des publics
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en avril 2012.
© Haute Autorité de Santé – 2012

Sommaire

1 Saisine 5

1.1 Numéro de la saisine et demandeur 5
1.2 Titre initial de la saisine 5
1.3 Nouvel intitulé 5
1.4 Objectifs du demandeur 5
1.5 Origine et historique de la demande 5
1.6 Enjeux de la demande 8
1.7 Impact 10

2 Contexte 10

2.1 Cadre juridique 10
2.1.1 Définition 10
2.1.2 Autorisation 10
2.1.3 Organisation et modalités d'admission 11
2.2 Spécialités médicales concernées 12
2.3 Critères de prise en charge 13
2.4 Etat des pratiques 14
2.5 Contexte scientifique 16
2.5.1 Grille AEP en court séjour 16
2.5.2 Grille AEP-SSR 18
2.5.3 Grilles AEP retrouvées dans la littérature internationale 23
2.5.4 Le logiciel trajectoire 26

3 Analyse de la demande 29

3.1 Faisabilité 29
3.1.1 Des grilles opérationnelles sont disponibles et peuvent servir de base à la réflexion 29
3.1.2 Les critères d'admission devront s'affranchir des contraintes sur l'offre 29
3.1.3 Travaux déjà réalisés au sein de la HAS en relation avec le thème 30
3.2 Questions d'évaluation et contraintes de faisabilité 30
3.2.1 Questions évaluées 30
3.2.2 Questions hors champ 30
3.2.3 Réorientation de la demande 30
3.2.4 Points clés de l'évaluation 31

4 Plan de réalisation proposé 31

4.1 Définition du périmètre de l'évaluation 31
4.1.1 Intitulé proposé 31
4.1.2 Objectifs de l'évaluation 31
4.1.3 Sociétés savantes ou associations à solliciter 31
4.1.4 Partenaires institutionnels concernés 32
4.1.5 Professionnels de santé concernés 32
4.2 Méthodologie envisagée 32
4.2.1 Méthode de travail 32
4.2.2 Type d'évaluation proposé 33
4.2.3 Modalités de réalisation 33
4.2.4 Composition qualitative du groupe de travail et du groupe d'essai 35
4.2.5 Calendrier prévisionnel de réalisation 36
4.2.6 Diffusion 37
4.3 Annexe : Grilles utilisées par le REQUA 38
4.4 Recherche documentaire 42

5 Références 43

Cette note de cadrage a été réalisée par Mme Isabelle HIRTZLIN, chef de projet au Service évaluation économique et santé publique, sous la responsabilité du Dr Olivier SCEMAMA, adjoint au chef de service, et de Mme Catherine RUMEAU-PICHON, chef de service.

La recherche documentaire a été effectuée par Mme Emmanuelle BLONDET, documentaliste, avec l'aide de Mme Sylvie LASCOLS, sous la responsabilité de Mme Christine DEVAUD, adjointe au chef de service, et de Mme le Dr Frédérique PAGES, docteur ès sciences, chef de service.

L'organisation logistique et le travail de secrétariat ont été réalisés par Mme Sabrina MISSOUR.

Messieurs Philippe MOSSE et Pascal AUQUIER ont été désignés rapporteurs de cette évaluation pour la Commission évaluation économique et santé publique (CEESP). Il a été demandé à Madame Michèle GAUTHIER, membre de la CEESP de formuler un avis en tant que « témoin ».

Cette note de cadrage a fait l'objet d'un premier examen par la CEESP du 17 janvier 2012. Après modifications faisant suite aux remarques formulées par les rapporteurs et les membres de la CEESP, elle a été validée le10 avril 2012.

Le Collège de la HAS a validé cette note de cadrage le 25 avril 2012.

1 Saisine

1.1 Numéro de la saisine et demandeur

Programme 2009-Demande N°32 de la DGOS

1.2 Titre initial de la saisine

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles concernant les critères d'orientation en soins de suite et de réadaptation d'un patient hospitalisé en service de court séjour de médecine ou de chirurgie.

1.3 Nouvel intitulé

Suite à l'avis défavorable définitif rendu par le Comité de validation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (CVR)[1] d'une première note de cadrage en date du 21 septembre 2010, une nouvelle demande a été effectuée par Mme la Directrice générale de l'offre de soins, par un courrier daté du 5 avril 2011.

Le nouvel intitulé est **« Réalisation d'une grille d'analyse de la pertinence des demandes de transfert et d'admission en SSR »**, envisagée sous forme de critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles.

1.4 Objectifs du demandeur

Cette grille peut apporter une réponse aux inadéquations hospitalières en médecine et chirurgie. La réduction de la durée moyenne de séjour en médecine et chirurgie s'inscrit dans le cadre du programme de qualité et d'efficience de la loi de financement de la Sécurité sociale.

La grille pourra également contribuer au déploiement par l'Assurance maladie de la Mise sous accord préalable des séjours (MSAP) dans le champ des Soins de suite et de réadaptation (SSR), en application de l'article 63 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 (article L. 162-1617 du Code de la Sécurité sociale) (1).

Enfin la grille doit pouvoir potentiellement répondre aux exigences de la certification des établissements (référence 28-critère 28b Pertinence des soins).

1.5 Origine et historique de la demande

La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) avait saisi la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2007 en vue d'élaborer des recommandations de bonne pratique (RBP) sur le thème **« critères d'orientation en soins de suite et de réadaptation d'un patient hospitalisé en service de court séjour de médecine ou de chirurgie »** dans le cadre du dispositif réglementaire des activités de soins de médecine, de chirurgie et des activités de SSR.

[1] Remplacé depuis par la Commission Recommandations de bonne pratique.

En effet, les professionnels de santé ainsi que les fédérations hospitalières signalaient l'existence d'une double tendance :

- une hétérogénéité des pratiques dans ce domaine ;
- une désorganisation des structures en raison d'une prise en charge médicale insuffisante, voire inadaptée, des patients, par des équipes inappropriées pour répondre aux besoins de rééducation et de réadaptation en structure de court séjour, ou aux besoins de soins médicaux lourds en SSR.

Ces recommandations devaient permettre d'établir des référentiels afin d'assurer une meilleure homogénéité des pratiques sur l'ensemble du territoire. Elles devaient contribuer également à une utilisation plus adaptée des compétences et des capacités.

Le produit attendu par la DGOS était un **référentiel de pratiques pour les professionnels** des services de court séjour, afin d'identifier précocement les patients susceptibles de relever d'une poursuite de l'hospitalisation en SSR, et de définir le moment adéquat du transfert, tout en garantissant la sécurité du patient.

Ce thème avait été inscrit au programme de travail 2009 de la HAS.

Parallèlement, la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) avait saisi la HAS sur le recours hospitalier depuis le domicile ou les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (**« Critères d'hospitalisation des personnes âgées »**).

En 2010 une note de cadrage[2] intitulée **« Orientation en SSR d'un patient âgé, hospitalisé en service de court séjour »** a été rédigée.

Elle proposait d'élaborer ***des recommandations à destination des professionnels***[3] **de médecine ou de chirurgie** sur les indications et le profil des patients pouvant être admis en SSR. Ce travail devait être complété par une **analyse économique parallèle portant sur les besoins et l'offre en SSR en France**[4].

En septembre 2010 le CVR a rendu **« un avis défavorable définitif, sans nouvel examen »** sur la saisine et les modalités de réponse proposées.

Les éléments ayant motivé le refus étaient :

- Le fait que la **saisine s'inscrivait comme une aide à la décision politique** pour la mise en place du cadre réglementaire SSR, et non dans un cadre d'amélioration des pratiques.

- Le fait que la **DGOS souhaitait l'élaboration de critères généraux** d'évaluation et non des critères par pathologies, alors que les SSR spécialisés sont structurés par grands domaines pathologiques.

Suite à cet avis défavorable, la note de cadrage n'a pas été présentée en Commission évaluation économique et santé publique (CEESP) et trois options alternatives de réponse ont été proposées par la HAS à la DGOS en **décembre 2010**.

- Ne pas suivre l'avis du CVR et poursuivre le travail, mais en abandonnant le volet médico-économique.

[2] rédigée par J. André-Vert – SBPP, A.L. Couillerot-Peyrondet – SEESP
[3] Partie qui devait être réalisée par le Service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS.
[4] Partie qui devait être réalisée par le Service d'évaluation économique et de santé publique de la HAS.

- Réaliser une grille d'analyse de la pertinence des demandes de transfert et d'admission en SSR, en utilisant la méthode du consensus formalisé à partir d'une analyse de la littérature, prenant en compte les grilles existantes d'analyse de la pertinence des admissions ou d'hospitalisation en SSR. Cette grille pouvant potentiellement répondre aux exigences de la certification des établissements (référence 28-critère 28b).

- Rédiger un rapport d'orientation faisant état de la littérature française et internationale sur les critères génériques d'orientation en SSR, reposant sur des critères médicaux, sociaux et environnementaux, ainsi que sur des critères d'organisation ou de besoin de traitements particuliers à réaliser en SSR ; les standards internationaux décrits dans les manuels de certification pouvant être intégrés à l'analyse. Ce rapport devant être à destination du demandeur et non des professionnels.

En avril 2011 la DGOS a donné un **avis favorable concernant la deuxième proposition (grille d'analyse de la pertinence des demandes de transfert et d'admission en SSR)** en insistant sur :

- **la nécessité d'utiliser l'expérience du dispositif « Trajectoire »** mis en place dans 14 régions ;

- **la réponse que pourrait apporter cette grille à la réduction des inadéquations hospitalières en médecine et chirurgie**. La réduction de la durée moyenne de séjour en médecine et chirurgie s'inscrit dans le cadre du programme de qualité et d'efficience de la loi de financement de la sécurité sociale ;

- **la contribution de ces travaux au déploiement par l'Assurance maladie de la mise sous accord préalable des séjours SSR**.

Le 25 mai 2011, **le Collège de la HAS** a considéré que les enjeux normatifs identifiés par la DGOS (réduction des inadéquations hospitalières et de la durée moyenne de séjour conformément au programme de qualité et d'efficience) dépassaient largement les objectifs attribués à une grille de pertinence. En particulier :

- ces grilles n'ont pas vocation à comparer un taux de pertinence entre les établissements. Pour ce faire, il faudrait notamment que la grille soit validée en termes de reproductibilité ;

- il n'y a pas d'argument scientifique permettant de penser que l'analyse de la pertinence des demandes de transfert permettrait de réduire la durée moyenne de séjour (DMS) des services de court séjour.

Le Collège de la HAS a donc proposé que le Service des bonnes pratiques professionnelles réalise une liste de critères de pertinence des demandes de transfert en SSR, envisagée exclusivement sous forme de critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles.

En juin 2011, le comité directeur de la HAS a constaté que le dossier concernait l'organisation générale de l'offre de soins et qu'il s'inscrivait dans la thématique « pertinence », en relation avec le questionnement sur l'allocation optimale des ressources collectives entre les différents offreurs de soins. Il a donc considéré que le thème relevait de la compétence de la Commission évaluation économique et santé publique (CEESP). En septembre 2011 le dossier a donc finalement été confié au Service d'évaluation économique et de santé publique (SEESP).

1.6 Enjeux de la demande

La question posée par le demandeur est relative de la pertinence des soins et des parcours de soins. Ce concept renvoie à la qualité des soins fournis. En 1998, la table ronde nationale sur la qualité des soins de l'*Institute of Medicine* (IOM)[5] américain (2) avait défini la qualité des soins comme « le niveau d'amélioration du résultat de santé désiré, obtenu pour les individus ou les populations, en cohérence avec les connaissances professionnelles du moment ». La qualité espérée peut ne pas être obtenue pour trois raisons :

- **La sur utilisation** (*overuse*) : les bénéfices des soins sont inférieurs aux risques ou aux effets négatifs.
- **La sous utilisation** (*underuse*) lorsque l'efficacité du soin a été prouvée mais que les patients n'en bénéficient pas.
- **La mauvaise utilisation** (*misuse*) correspond à la consommation d'un soin inapproprié dans la situation du patient ; une complication, liée à ce soin, cet acte ou cette procédure peut alors survenir. Une bonne utilisation aurait permis de l'éviter.

On peut s'interroger sur la pertinence d'une action de soins d'un point de vue statique « le patient reçoit-il le bon soin dans la structure la plus adaptée à son état de santé à l'instant t ? » mais également de façon dynamique « comment faire en sorte que le patient soit au moment opportun dans la structure la plus adaptée à son état de santé ? ». Cette problématique est celle de la coordination des soins entre les différentes modalités de prise en charge, mais également celle des caractéristiques et de la quantité des offres d'accueil par niveau. Ainsi un soin peut être mal utilisé dans une structure (soins de court séjour par exemple) parce que l'offre des autres structures est insuffisante ou mal utilisée par les professionnels et les patients.

Les services de SSR, de nature sanitaire, s'intègrent par nature dans cette perspective dynamique, puisqu'ils sont axés sur le retour du patient vers son lieu de vie habituel, et sont à l'interface entre soins de courte durée et domicile, unités de soins de longue durée (USLD) ou secteur médico-social. Les SSR s'inscrivent ainsi dans la notion de filière de prise en charge selon la circulaire DHOS/O1 n°2008-305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets n°2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation (3).

► Enjeux pour les patients et les usagers

Pour un même épisode morbide, les trajectoires de soins des patients sont souvent fragmentées ou inadaptées, ce qui génère de l'inconfort et du stress pour les patients et leur famille. Par ailleurs la prise en charge trop tardive en SSR peut limiter la capacité du patient à se réinsérer.

La grille de transfert et d'admission en SSR permettrait d'assurer une prise en charge plus rapide par la structure SSR, mais également d'éviter le séjour en SSR de patients ne relevant pas de cette modalité de prise en charge (patients devant poursuivre leur hospitalisation en court séjour, ou dans un autre type de service hospitalier comme la psychiatrie, ou encore relevant d'une hospitalisation à domicile ou d'un service de soins infirmiers à domicile –SSIAD–).

[5] Composante de l'Académie nationale des sciences américaine.

► Enjeux d'organisation des soins

Le développement des services de SSR est considéré comme une voie possible de restructuration de l'offre hospitalière. « Les services de SSR sont de plus en plus sollicités du fait de la diminution des durées moyennes de séjour dans le champ MCO au profit de prises en charge de plus en plus techniques. De ce fait l'activité de SSR peut constituer une voie d'évolution d'activité pour les établissements appelés à s'engager dans une opération de restructuration de leurs services aigus et/ou de regroupement des plateaux techniques. Il est donc particulièrement important de définir précisément ses missions, de nature sanitaire, mais axées sur le retour du patient vers ses lieux de vie, et de donner à ce secteur d'activité une lisibilité et une structuration qui lui font aujourd'hui défaut » (3).

La circulaire DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2009/78 du 17 mars 2009 relative à la campagne tarifaire 2009 des établissements de santé (4) prévoit la création dans toute la France de dispositifs de coordination SSR, comme il en existe par exemple en région Rhône-Alpes (dispositif Trajectoire). Ces dispositifs de coordination ont pour mission :

- de recenser l'offre de SSR sur un territoire donné, d'identifier les besoins, de rendre lisibles les filières de prise en charge, de favoriser la communication entre établissements et professionnels des SSR ;
- de favoriser le rapprochement fonctionnel entre les structures de court séjour et les structures de SSR en développant les outils de transmission (fiches d'admission communes, échanges informatiques, site Internet, …) ;
- de favoriser les relations entre les structures de SSR et les acteurs des secteurs d'aval (structures sociales et médico-sociales, médecine de ville, services de soins à domicile, associations…) pour contribuer à la mise en place de réponses adaptées lors de la sortie des personnes de SSR.

Par ailleurs, un des objectifs fixé par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (5) est d'améliorer l'organisation de la prise en charge, et de favoriser les parcours de soins, dans une perspective de promotion de la qualité et de recherche d'une amélioration de l'efficience, avec une logique de décloisonnement (facilitation de l'accès aux usagers, renforcement des alternatives à l'hospitalisation et du maintien à domicile …). Cet objectif se décline notamment à travers la thématique « pertinence des soins et des parcours de soins au sein de l'établissement de santé » de la DGOS qui correspond à la volonté d'amélioration de l'adéquation des soins aux besoins des patients.

► Enjeux économiques

L'objectif général du demandeur (DGOS) est de réduire les « inadéquations » hospitalières en court séjour. La réduction des séjours inappropriés pourrait ainsi améliorer l'efficience de la prise en charge en permettant :

- de réduire les journées d'hospitalisation inutiles en chirurgie ou en médecine ;
- de réduire le phénomène de blocage des lits hospitaliers (*bed blockers*) en court séjour par des personnes dont la phase « aiguë » de la prise en charge est terminée ;
- de limiter la perte de chance de récupération pour des patients qui auraient besoin d'une prise en charge spécifique (6) ;
- d'assurer une meilleure qualité de l'accueil du patient à l'hôpital puisque des patients hospitalisés en urgence sont parfois transférés par manque de place dans une unité de court séjour qui ne relève pas de leur pathologie, alors qu'ils pourraient être directement transférés en SSR.

De plus, une réforme du financement de l'activité SSR est en cours. Les établissements SSR doivent en effet être financés à l'activité (T2A) à l'horizon 2013. Les SSR se trouvent donc dans un contexte de financement incertain, avec un risque de restructuration induit par les nouvelles modalités de financement.

1.7 Impact

L'utilisation de la grille de transfert et d'admission en SSR par les établissements de santé devrait permettre :

- de mener une réflexion sur le parcours de soins des patients après l'hospitalisation de court séjour.
- si elle était utilisée en routine et de manière exhaustive, de mesurer les besoins en SSR afin d'ajuster l'offre en conséquence, *via* les Agences régionales de santé.
- de renseigner le critère 28b-Pertinence des soins dans le cadre de la certification des établissements.

2 Contexte

2.1 Cadre juridique

2.1.1 Définition

Les services de soins de suite et de réadaptation correspondent à une des activités d'un établissement de santé. Les décrets n°2008-376 et 2008-377 du 17 avril 2008 (7,8) (Code de la santé publique) relatifs aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de SSR et aux conditions d'implantation applicables à l'activité de SSR comme « ayant pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. Elle comprend, le cas échéant, des actes à visée diagnostique ou thérapeutique » (Art.R. 6123-118).

2.1.2 Autorisation

Le nouveau régime juridique instauré par l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé, ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, fonde l'autorisation des établissements de santé publics et privés sur l'activité de soins, et non plus sur la référence aux lits ou aux appareils lourds (9).

L'autorisation d'exercer l'activité de SSR ne peut être accordée que si l'établissement de santé est en mesure d'assurer (Art.R. 6123-119) :

1) les soins médicaux, la rééducation et la réadaptation des patients ;
2) des actions de prévention et d'éducation thérapeutique du patient et de son entourage ;
3) mais également la préparation et l'accompagnement de la réinsertion familiale, scolaire, sociale ou professionnelle de la personne.

Le titulaire de l'autorisation de SSR doit constituer une ou plusieurs équipes pluridisciplinaires qui prennent en charge les patients. Ses membres doivent détenir des compétences médicales, paramédicales, psychologiques, sociales, éducatives nécessaires à la mise en œuvre de l'activité concernée.

Les décrets prévoient une seule modalité d'autorisation avec des possibilités de mentions complémentaires (7,8) :

- une autorisation d'exercer l'activité de soins au seul titre des SSR adultes : cela correspond au SSR indifférencié ou polyvalent ;
- cette autorisation peut être accompagnée de la mention de la prise en charge des enfants et/ou adolescents, à titre exclusif ou non ; cette mention est transversale et peut donc être conjuguée avec une ou plusieurs autres mentions listées ci-dessous ;
- la mention d'une ou plusieurs prises en charge spécialisées en SSR pour les catégories d'affections suivantes :
  - affections de l'appareil locomoteur ;
  - affections du système nerveux ;
  - affections cardio-vasculaires ;
  - affections respiratoires ;
  - affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien ;
  - affections onco-hématologiques ;
  - affections des brûlés ;
  - affections liées aux conduites addictives ;
  - affections des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance.

Un même établissement peut être autorisé au titre de plusieurs de ces prises en charge.
Lorsqu'un établissement est autorisé au titre de la mention enfants/adolescents et d'une mention de prise en charge spécialisée, les conditions techniques de fonctionnement des mentions sont cumulatives.

Les patients accueillis dans une structure exerçant l'activité de SSR y sont directement admis. Ils peuvent également être transférés d'un établissement de santé ou d'un établissement ou service médico-social (article R. 6123-118). La procédure de l'accord préalable qui était obligatoire pour les admissions directes en soins de suite et de réadaptation a été suspendue lors de la canicule de l'été 2003. Cette suspension a été maintenue depuis, dans l'attente d'une solution réglementaire définitive[6].

S'agissant des transferts en soins de suite et de réadaptation, ils doivent donner lieu, dans un délai de 48 heures, à une information du contrôle médical de la caisse gestionnaire du malade. A cet effet, un imprimé référencé SP 30 « Information Médicale d'Admission » doit être transmis au service de soins, afin d'être complété[7].

2.1.3 Organisation et modalités d'admission

L'annuaire du logiciel Trajectoire[8] prévoit le découpage des structures de santé en Services puis en Unités, définis de la façon suivante :

- Un **Service SSR** est caractérisé par la structure de santé à laquelle il appartient et par son chef de Service. Il comporte une ou plusieurs Unités.

- Une **Unité SSR** est caractérisée par le Service auquel elle appartient et par une discipline SSR et éventuellement une spécialité. Elle désigne un nombre de lits. Elle prend en charge un ensemble de pathologies et possède des compétences médicales.

La circulaire DHOS/O1 n°2008-305 du 3 octobre 2008 relative au décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation précise que « l'orientation d'un patient dans une structure de SSR et son admission doivent répondre à

[6] http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/admission_en_mco_et_ssr.pdf
[7] http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/admission_en_mco_et_ssr.pdf
[8] Logiciel d'aide à l'orientation.

un **objectif thérapeutique déterminé et régulièrement réévalué** (3). Le SSR **ne doit plus être seulement reconnu comme l'aval du MCO, mais comme une structure sanitaire apportant une plus-value réelle au patient car fournissant une prise en charge globale destinée à lui permettre de retourner dans son lieu de vie d'origine**. Ainsi toute admission en SSR doit être précédée d'une évaluation des besoins médicaux (cf. art. D. 6124-177-5) **permettant de valider ou non l'adéquation de son orientation ».**

Selon l'article D. 6124-177-5 du Code de la santé publique tous les établissements autorisés en SSR doivent mettre en place **un outil permettant d'évaluer l'adéquation de l'orientation du patient aux prises en charge qu'ils offrent**. Cet outil est un document établi de façon partagée entre le médecin prescripteur et le médecin de la structure SSR. *A minima* il doit comporter les rubriques suivantes :

- renseignements administratifs sur le prescripteur de SSR (service hospitalier, médecin libéraux) ;
- renseignements administratifs sur le patient ;
- renseignements sur l'environnement social du patient ;
- renseignements sur l'état du patient : état somatique (stabilisation ou pas, état cutané, infection à bactéries multi-résistantes (BMR),...), /capacités fonctionnelles, appareillage/communication : vision, audition, expression, compréhension/état psychologique ;
- contenu de la prescription médicale de SSR : pathologies, ressources requises, objectifs de réadaptation, date intervention chirurgicale,... ;
- traitement médicamenteux en cours ;
- soins infirmiers nécessaires (ventilation, aspiration,...) ;
- prises en charge assurées dans l'établissement ;
- évaluation ;
- examens ;
- soins médicaux (spécifiques ou non) ;
- introduction/suivi/arrêt traitement médicamenteux ;
- éducation thérapeutique ;
- réadaptation – réinsertion sociale/professionnelle ;
- rééducation (spécifique ou non) ;
- soins palliatifs.

2.2 Spécialités médicales concernées

L'activité de soins autorisée (les SSR) se distingue des différentes spécialités médicales qui y sont mises en œuvre et notamment de la médecine physique et de réadaptation (MPR)[9]. Cependant, la MPR se situe au cœur du dispositif de prise en charge en SSR, parce qu'elle développe les objectifs, programmes et modalités de soins dans le champ de la rééducation, de la réadaptation et de l'accompagnement à la réinsertion.

Deux situations pathologiques nécessitent des soins de MPR (10) :

- Les soins faisant suite à la survenue d'une affection aiguë (ex : traumatisme).
- Les soins faisant suite à une affection chronique en raison de la survenue lors du suivi, de complications, d'aggravations, de baisse des capacités fonctionnelles de sujets

[9] La médecine physique et de réadaptation (MPR) qui se réfère initialement au concept multidimensionnel élaboré par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) avec la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIDIH) ayant abouti en 2001 à l'élaboration et à l'adhésion d'une nouvelle classification, la Classification internationale du fonctionnement (CIF). Cette classification permet d'appréhender le patient en tant que personne en termes de déficience – capacité – fonctionnement et participation, au sein de son environnement (10).

présentant des séquelles d'une affection antérieurement acquise ou une affection médicale chronique évolutive.

Ces deux situations mettent en jeu des moyens comparables, mais les modalités de prise en charge (hospitalisation de jour, de semaine, soins ambulatoires, hospitalisation à domicile,..), d'entrée dans la filière (depuis un service de court séjour mais aussi depuis le domicile ou le lieu de vie), d'objectifs (récupération motrice, fonctionnelle, maintien de l'autonomie, adaptation de l'environnement, maintien à domicile, ..) et les résultats peuvent différer.

2.3 Critères de prise en charge

En 2008, le groupe MPR Rhône Alpes et la Fédération française de médecine physique et de réadaptation (Fedmer) (10) ont publié la deuxième édition[10] d'un document ayant pour objectif de préciser les critères de décision de prise en charge en médecine physique et de réadaptation (MPR) pour les adultes et les enfants. Ce travail, validé par l'ensemble de la profession, entend répondre aux questions pratiques suivantes : quels patients relèvent d'une prise en charge en médecine physique et de réadaptation ? A quel moment doivent-ils être pris en charge ? Selon quelles modalités ? Pour quels objectifs ? Durant combien de temps ?

Les déterminants du choix de la modalité de suivi apparaissaient pluriels. Le groupe MPR Rhône Alpes en a identifié quatre (10) :

- **Les facteurs médicaux** :
  - surveillance médicale importante, quotidienne, en raison des risques cliniques, des séquelles, des complications de l'affection causale, mais aussi en raison de facteurs de comorbidité ;
  - traitement médical important ou de coût élevé, difficile à mettre en œuvre en ambulatoire ou dans le cadre de certaines structures de soins de suite et de réadaptation peu médicalisées ou l'intégration du patient dans un programme spécifique, pluridisciplinaire, intensif, coûteux, de rééducation, non applicable dans le secteur libéral.
- **Les facteurs psychologiques :** ils justifient une hospitalisation si leur sévérité ne permet pas une autonomie et une vie sécurisante à domicile.
- **Les facteurs sociaux** : il s'agit le plus souvent d'une impossibilité matérielle de retour à domicile, par inadaptation de l'environnement architectural, par l'absence d'environnement humain et/ou de structure de soins ou d'aide au maintien à domicile ou simplement par une inaptitude partielle à vivre en toute sécurité, autonome à son domicile.
- **Choix du patient ou de sa famille** : il contribue en corrélation avec les autres facteurs au choix d'un suivi en hospitalisation ou en ambulatoire.

Une structure de médecine physique et de réadaptation est justifiée dans les cas suivants :

- A partir de deux interventions spécialisées ou de plus d'une heure par jour de rééducation.
- S'il y a nécessité d'une surveillance médicale et d'une coordination spécialisée des soins de rééducation avec présence d'un médecin de médecine physique et de réadaptation et de plusieurs intervenants paramédicaux (masso-kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, neuropsychologue, assistante sociale, etc., …).
- Au niveau psychologique, la compréhension des objectifs et l'adhésion au programme de rééducation sont nécessaires. L'exception doit être faite pour les troubles cognitifs et

[10] la première datant de 2001.

comportementaux s'intégrant dans l'ensemble des conséquences de l'affection initiale (par exemple lésions cérébrales).
- Au niveau social, s'il y a nécessité d'une évaluation et d'une adaptation du domicile ou nécessité d'une évaluation et d'un réentraînement professionnel. Les structures de MPR doivent être en lien avec les services sociaux et le secteur médico-social.
- En cas de survenue d'une aggravation, d'une complication, d'une amélioration, d'une réintervention, le passage d'une structure à une autre ou un changement de mode de suivi peuvent être nécessaire. C'est l'état du patient et ses besoins de soins qui guident son orientation.

Une série de fiches techniques, présente pour chaque pathologie entrant dans le champ de la médecine physique et de réadaptation, les critères de prise en charge en MPR et les modalités de celle-ci (domicile, service de soins de suite ou structure médecine physique et de réadaptation) que ce soit pour les adultes ou les enfants.

Le passage d'une structure à une autre n'est jamais définitif ni irréversible, les relations entre toutes les structures sanitaires et médico-sociales doivent être clairement précisées, dans chaque territoire ou bassin de santé, avec la possibilité de constitution de filière et de collaboration sanitaire et médico-sociale.

2.4 Etat des pratiques

► Activité et statut des établissements en France

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a publié un bilan complet du secteur (11). Les SSR concernaient 1 762 établissements en 2008, dont près de la moitié de statut public; pour 106 911 lits et places. Ils avaient réalisé près de 34 millions de journées (dont 7 % en hospitalisation partielle) pour 927 217 séjours. Il existait de fortes disparités régionales, la région Sud-Est étant la mieux dotée, et un fort taux de « fuite » (proportion de patients pris en charge par les établissements de la région pour des patients non résidents), dans les régions les moins bien dotées.

Ce secteur connaît un développement continu (il n'y avait que 94 726 lits et places en 2000), compte tenu des besoins de soins liés aux maladies chroniques, aux événements de santé invalidants et au vieillissement de la population. Cette offre est également de plus en plus sollicitée du fait de la diminution des durées moyennes de séjour en médecine et en chirurgie (3). Pour autant elle est souvent peu lisible, elle est parfois inadaptée ou insuffisante (12).

► Types de prise en charge et de patients pour lesquels le SSR est requis

La finalité principale de la prise en charge a été documentée par la DREES (11) telle que décrite dans le résumé hebdomadaire anonyme (RHA). Elle concernait majoritairement des soins impliquant une rééducation (52 %), puis la convalescence (20 %) et les autres soins médicaux (18 %) comme la radiothérapie, la chimiothérapie, la transfusion sanguine, les soins palliatifs et l'oxygénothérapie hyberbare. Les conseils et avis médicaux (diététiques ou pour alcoolisme) et les soins de contrôle chirurgicaux concernaient chacun 3 % des séjours à l'admission.

La durée moyenne du séjour en SSR était de 34,8 jours (11) avec :
- 50 % de séjours d'une durée inférieure à 27 jours ;
- 95 % de moins de trois mois ;
- 45 000 séjours (5 % des séjours complets) avaient une durée de séjour comprise entre trois mois et un an. Un sur deux concernait des patients de plus de 70 ans ;

- les durées les plus élevées concernaient des patients de 16 à 34 ans (1 321 séjours) pris en charge en soins palliatifs. Cela concernait essentiellement des patients en très long séjour (plus d'un an) et pour des maladies du système nerveux (paralysies cérébrales ou autres syndromes paralytiques).

Au-delà de l'activité de rééducation, la DREES (11) note que des spécificités se dégagent selon les types d'établissements d'accueil :

- les établissements du secteur public développent les prises en charge liées à la réalisation d'autres soins médicaux tels que la radiothérapie, la chimiothérapie ou les soins palliatifs, ainsi que la convalescence ; ils accueillent des patients plus âgés (73,4 ans en moyenne contre 68,5 ans pour l'ensemble des SSR) ;
- les finalités principales de prise en charge des séjours en établissements du secteur privé lucratif relèvent surtout de la convalescence ; les patients sont plus jeunes (ces établissements accueillent 48 % des moins de 50 ans contre 26 % pour le secteur public).
- le secteur privé non lucratif développe, à parts égales, les prises en charge de convalescence et les autres soins médicaux.

► Origine des patients hospitalisés en SSR

L'activité de SSR apparaît très liée (11) à celle de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO). 685 731 séjours en unités de soins de courte durée avaient débouché sur une prise en charge de SSR en 2008, soit 4,2 % du total des séjours en unité de soins de courte durée de la même année. Les séjours en SSR font suite dans près de trois cas sur quatre (74 %) à un séjour en unité de soins de courte durée et dans un cas sur cinq seulement, le patient provient du domicile (cf. tableau 1). Après l'hospitalisation en SSR, le mode de sortie est majoritairement le domicile (71,3 %) mais peut également être une hospitalisation vers une unité de soins de courte durée (pour 12 % des patients) (cf. tableau 2).

Tableau 1. Mode d'entrée et provenance des séjours en hospitalisation complète en SSR en 2008

Mode d'entrée	Provenance	Séjours	%
Transfert ou mutation (y compris mode d'entrée indéterminé)	Unité de soins de courte durée Unité de soins de SSR Unité de soins de longue durée Psychiatrie Non renseigné	685 731 24 621 1 636 4 067 12 854	74,0 2,7 0,2 0,0 1,4
Autre	Domicile	198 041	21,4
Non renseignée		267	0,03
Total		**927 217**	**100,0**

Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Coquelet F, Valdelièvre H. Les soins de suite et de réadaptation en 2008 : patientèle traitée et offre de soins. Doss Solidarité Santé 2011;23 (11).

Tableau 2. Mode de sortie et destination des séjours en hospitalisation complète en SSR en 2008

Mode d'entrée	Provenance	Séjours	%
Transfert ou mutation	Unité de soins de courte durée Unité de soins de SSR Unité de soins de longue durée Psychiatrie Non renseigné	111 379 19 232 21 027 1 925 1 889	12,0 2,1 2,3 0,2 0,2
Autre	Domicile Décès	660 708 34 588	71,3 3,7
Non renseignée		76 469	8,2
Total		**927 217**	**100,0**

Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Coquelet F, Valdelièvre H. Les soins de suite et de réadaptation en 2008 : patientèle traitée et offre de soins. Doss Solidarité Santé 2011;23 (11).

2.5 Contexte scientifique

L'évaluation de la pertinence d'un soin ou d'un parcours s'effectue généralement par le biais d'une revue de pertinence (*Utilisation review*). Il s'agit d'une méthode qui évalue la pertinence d'un point de vue médical ou clinique du soin ou de sa durée. Elle s'est d'abord diffusée aux Etats Unis dans le cadre des programmes *Medicare* et *Medicaid*. Les revues d'utilisation ont ensuite été adoptées au Canada, en Grande Bretagne et en Europe continentale.

Aux Etats Unis cette méthode est utilisée par les *Managed Care Organizations* (MCO) comme un outil permettant à la fois de diminuer les coûts et d'améliorer la qualité des soins. Ailleurs, cet outil a longtemps été perçu comme permettant de fournir les soins appropriés mais s'inscrit de plus en plus dans un contexte de maîtrise de l'évolution des dépenses hospitalières. L'objectif est ainsi de promouvoir une utilisation optimale des ressources allouées au sein des établissements de santé (13).

Plusieurs méthodes ont été développées de revue de pertinence. La plus utilisée et validée dans le monde est la méthode dite AEP (*Appropriateness Evaluation Protocol*) publiée en 1981 par Gertman et Restuccia (14), traduite en France en 1991 par Davido *et al.* (15) (AEPf) dans le service des urgences de la Pitié Salpétrière (AP-HP) puis validée par Robain *et al.* en 1999 (16).

2.5.1 Grille AEP en court séjour

► Méthodologie

La méthode AEP court séjour est fondée sur des critères explicites indépendants de la pathologie traitée. Une liste de critères apprécie la **pertinence des admissions** à l'hôpital, une autre la **pertinence des journées** d'hospitalisation, indépendamment de toute justification sur la décision d'hospitalisation du patient.

La grille des admissions comprend deux parties : 6 critères liés aux soins délivrés et 10 critères de sévérité clinique. La grille des journées d'hospitalisation comprend 24 critères : 10 critères sur les soins médicaux délivrés, 6 critères sur les soins infirmiers et 8 critères sur l'état clinique du patient.

La réponse « oui » à l'un des items de la grille implique que l'admission ou la journée d'hospitalisation sera jugée pertinente. Certaines situations étant particulières, l'avis d'expert permet de qualifier une journée comme pertinente, alors qu'aucun item n'est coché. Cet avis d'expert, appelé « override », doit toutefois être explicité.

Les causes pouvant expliquer des séjours ou des admissions considérés comme non pertinents sont identifiées dans la deuxième partie du questionnaire. Ces causes peuvent être structurelles, organisationnelles ou humaines (i.e. liées au professionnel de santé ou au patient et sa famille).

Les éléments d'explication sont de deux ordres :

- un dysfonctionnement extra-hospitalier (manque de structures d'aval, demande du patient ou du médecin de ville) ;
- des problèmes d'organisation intra-hospitalière (attente d'une consultation, d'un examen, difficultés de programmation des hospitalisations…).

► Recommandations pour l'utilisation des grilles AEP en France

En 2004 l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) (17) a publié un guide de Revue de pertinence des soins applicable aux admissions et aux journées d'hospitalisation de court séjour. Le guide Anaes s'appuyait sur la grille AEPf. L'objectif de ce guide était d'aider les professionnels de santé à mettre en œuvre dans les services la méthode de revue de pertinence des soins.

► Utilisation pour la mesure des inadéquations en court séjour

En court séjour, l'étude la plus récente est l'enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières (ENIH) commandée par la DGOS à la société SANESCO (18,19). D'autres travaux portant sur un nombre plus limité de séjours ont également été publiés en France (6,13,20).

Enquête ENIH

En 2008, une enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières (ENIH) (18,19) avait été commandée par la DGOS à la société SANESCO. Le rapport final a été livré en septembre 2011. Ce travail avait pour but de déterminer le niveau des inadéquations hospitalières en médecine et chirurgie de court séjour, en France métropolitaine, et en particulier la part de celles qui seraient évitables, leurs origines et l'impact économique de leur réduction. L'enquête ENIH a porté sur 3 145 patients, répartis dans différents centres hospitaliers publics ou privés (73 établissements et 11 zones géographiques).

Pour les admissions

L'enquête a montré un taux faible d'inadéquations de l'ordre de 3,8 % (entre 3 % et 10 % en médecine et 1 % seulement en chirurgie) dans les établissements privés et publics non CHU. Les principales raisons des admissions inadéquates en médecine et chirurgie étaient la demande expresse du médecin de ville (38,9 % des cas), l'attente d'un avis diagnostique de cet hôpital (32,4 %), le retour au domicile transitoirement impossible (14 %) ou la décision du patient et de son entourage (13,2 %). Le refus de la demande par une structure d'aval (SSR ou autre) n'arrivait qu'en cinquième position, dans 9 % des cas.

En ce qui concerne le type d'hébergement le plus adapté pour le patient en cas d'inadéquation, les patients devraient être à leur domicile dans 45 % des cas (avec ou sans aide) ; le SSR paraissait adapté dans 27 % des cas et les structures de longue durée (EHPAD, EHPA, USLD) dans 25 % des cas.

Pour les journées

Les inadéquations « journées » représentaient en moyenne (sans correction par la durée de séjour), 12,5 % du total mais ce taux dépassait 20 % en médecine, dans les établissements privés et publics non CHU. En chirurgie, ce taux était de 10 % dans les établissements publics non CHU, mais était beaucoup plus faible dans les autres établissements.

Les principales causes de l'inadéquation étaient le refus d'une demande d'aval faute de place (56 % en chirurgie et 24 % en médecine) et les problèmes d'organisation des soins en médecine. La décision du patient ou de sa famille est notée dans 11 % des cas en médecine, 14 % des cas en chirurgie.

L'hébergement devrait avoir lieu en unité de SSR (80 % pour les patients de chirurgie et 41 % pour ceux de médecine) ou au domicile (avec ou sans aide) (37 % en médecine et 14,5 % en chirurgie).

Autres études

Les résultats de l'enquête ENIH sont concordants avec d'autres études publiées antérieurement.

En 2006 le CHU de Nantes (13) avait mesuré que sur 219 séjours dans l'unité de médecine interne et de médecine polyvalente il y avait 32,4 % de journées inadéquates et pour 80 % des cas de patients relevant d'une structure avec hébergement, la cause d'inadéquation était l'indisponibilité des services d'aval.

De même une étude du CHU de Grenoble avait montré à partir d'un recueil d'information concernant 352 patients en chirurgie et en médecine que la demande de transfert en SSR n'avait été satisfaite que pour la moitié des patients (6).

Enfin, dans une étude menée sur l'ensemble des services du CHU de Caen en 2001, l'attente d'une place en SSR était la cause la plus fréquente (68 %) des journées inappropriées retrouvées en utilisant le *Delay Tool* (20).

Les séjours des patients sont donc prolongés en court séjour alors qu'ils relèvent d'une autre structure ou du domicile. La raison principale évoquée est le refus de la structure d'aval, sachant que la structure la plus appropriée est très majoritairement l'unité de SSR. Ainsi une hospitalisation peut être « non pertinente » mais « justifiée » par le fait qu'une autre structure plus adaptée n'existe pas ou n'est pas disponible.

2.5.2 Grille AEP-SSR

La grille AEPf ne s'appliquant qu'au court séjour, deux grilles spécifiques permettant d'évaluer la pertinence des soins en SSR ont été développées en France à partir de 2006 dans le cadre du réseau Qualisanté44[11] (Loire Atlantique) (21,22) pour les journées, et en

[11] Le réseau QualiSanté44 a été créé fin 2005 par l'Agence régionale d'hospitalisation, devenue Agence régionale de santé, et des établissements de santé du département de la Loire Atlantique, afin de favoriser le partage d'expériences et de mutualiser leurs compétences en matière de management de la qualité, de gestion

2008, par le réseau qualité des établissements de Franche Comté (REQUA)[12] pour les admissions (23). Ces deux grilles sont présentées successivement.

► AEP-SSR Journées du réseau Qualisanté44

La méthodologie d'élaboration de cette grille est dérivée de celle du consensus formalisé d'experts[13] de la HAS (24) en prenant pour point de départ la grille AEPf et en l'adaptant aux éléments spécifiques du SSR. Cette grille comprend 16 critères (cf. liste ci-dessous) de pertinence d'une journée en SSR :

- Surveillance sous scope
- Soins de pansements complexes
- Surveillance paramédicale au moins 3 fois par 24h d'une même constante sur prescription médicale
- Surveillance d'un traitement médicamenteux sous supervision médicale directe
- Bilan diagnostique en cours (liste dans le guide du remplissage)
- Soins techniques infirmiers
- Nutrition entérale provisoire ou en cours d'adaptation
- Acte invasif médical ce jour :
  - *Soins de suite* : Bilan et/ou prise en charge coordonnée ce jour par au moins 2 professionnels de la réadaptation.
  - *Médecine physique et de réadaptation* : Bilan et/ou prise en charge coordonnée ce jour par au moins 2 professionnels de la réadaptation dont au moins un du groupe 1 ou par un professionnel du groupe 1 durant au moins 1 heure.
- Programme de prise en charge spécifique
- Soins palliatifs
- Patient douloureux
- Bilan en cours d'une perte d'autonomie récente ou non stabilisée
- Bilan et prise en charge d'une dénutrition sévère
- Pathologie intercurrente récente, évolutive ou non stabilisée, apparue lors de l'hospitalisation
- Séjour de répit programmé dont la durée est limitée et définie dans le temps.

Elle porte uniquement sur la pertinence des journées d'hospitalisation (sans volet pertinence des admissions comme dans la grille AEPf). Elle a fait l'objet d'une étude de validation en 2009 pour 406 journées d'hospitalisation dans 17 établissements de SSR du réseau Qualisanté44 (21,22).

Les résultats de la validation indiquent une bonne reproductibilité de la grille concernant la mesure des journées d'hospitalisation inadéquates (coefficient Kappa[14] de 0,68 [0,61-0,76]). En revanche la concordance entre les experts concernant l'analyse des causes de non pertinence est plus modérée, et variable selon les items (soins ou service responsable de la présence du patient, lieu d'hébergement adapté, raison principale expliquant la journée non pertinente). Une réflexion pour simplifier les causes de non pertinence a été menée et une nouvelle proposition de grille définitive a été faite en 2010.

---

des risques et d'évaluation. Il regroupe une quarantaine d'établissements (publics, privés, participant au service public hospitalier : PSPH) du département de la Loire-Atlantique. Depuis septembre 2011, une vingtaine d'établissements médico-sociaux participent aux activités du réseau.

[12] Le RéQua est un groupement d'intérêt public (GIP) régional regroupant, depuis octobre 2001, la quasi-totalité des établissements de santé publics et privés de Franche Comté.

[13] 33 experts appartenant à plusieurs disciplines ont été sollicités.

[14] Le test Kappa mesure l'accord entre observateurs lors d'un codage qualitatif en catégories. Il se mesure en évaluant la différence entre le degré d'accord observé effectivement et la probabilité d'un accord aléatoire. K = 1 s'il y a accord total entre les observateurs ; K négatif ou nul si total désaccord ou accord aléatoire.

L'étude de validation de la grille avait révélé un taux élevé de non pertinence des journées en SSR de l'ordre 43 % (22). Le soin le plus souvent responsable du maintien dans la structure de SSR était l'aide à la vie quotidienne (30,8 % et 49,6 % selon l'expert). Le domicile constituait le lieu d'hébergement le mieux adapté (pour 51,6 % ou 53,4 % des patients selon les experts), le court séjour hospitalier ne représentant le lieu d'hébergement adapté que pour 1 % à 2 % des patients.

Une seconde grille visant à déterminer les causes des séjours inappropriés a ensuite été développée, en utilisant la même méthodologie que pour la première grille. 19 causes ont été listées, regroupées dans trois rubriques (facteurs internes d'organisation, facteurs externes d'organisation et raisons liées au patient et à sa famille). Ces critères ont été testés sur un échantillon de 576 journées d'hospitalisation en SSR dans 22 établissements. Le coefficient Kappa était de 0,80 (0,66-0,92 – IC à 95 %) (25).

Les problèmes d'organisation externe étaient identifiés comme cause de non pertinence dans plus de la moitié des cas, principalement en raison de la non disponibilité d'une structure d'aval du SSR (un tiers des patients) et l'attente de la mise en place d'un système d'assistance à domicile (plus de 8 % des patients).

En résumé, la grille AEPf-SSR développée par Qualisanté44 :

- a fait l'objet d'une étude de validation concernant la pertinence du séjour et l'analyse des causes de non pertinence ;
- porte exclusivement sur la pertinence des journées d'hospitalisation et non sur les admissions en SSR. Elle ne peut donc pas être utilisée pour évaluer la pertinence des demandes de transfert de la médecine ou de la chirurgie vers le SSR, puisqu'elle s'applique principalement à l'aval du SSR (et non à l'aval de la médecine ou de la chirurgie en court séjour) ;
- n'a été testée que sur un nombre limité de journées et dans une zone géographique restreinte (département de la Loire Atlantique).

Conclusion : la grille AEPf-SSR nécessite une étude sur un territoire plus large, et ne répond pas directement à la question de la pertinence des demandes de transfert en SSR par les services de court séjour, du fait qu'elle porte uniquement sur les journées et non sur les admissions.

► Grille AEP-SSR Admissions du réseau REQUA

Le réseau qualité des établissements de Franche Comté (REQUA) a élaboré une revue de pertinence des soins **des admissions en SSR fondée également sur la grille AEP** pour les patients adultes (23).

Après discussion avec un groupe de professionnels en SSR régionaux, deux grilles d'évaluation ont donc été élaborées par le groupe de travail composé de professionnels de services SSR de la région :

- une grille d'évaluation de la pertinence des admissions en soins de suite polyvalents (SSP) ;
- une grille d'évaluation de la pertinence des admissions en médecine physique et de réadaptation (MPR).

L'outil comporte deux parties (cf. Annexe pour la présentation de la grille) : une liste de critères explicites liés à l'état clinique et une série de questions.

Les critères explicites sont les suivants :

Pour la grille MPR :

- État du patient nécessitant une présence médicale continue en MPR.
- État du patient nécessitant une prise en charge globale en MPR.

Pour la grille Soins de suite polyvalents :

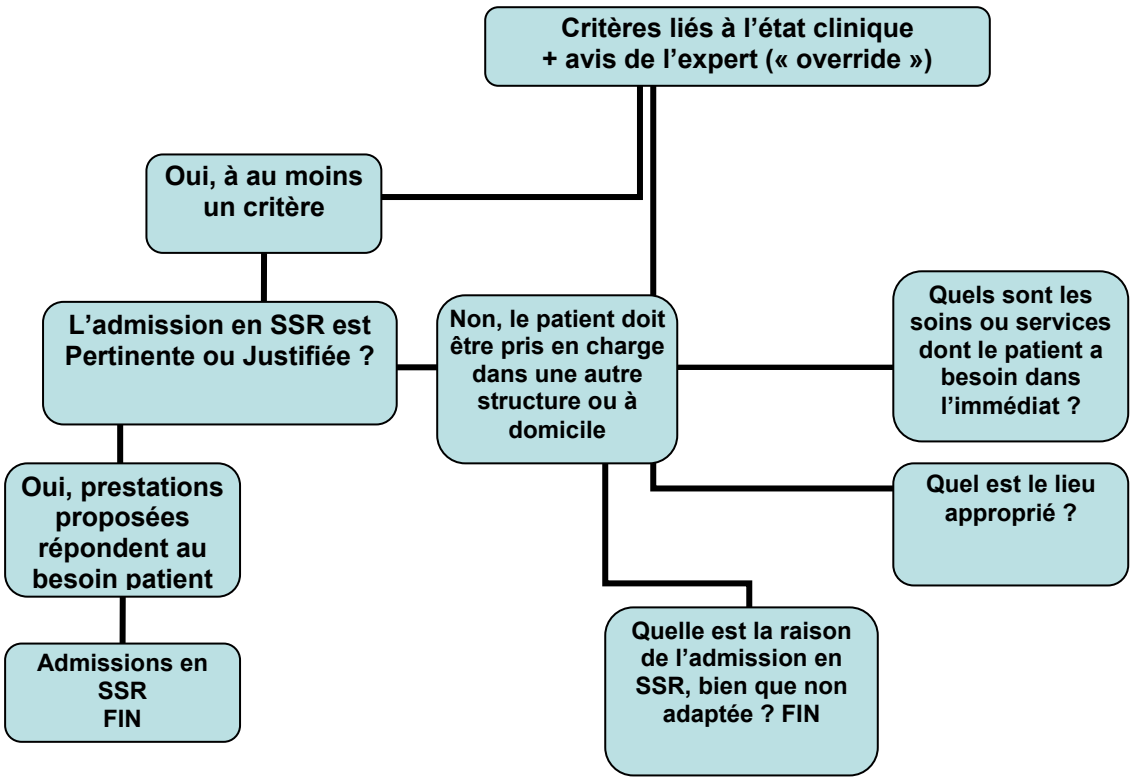
- Besoin d'une présence médicale continue avec potentiel de rééducation idéntifié
- Besoin d'une prise en charge globale par une équipe pluridisciplinaire avec potentiel de rééducation identifié
- Dépendance physique ne permettant pas un maintien ou un retour à domicile depuis un court séjour avec potentiel de rééducation identifié
- Soins médico-techniques lourds nécessitant l'utilisation de matériel et/ou de services uniquement disponibles dans cette structure
- Évaluation gérontologique.

Lors de l'évaluation des admissions, la réponse positive à l'un des critères explicites de la grille indique que l'admission est techniquement pertinente, ce qui signifie qu'elle est expliquée soit par l'état clinique du patient, soit par la fourniture de prestations médicales ou paramédicales de haut niveau technique.

Si les critères techniques sont satisfaits mais que le patient ne doit néanmoins pas être admis dans une structure de SSR, les soins ou les services dont le patient a besoin dans l'immédiat sont décrits et le lieu le plus approprié de prise en charge est déterminé (domicile, structure d'hébergement non médicalisée, autre structure d'hébergement médicalisée). Enfin, si l'admission en SSR a quand même été réalisée alors qu'aucun critère explicite ne le justifiait, la raison de cette admission est quand même renseignée.

Le logigramme des deux grilles est résumé sur la figure 1.

Figure 1. Logigramme utilisé dans la revue de pertinence des soins des admissions. Grille REQUA - Admission en soins de suite polyvalents ou en médecine physique et de réadaptation



Source : Logigramme établi par la HAS à partir de la grille du REQUA.

Le REQUA met à la disposition des établissements les deux grilles élaborées (cf. Annexe), mais également un guide d'utilisation de la grille de recueil et des structures à mettre en place dans l'établissement (comité de pilotage, groupe de travail, responsable du recueil). Ces deux grilles des admissions peuvent être utilisées à plusieurs niveaux : sur l'ensemble de l'établissement s'il est uniquement SSR, sur quelques services ou à l'échelle d'un service.

L'évaluation concerne les patients adultes.

Un test d'évaluation des guides d'utilisation a été effectué par le groupe de travail régional. Ce test a été réalisé sur les dix derniers patients admis dans le service. Il a permis de vérifier en situation réelle la pertinence et la fonctionnalité des outils, ainsi que le temps nécessaire pour réaliser un recueil des données et de repérer les contacts nécessaires au bon déroulement de l'enquête.

En résumé, la grille REQUA a l'avantage :

- de suivre les principes méthodologiques des grilles AEP ;
- de distinguer la prise en charge en soins de suite polyvalents de la médecine physique et de réadaptation ;
- de s'appuyer sur les critères de prise en charge en SSR élaborés par le Groupe MPR Rhône Alpes et la FEDMER en 2008 (10) ;
- d'être simple d'utilisation et d'analyser les types de prise en charge les plus adaptés, ainsi que les raisons pour lesquelles le patient a quand même été admis en SSR.

Les inconvénients de cette grille sont :

- d'avoir été élaborée du point de vue du SSR et non de celui du service de court séjour ;
- de raisonner à la fois *a priori* (choix de la structure) et *a posteriori* (raison pour laquelle le patient a finalement été admis en SSR alors que ce n'était pas justifié).

Conclusion : Au regard des objectifs de la DGOS, la grille REQUA qui porte sur les admissions semble plus appropriée que la grille AEPf-SSR du réseau Qualisanté44 qui ne porte que sur les séjours. Elle n'est toutefois ni validée pour un grand nombre de séjours répartis sur la France entière, ni publiée.

2.5.3 Grilles AEP retrouvées dans la littérature internationale

► Recherche documentaire

La recherche documentaire sur les grilles proposées à l'étranger a été effectuée en deux temps. Dans un premier temps sur l'ensemble des publications utilisant le mot *Appropriatness Evaluation Protocol* (AEP) sans limitation de durée, puis dans un deuxième temps en croisant AEP et les mots « rehabilitation, sub-acute, intermediate care, subacute care, rehabilitation centers, intermediate care facilities ».

189 articles concernant l'AEP ont été identifiés publiés entre 1981 et 2011. La répartition des thèmes des publications est présentée dans le tableau 3. Aucun article testant ou utilisant l'AEP en soins de suite n'a été retrouvé à l'issue de cette première recherche. La majorité des publications concernait la mise au point ou le test de la grille AEP court séjour, que ce soit pour les admissions ou les séjours. 24 pays étaient concernés dont la majorité dans les pays du sud de l'Europe (Espagne, Italie) (cf. tableau 3). Sept publications ont été identifiées pour la France.
Les articles permettant de prendre en compte le contexte de vie du patient et ceux présentant la méthodologie générale de l'AEP ont été sélectionnés (22 articles). Ils pourront, si nécessaire, servir d'appui méthodologique pour la construction de la grille de transfert en SSR.

Tableau 3. Grilles AEP : résultats de la recherche bibliographique

Thème	Nombre d'articles retrouvés	Pays* et nombre d'articles
Méthodologie concernant la mise au point d'une grille AEP pour le court séjour en général ou spécifiquement pour un pays	30	Etats Unis [5], Canada [5], Australie [2] Ensemble de l'Europe [1], Allemagne [6], Danemark [2], Espagne [31], France [7], Italie [24], Pays Bas [2] Portugal [3], Royaume Uni [7], République Tchèque [1], Suisse [3] Afrique du Sud [1], Corée du Sud [1], Egypte [1], Hong-Kong [1] Iran [1], Israël [1] Malaisie [1], Mexique [1], Tunisie [1], Turquie [1].
Test de la grille AEP court séjour	135	
Test autre grille court séjour	1	
Test grille AEP en gériatrie et/ou pour les personnes âgées	4	
Test grille AEP pour les urgences	2	
Mise en relation de l'AEP avec le contexte	4	
Utilisation pour analyser les conséquences d'une restructuration hospitalière	1	
Utilisation de l'AEP pour les hôpitaux de communauté	1	
Position des médecins vis-à-vis de l'AEP	1	
Revue systématique des méthodes utilisées en court séjour	1	
Hors sujet	9	
Total	**189**	

* si identifiable dans le résumé

Une deuxième recherche bibliographique a ensuite été réalisée. Son objectif était de trouver des grilles de transfert du court séjour au SSR dans la littérature internationale. 76 articles ont été identifiés en croisant AEP et SSR pour la période allant du 1er Janvier 2000 au 1er janvier 2012. La plupart avait été retrouvée dans la recherche AEP précédente ou ne portaient que sur des critères de sélection du SSR pour une pathologie spécifique.

5 articles proposant des grilles d'admission en SSR ont été sélectionnés.

- Un article sur la mise au point de la grille AEP italienne pour les soins de suite et de réadaptation (grille PRUO[15]).
- Trois articles concernaient l'utilisation de la grille *InterQual® Level of Care Criteria* américaine appliquée aux soins de SSR en Australie.
- Un article britannique était consacré à la pertinence des admissions dans les hôpitaux de communauté.

► Résultats

La place des soins de suite dans le système de santé est une thématique peu abordée dans la littérature internationale. Ces soins se situent dans la trajectoire de soins (*Clinical pathways*) entre les soins aigus hospitaliers (*acute care*) et les soins de longue durée (*Long term care*) ou le domicile (26). Ils font référence à des soins dits « de transition » (*transition care*) ou de réadaptation (*rehabilitation*). Certains patients peuvent bénéficier de soins inappropriés dans une structure, alors qu'ils seraient mieux pris en charge dans une autre structure ou à leur domicile.

Au niveau international, il existe peu d'exemples de grilles utilisables en SSR. Poulos et Eagar font référence à trois grilles américaines qui ne sont pas en accès libre :

- *The Managed Care Appropriateness Protocol* (MCAP) fondé sur l'AEP (The Oak Group).

- Le *Milliman Care Guidelines, recovery facility care* (Milliman, Etats Unis)[16].

- *The InterQual® Level of Care Criteria* développée aux Etats Unis par McKesson Corporation en 1978 et actualisée chaque année. Elle a été testée dans plusieurs pays, sans que sa validité et sa fiabilité ne soit acquise. Elle n'est pas accessible directement, mais les critères compris dans cette grille ont été présentés par Poulos *et al.* dans le cadre de son utilisation en Australie (26-28).

  - La grille *InterQual®* comprend des algorithmes visant à déterminer la pertinence de l'admission, des séjours et des sorties, ainsi que des recommandations sur le niveau le plus approprié de soins.
  - Une admission en SSR est jugée appropriée si les patients remplissent des critères appartenant à cinq catégories :
    - ✓ les patients doivent avoir une maladie, une blessure, un acte chirurgical ou une complication.
    - ✓ ils doivent avoir une diminution de l'état général nécessitant un minimum d'assistance.
    - ✓ leur état clinique doit être stabilisé.
    - ✓ ils doivent être capables de tolérer un programme de réhabilitation ou de traitement.
    - ✓ du fait de la complexité clinique, le traitement ne doit pas nécessiter un faible niveau de soins.

[15] *Protocollo di revisione dell'utilizzo dell'Ospedale*.
[16] http://www.careguidelines.com/products/rfc.shtml

- Dans la grille *InterQual*® 2006 il existe deux niveaux de soins de réadaptation :
  - ✓ la réadaptation aiguë (intervention d'un médecin au moins trois fois par semaine, soins infirmiers disponibles en permanence, équipements de réadaptation spécialisés disponibles et expertise thérapeutique nécessaire)
  - ✓ ou la réadaptation post-aiguë qui comprend trois niveaux :
    - soins infirmiers qualifiés disponibles quotidiennement, au moins deux types de traitement nécessaires.
    - soins infirmiers disponibles au moins 4 heures par jour, une à deux heures de traitement par jour.
    - soins infirmiers requis au moins une fois par jour, au moins une heure de traitement par jour.

Dans une étude portant sur 242 patients, Poulos *et al.* (27) avaient ainsi identifié 38 patients[17] pouvant retourner à domicile d'après les critères *InterQual*®. 31 patients (81,5 %) étaient effectivement retournés à leur domicile, mais 6 (15,7 %) avaient néanmoins été pris en charge en SSR et un patient (2,6 %) avait été transféré vers un autre hôpital de court séjour.

La grille italienne a été adaptée pour les admissions en SSR (29). Elle comprend 15 critères et six raisons pour lesquelles le patient a néanmoins été admis en SSR. Les critères justifiant l'admission sont :

- L'existence d'un plan de réhabilitation complet ou incomplet.
- L'impossibilité d'utiliser un autre type de prise en charge (hôpital de jour ou soins ambulatoires) du fait de l'immobilisation du patient ou de questions logistiques liées à la famille.
- Le démarrage de soins de réhabilitation conformément au plan de réhabilitation.

L'outil PRUO réhabilitation a été testé sur une cohorte rétrospective de 502 patients ayant séjourné au moins une nuit dans un service de SSR dans le Nord de l'Italie, en 2007 (29). 38 (7,5 %) des admissions en SSR n'étaient pas appropriées, la plupart du temps la prise en charge aurait pu être réalisée à l'extérieur de l'établissement de santé (patient en observation ou nécessitant des soins infirmiers de base).

La totalité de la grille PRUO réhabilitation n'ayant pas été publiée, la HAS a pris contact avec l'auteur pour l'obtenir. Elle n'est pour l'instant accessible qu'en italien et doit être traduite.

Une publication britannique sur l'accès aux hôpitaux locaux (*community hospitals*) (30) qui ont une fonction de soins aigus, post aigus et de rééducation ainsi que des soins palliatifs avait identifié neufs critères justifiant la prise en charge dans ce type de structure :

- Le patient a besoin de soins aigus qui ne relèvent pas d'un hôpital de district mais nécessite des soins médicaux en établissement et des soins infirmiers.
- Le patient est en récupération d'une intervention chirurgicale majeure (moins d'une semaine après l'opération).
- Il existe un programme de rééducation.
- Il y a une détérioration de son état fonctionnel (en cas de maladie chronique). Des soins suffisants doivent être disponibles dans l'hôpital de communauté pour en vérifier les causes et fournir un traitement.
- Soins palliatifs
- Etat confusion aigu (dans les 48 heures et avec un diagnostic provisoire).
- Patient nécessitant une hospitalisation pour plusieurs investigations médicales.

[17] 20 suites d'AVC, 3 suites de fracture de la hanche, 1 suite d'amputation, 14 suites à d'autres affections.

- Transfusion sanguine.
- Soins de répit (prise en charge de personnes handicapées avec répit des aidants).

Les hôpitaux de communauté ont toutefois des fonctions plus larges que le strict SSR.

2.5.4 Le logiciel trajectoire

Un projet de coordination territoriale entre MCO et SSR avait été initié par l'ARH Rhône-Alpes. Ce projet, élaboré par la cellule d'animation de la coordination « Rhône-Réadaptation » avec l'ensemble des coordinations en soins de suite et de réadaptation de la région Rhône-Alpes met à disposition des équipes de court séjour un logiciel[18] d'aide à l'orientation des patients et un annuaire des soins de suite et de réadaptation de France. La base initiale de ce travail était le rapport d'Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) dans les établissements de santé intitulé « Préparation de la sortie du patient hospitalisé » de l'Anaes (32). Le logiciel s'appuie sur un annuaire des structures de soins de suite et de réadaptation de la région, renseignant ainsi sur les places disponibles dans chacune des structures et sur les compétences disponibles. Le logiciel a été généralisé à l'ensemble de la région Rhône-Alpes en 2007 après une période de test. En 2011 il est utilisé par 12 régions françaises[19] (+2 prévues).

Il a pour objectif :
- de fluidifier la filière de soins SSR ;
- d'améliorer la recherche d'une place en SSR, notamment par le remplissage d'une fiche d'admission unique ;
- de faciliter le dialogue entre les structures MCO et SSR ;
- et de disposer d'outils d'analyse des orientations des patients en SSR.

Le logiciel permet ainsi concrètement :

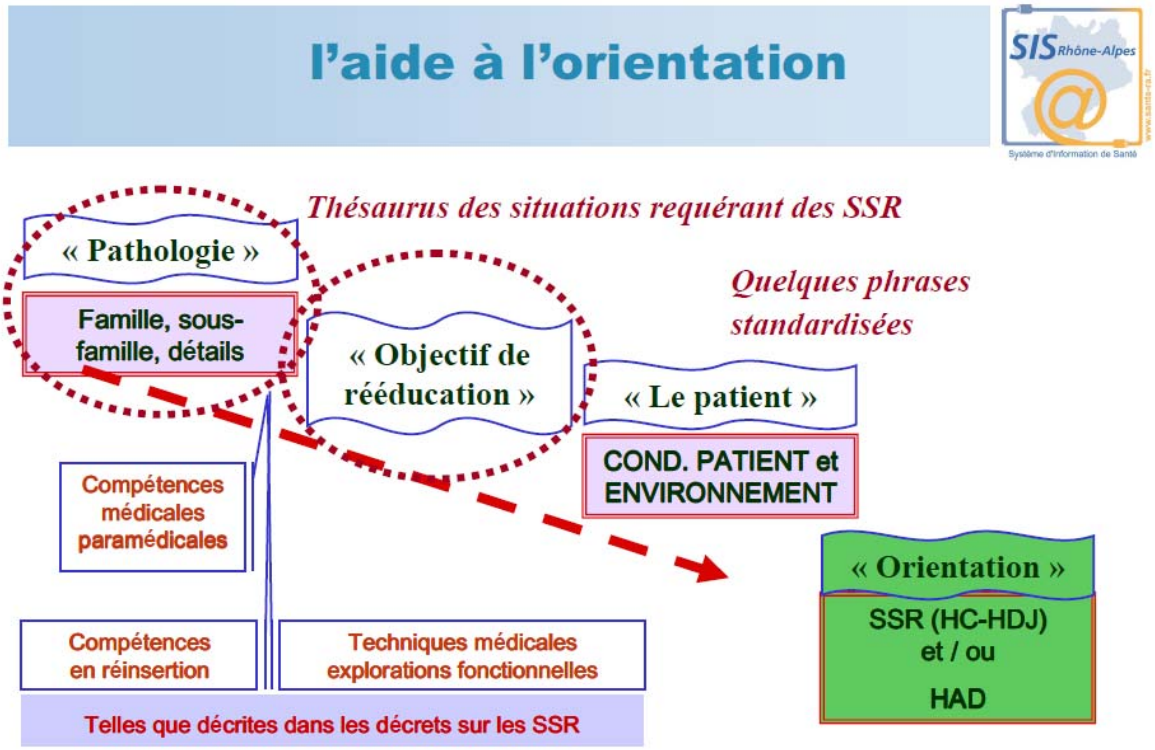
- de connaître rapidement, pour chaque patient, la ou les structures de soins capables de prendre en charge le projet de rééducation et de réadaptation nécessaire ;
- de prendre en compte certaines spécificités susceptibles de modifier le type de prise en charge ;
- d'être assuré que la ou les structures identifiées possèdent toutes les compétences humaines ou techniques requises ;
- d'identifier les structures proches du domicile du patient ou de celui de sa famille ;
- de permettre aux professionnels de santé de réaliser le dialogue par voix électronique sécurisée entre le prescripteur de soins et la ou les unités de SSR concernées.

L'aide à l'orientation se fonde sur 4 éléments (33) :

- la pathologie ou situation requérant une prise en charge (thésaurus des pathologies requérant des SSR) ;
- les objectifs de la prise en charge : en fonction de la pathologie ;
- le patient : son environnement, son adresse ;
- les ressources : ressources et soins techniques, plateaux techniques de rééducation, professionnels de rééducation et de réadaptation.

[18] Il s'agit d'un logiciel d'aide à l'orientation des patients sur Internet qui a été développé par la direction des systèmes d'information des Hospices civils de Lyon (HCL) sous le pilotage de la cellule de coordination territoriale des SSR sur les secteurs de Lyon et de Villefranche sur Saône appelée Rhône-Réadaptation avec l'ensemble des coordinations territoriales de la région (31).
[19] Alsace, Auvergne, Basse Normandie, Bourgogne, Haute Normandie, Ile de France, Midi Pyrénées, Nord Pas de Calais, Pays de la Loire, Picardie, Poitou Charentes, Rhône Alpes.

Figure 2. Les différentes phases d'orientation en SSR dans le logiciel Trajectoire d'après le thésaurus médical de « Trajectoire » et « Thésaurus manager » (33).



Le logiciel permet de confirmer qu'une structure SSR est adaptée et de trouver au sein de la région celle qui est la plus adaptée à la situation du patient. Le service prescripteur contacte alors directement la ou les structures d'accueil souhaitées *via* une fiche de demande d'admission en ligne. Après acceptation de la demande, le service de soins aigus remplit une fiche de transfert à destination de la structure d'accueil, qui récapitule les renseignements concernant le patient.

Une modification du logiciel permettant l'inclusion de l'accord préalable de l'Assurance maladie est à l'étude en 2011 (34).

Données accessibles[20]

Un suivi du logiciel Trajectoire permet l'élaboration de statistiques. Les prescriptions envoyées (c'est-à-dire les demandes d'admission) par les établissements MCO utilisant le logiciel Trajectoire sont comptabilisées ainsi que les admissions effectives en SSR. Il est ainsi possible d'observer les besoins réellement couverts par structure, type de SSR, pathologie et d'analyser de façon synthétique les caractéristiques des patients pour lesquels une demande de placement a été effectuée, réalisée ou refusée.

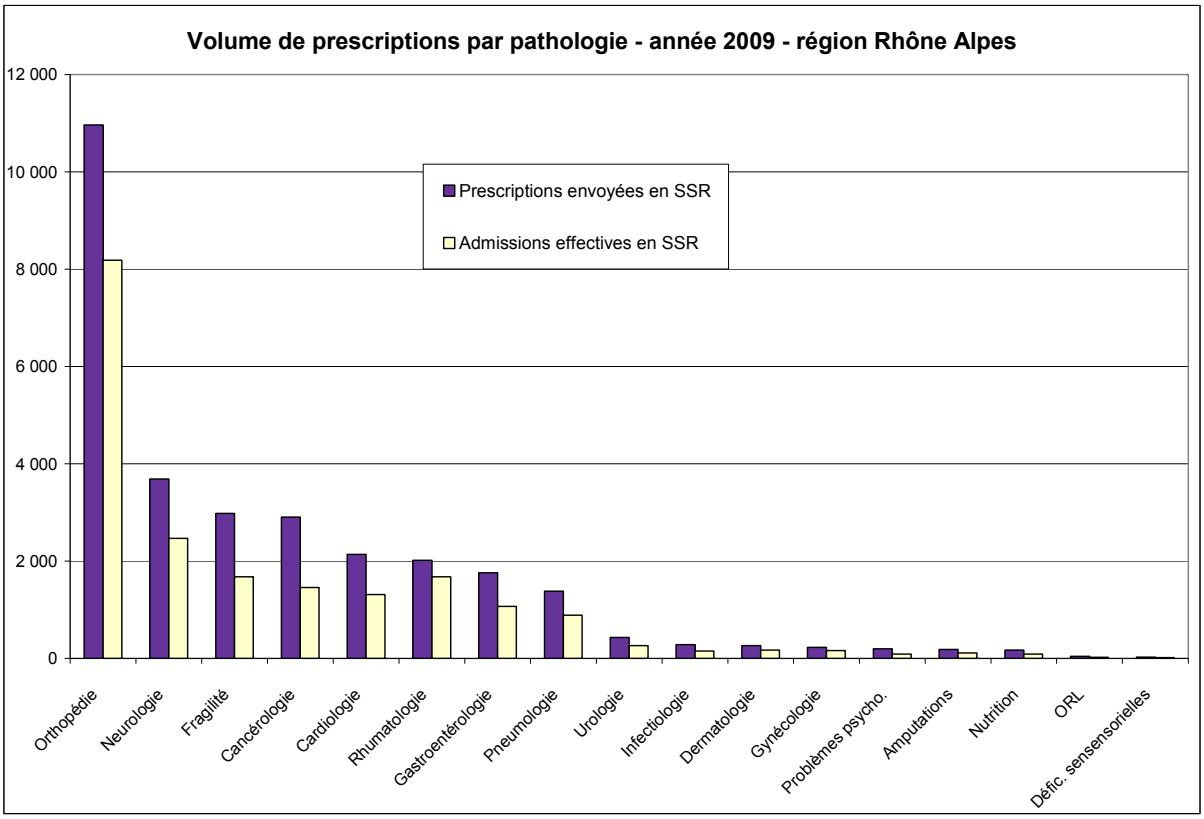
Les statistiques transmises par Trajectoire à la HAS ont permis de faire une analyse des transferts de trois établissements : deux établissements receveurs et un établissement prescripteur.

L'estimation des besoins non couverts pour ces trois établissements est particulièrement intéressante puisqu'elle permet d'observer les patients refusés ainsi que les motifs de refus.

[20] D'après André-Vert J, Couillerot-Peyrondet AL. Orientation en soins de suite et de réadaptation d'un patient âgé, hospitalisé en service de court séjour. Note de cadrage, présentée au CVR le 21 septembre 2010, non publiée.

Les demandes d'admission pour des patients ayant des problèmes psychologiques ou nécessitant des soins pour un cancer étaient souvent refusées : en 2009, entre 50 % et 55 % de ces demandes ont été refusées (figure 3).

Figure 3. Comparaison entre les demandes d'admissions et les admissions effectives en SSR.



Le recueil des demandes d'admission dans un établissement SSR a permis d'évaluer le taux de refus de placement à 33 %. Parmi ces dossiers refusés, 58 % des patients avaient plus de 60 ans et 27 % avaient plus de 75 ans. Les patients refusés étaient également nombreux à nécessiter une aide complète pour le déplacement (43 % des refus), faire sa toilette (47 %), l'habillage (48 %), aller aux toilettes (32 %), l'alimentation (15 %) et la communication (communication ou expression altérée pour 46 % des refus).

Dans un autre établissement receveur (SSR), on notait 34 % de demandes d'admission refusées. Les motifs de refus étaient les suivants :

- les soins dépassent les possibilités actuelles de l'établissement : 78 % des refus ;
- malgré une indication incontestable, aucune place n'est disponible dans un délai raisonnable : 4,5 % des refus ;
- le patient, tel que décrit, relève d'un autre type de prise en charge : 2 % des refus ;
- après évaluation, aucun bénéfice ne peut être attendu d'un séjour en SSR ; le problème semble principalement social : 1,2 % des refus ;
- la rédaction de la demande d'admission ne permet pas de se prononcer : 9 % des refus ;
- après évaluation, l'incertitude de l'évolution à court terme ne permet pas d'élaborer un projet de réadaptation : 0,21 % des refus ;
- le patient (famille) n'est pas domicilié sur le territoire couvert par l'unité SSR ou HAD : 0,21 % des refus.

Dans un établissement prescripteur, 39 % des demandes d'admission ont été refusées. Les motifs de refus étaient les suivants :

- les soins requis dépassent les possibilités actuelles de l'établissement : 17 % des refus ;
- malgré une indication incontestable, aucune place ne sera disponible dans un délai raisonnable : 33 % des refus ;
- le patient, tel que décrit, relève d'un autre type de prise en charge : 16 % des refus ;
- avis défavorable du consultant : 9 % des refus ;
- après évaluation, aucun bénéfice ne peut être attendu d'un séjour en SSR ; le problème semble principalement social : 2 % des refus ;
- la rédaction de la demande d'admission ne permet pas de se prononcer : 2 % des refus ;
- l'offre de soins de l'établissement est temporairement modifiée : 0,4 % des refus ;
- après évaluation, l'incertitude de l'évolution à court terme ne permet pas d'élaborer un projet de réadaptation : 0,4 % des refus ;
- le patient (famille) n'est pas domicilié sur le territoire couvert par l'unité SSR ou HAD : 7 % des refus.

3 Analyse de la demande

3.1 Faisabilité

3.1.1 Des grilles opérationnelles sont disponibles et peuvent servir de base à la réflexion

En France la grille du REQUA suit la méthode AEP et répond à l'objectif de la saisine, mais il s'agit d'une grille *a posteriori*, réalisée du point de vue du SSR. De plus elle n'a pas été évaluée ni validée sur un échantillon important de dossiers hospitaliers.

Les grilles utilisées à l'étranger sont difficilement accessibles ; certains éléments sont néanmoins publiés partiellement et pourront donc alimenter la réflexion. Il en est de même concernant la grille du réseau Qualisanté44.

3.1.2 Les critères d'admission devront s'affranchir des contraintes sur l'offre

La demande de la DGOS porte exclusivement sur la demande d'hospitalisation en SSR. Il s'agira donc de définir des critères d'orientation *a priori* vers un établissement SSR, quelle que soit l'offre disponible pour les recevoir.

Pour autant, les projections de la FEDMER (35) montrent que les effectifs de médecins spécialistes en médecine physique et de réadapation devraient très fortement diminuer, passant de 1 800 en 2009 à 700 praticiens en 2025. Les structures de SSR sont également confrontées à des difficultés importantes pour le transfert de leurs patients vers des structures d'aval (25,31). Dans la situation de pénurie d'offre présente et à venir, les critères d'admission proposés par la grille pourraient avoir tendance à être plus restrictifs, afin de ne pas engorger ces structures. Il faudra veiller à ce que cela ne soit pas au détriment de patients qui se verraient refuser leur admission en SSR, alors qu'aucun autre type de prise en charge ne peut leur être proposé et que le retour à domicile est impossible. Aussi la grille devra tenir compte du besoin réel du patient (médical, psychologique, social…) et s'affranchir des questions d'offre. Il ne s'agira donc en aucun cas de proposer une modalité de gestion de la pénurie de l'offre actuelle dans certains secteurs ou régions.

3.1.3 Travaux déjà réalisés au sein de la HAS en relation avec le thème

En 2001 l'Anaes (32) avait publié un rapport d'Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé intitulé « Préparation de la sortie du patient hospitalisé ».

En 2003 l'Anaes (36) avait publié un rapport sur le retour à domicile des patients atteints d'accident vasculaire cérébral.

En 2004 l'Anaes (17) avait publié un guide de Revue de pertinence applicable aux admissions et aux journées d'hospitalisation de court séjour.

Plusieurs recommandations de la HAS ont précisé les indications d'un transfert en soins de suite et de rééducation, après chirurgie orthopédique (37-39).

Aucune de ces recommandations de la HAS n'a précisé les indications d'un transfert en SSR ou en HAD selon des critères généraux, indépendants de la pathologie de la personne hospitalisée.

3.2 Questions d'évaluation et contraintes de faisabilité

3.2.1 Questions évaluées

L'évaluation se propose de répondre à plusieurs questions :

La grille du REQUA permet-elle d'analyser la pertinence des demandes d'admission en SSR, en particulier lorsqu'elles sont issues du court séjour ?

Quelles sont les éventuelles modifications à apporter pour améliorer la grille REQUA afin de répondre à l'objectif de la saisine ou de rendre la grille plus lisible et facilement utilisable par les professionnels du secteur ?

Les différents éléments proposés par :
- les grilles étrangères ;
- les critères de sélection proposés par les sociétés savantes en soins de suite et de réadaptation ;
- les éléments méthodologiques des grilles AEP de court séjour ;
- la grille QUALISANTE 44

sont-ils utilisables pour améliorer les items de la grille du REQUA ?

3.2.2 Questions hors champ

La première note de cadrage avait permis de préciser les objectifs du demandeur et notamment d'apprécier les questions hors champ.

Ne seront pas traités dans le présent travail :
- L'analyse de l'offre actuelle de SSR et sa répartition sur le territoire ; cette analyse a été publiée par la DREES en 2011 (11).
- Le volume global des demandes d'orientation en SSR et l'impact budgétaire de la meilleure fluidité des transferts.
- Les standards internationaux décrits dans les manuels de certification des établissements de santé.

3.2.3 Réorientation de la demande

L'objectif initial de la saisine de la DGOS était de fournir un outil utilisable par les professionnels de santé exerçant en structures de court séjour. Si la question du transfert en SSR apparaît bien en aval de l'hospitalisation, l'admission en SSR peut également être

demandée par les médecins de ville pour une personne à domicile ou dans une structure médico sociale, ainsi que par les services d'urgence.

Il est donc proposé de réaliser une grille pouvant être utilisée par les services de médecine et de chirurgie de court séjour, mais également par les autres structures pouvant potentiellement adresser des patients aux services de SSR (médecine de ville et urgence notamment).

3.2.4 Points clés de l'évaluation

Le REQUA a accepté que le document intitulé « revue de pertinence des admissions en soins de suite et de réadaptation » serve de base à la réflexion du groupe de travail.

Le document du REQUA est un point de départ mais pourra être modifié librement par le groupe de travail.

La grille pilote proposée à l'issue de l'évaluation sera un outil d'aide à la décision *a priori* et correspondra à la démarche d'orientation menée par les personnels des établissements de santé (par opposition à un outil d'évaluation *a posteriori* utilisé par des évaluateurs externes).

4 Plan de réalisation proposé

4.1 Définition du périmètre de l'évaluation

4.1.1 Intitulé proposé

Construction d'un outil d'aide à la décision sous forme de grille de pertinence pour l'admission des patients en soins de suite et de réadaptation.

4.1.2 Objectifs de l'évaluation

A partir de la grille du REQUA, proposer un outil d'aide à la décision pour l'admission des patients en soins de suite et de réadaptation reposant sur la méthode AEP.

L'outil doit être compatible avec la réglementation qui définit l'activité des SSR, mais également avec les rubriques devant être renseignées dans le cadre de l'article D.6124-177-5.

4.1.3 Sociétés savantes ou associations à solliciter

Afin de constituer le groupe de travail et le groupe d'essai, les sociétés savantes et associations suivantes seront sollicitées :

- Association nationale des assistants de service social (ANAS)
- Association de recherche en soins infirmiers (ARSI)
- Association française de recherche et d'évaluation en soins infirmiers (AFRESI)
- Collectif inter associatif sur la santé
- Collège de la médecine générale
- Collège français de médecine d'urgence
- Collège national de la kinésithérapie salariée
- Conseil national professionnel de la cardiologie
- Conseil national professionnel des internistes
- Collège professionnel des gériatres français
- Collège français de chirurgie générale, viscérale et digestive
- Fédération française de médecine physique et de réadaptation (FEDMER)

- Fédération française de neurologie
- Fédération française de pneumologie
- Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en EHPAD
- Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
- Fédération nationale des infirmiers
- Organisation nationale des éducateurs spécialisés (ONES)
- Collège français de chirurgie orthopédique et traumatologique (CFCOT)
- Collège français de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

4.1.4 Partenaires institutionnels concernés

Agences régionales de santé (ARS)
Etablissements de santé publics ou privés.

4.1.5 Professionnels de santé concernés

Le demandeur (DGOS) insiste pour que ces recommandations soient à destination des équipes de court séjour en vue de mieux évaluer les besoins des patients pouvant relever d'un SSR, et non à destination des professionnels de SSR. La HAS propose d'étendre le public cible à tous les professionnels de santé susceptibles d'orienter des patients vers les services de SSR (médecine de ville et services d'urgence notamment).

Les principaux acteurs de la mise en œuvre des recommandations seront les médecins, cadre de santé infirmiers et les assistantes sociales, exerçant au sein d'établissements de santé des secteurs privé et public, en médecine de ville ou dans toute autre structure d'hébergement médicalisée ou non.

4.2 Méthodologie envisagée

4.2.1 Méthode de travail

La méthode s'appuyera sur deux guides méthodologiques de la HAS :

- « Elaboration de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles » (40) et,
- « Recommandations par consensus formalisé » (24,41).

Il s'agit de méthodes qui ont été initialement élaborées dans le cadre des recommandations de bonne pratique, mais qui peuvent également être utilisées et aménagées dans le cadre des autres productions de la HAS.

Ces méthodes sont pertinentes si au moins deux des trois conditions suivantes sont remplies :

- Absence ou insuffisance de littérature de fort niveau de preuve répondant spécifiquement aux questions posées.
- Possibilité de décliner le thème en situations cliniques facilement identifiables (liste d'indications, de critères, etc.).
- Controverse, avec nécessité d'identifier par un groupe indépendant et de sélectionner parmi plusieurs alternatives, les situations dans lesquelles une pratique est jugée appropriée.

Le présent sujet satisfait aux trois critères.

4.2.2 Type d'évaluation proposé

Elaboration d'un outil d'aide à la décision par consensus formalisé d'experts. Cette méthode sera aménagée en raison du caractère spécifique du projet :

- la revue de la littérature se limitera à la présente note de cadrage.
- la validation de la grille comprendra une phase dite « d'essai » dont la méthodologie est présentée dans le guide HAS « Elaboration de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles » (40).
- le produit final sera une grille pilote.

Le promoteur de ce projet est la HAS.

Les modifications à apporter à la grille du REQUA seront proposées par un groupe de travail et testées par le groupe d'essai.

4.2.3 Modalités de réalisation

La grille du REQUA constituera le document de base pour le Groupe de travail. Elle servira de base de discussion et sera modifiée par le groupe de travail autant que jugé nécessaire, aussi bien du point de vue de sa structure que de la rédaction des différents items. L'objectif de la grille est d'être un filtre permettant de ne sélectionner que les admissions jugées appropriées par le groupe de travail et/ou le groupe d'essai.

Groupe de travail

Le groupe de travail examinera sucessivement :

- La validité de la méthode AEP pour répondre aux questions posées
- L'intérêt, comme proposé dans la grille du REQUA, d'utiliser deux grilles distinctes, une pour les soins de suite polyvalents et une pour la médecine physique et de réadaptation
- L'application des grilles aux adultes et aux enfants
- L'évaluation de la capacité d'une grille unique à prendre en compte l'ensemble des critères de pertinence d'une prise en charge en SSR, quelle que soit le type d'affections
- La mise en relation et la concordance avec les critères élaborés par le Groupe MPR Rhône Alpes et la FEDMER en 2008 (10), notamment concernant les facteurs psychologiques, sociaux à prendre en compte, ainsi que le respect du choix du patient ou de sa famille
- Le type d'informations renseignées dans la grille, en particulier, faut-il que la grille
  - analyse les causes de non pertinence ?
  - renseigne les autres modes de prise en charge plus appropriés ?
- Chaque item de la grille, ainsi que son libellé, sera comparé avec ceux utilisés dans les autres grilles disponibles (AEP court séjour, grilles étrangères, grille des séjours en SSR du réseau QUALISANTE44, vocabulaire utilisé dans le logiciel trajectoire)
- Un intérêt particulier sera porté à la place du patient dans le choix du mode de prise en charge en tenant compte de son avis dans les grilles, mais également des restes à charge qu'il devra éventuellement supporter dans le cadre de sa prise en charge en SSR. Cela pourrait être effectué par le biais d'un dossier d'admission mieux renseigné par les professionnels adresseurs.

La grille expérimentale mise au point par le groupe de travail sera ensuite testée (phase d'essai) par un groupe de professionnels de terrain impliqués dans le transfert des patients du MCO vers le SSR.

Groupe d'essai

Pour évaluer la grille expérimentale, un médecin et éventuellement un autre professionnel de santé faisant partie du personnel soignant du service (médecin uniquement pour les médecins de ville) utiliseront la grille pour un échantillon de cinq à dix dossiers patients sélectionnés de manière aléatoire, mais pour lesquels une orientation en SSR est *a priori* appropriée et/ou pour lesquels il existe potentiellement un doute. Ils recevront la grille expérimentale et disposeront d'un guide pour le remplissage.

Dans un deuxième temps, les grilles remplies par les professionnels « adresseurs » seront expertisées par un médecin et un professionnel de santé travaillant en SSR et faisant partie du groupe d'essai afin d'évaluer la capacité de la grille testée et de son remplissage à permettre de rendre un avis sur la pertinence d'une admission en SSR.

L'avis sur la grille des membres du groupe d'essai sera ensuite recueilli par une procédure standardisée et automatisée *via* une interface web, sécurisée et accessible à partir du site Internet de la HAS (GRaAL[21]). L'avis recueilli portera sur :

- l'utilité de l'outil pour faciliter l'orientation du patient dans la pratique quotidienne
- le meilleur type de support nécessaire pour assurer son utilisation (logiciel, grille papier…)
- le contenu qualitatif (présentation de la grille, items à renseigner, libellé du texte….)
- la capacité de l'outil à améliorer l'interface entre les services prescripteurs (court séjour, médecine de ville, ou structure médico-sociale) et les services prescrits (i.e. les SSR).

La grille devant servir d'outil de dialogue entre les professionnels, il serait utile de documenter ses modalités d'utilisation et d'appropriation en conditions réelles par les acteurs (qualité et pertinence des informations transmises et qualité du processus de transmission lui-même), afin d'éviter les incompréhensions pouvant conduire à un rejet et à une sous utilisation de la grille, ou à l'émergence de comportements stratégiques de part et d'autre.

Les remarques et les modifications demandées par le groupe d'essai seront ensuite synthétisées par la HAS, puis discutées lors d'une troisième réunion du groupe de travail, afin d'aboutir à la mise au point d'une grille pilote.

Phases ultérieures

L'outil d'aide à la décision réalisé sera une version pilote. Pour être réellement opérationnel, il devra dans un deuxième temps être validé sur un large échantillon de séjours dans plusieurs établissements et testé du point de vue :

- de la reproductibilité de ses conclusions (évaluée par le coefficient Kappa[22]) (validité interne) ; la grille est remplie pour un même dossier patient par deux observateurs de manière concurrente et indépendante ;
- de la comparaison avec une méthodologie concurrente (validité externe) qui est la méthode utilisée jusqu'alors dans le service ou par le professionnel.

Par ailleurs la grille étant un outil générique ouvert, son adaptation par les praticiens à des contextes cliniques particuliers pourra être envisagée, notamment en tenant compte de l'activité des services de MCO ou de SSR. Pour ce faire, les critères de la FEDMER ou les recommandations spécifiques de la HAS pourraient être utilisés, ainsi que d'autres recommandations proposées par les sociétés savantes.

[21] GRaAL : Gestion rationalisée des avis de lecture

Enfin l'estimation du coût de la mise en place du dispositif ne sera pas documentée durant la phase d'élaboration de la grille pilote car il devrait faire l'objet d'un travail spécifique sortant du cadre de la présente saisine. Cette estimation devra néanmoins faire l'objet d'une analyse lors de la mise en place en routine de l'outil.

4.2.4 Composition qualitative du groupe de travail et du groupe d'essai

Composition du groupe de travail

- Un ou deux membres du REQUA ayant contribué à l'élaboration de la grille.
- Un représentant du réseau Qualisanté44.
- Un représentant du Groupe MPR Rhône Alpes.
- Un représentant de l'équipe du logiciel trajectoire.
- Quatre à six médecins impliqués dans le transfert des patients (deux ou trois en MCO et deux ou trois en SSR).
- Deux médecins généralistes.
- Quatre autres professionnels de santé (cadres de santé ou infirmières, assistante sociale, kinésithérapeute, éducateurs spécialisés impliqués dans la prise en charge des patients en SSR et/ou dans la gestion des dossiers de transfert en SSR dans les établissements).
- Deux représentants d'associations de patients.

Composition du groupe d'essai

Ce groupe sera composé de quarante à cinquante personnes représentant les utilisateurs potentiels de l'outil d'aide à la décision (médecins et cadres de santé, assistantes sociales….) travaillant pour un tiers dans le cadre du SSR et pour deux tiers dans un service orientant le patient (court séjour en médecine ou chirurgie, médecine de ville, services d'urgence).

Dans la mesure du possible les activités suivantes seront représentées : affections de l'appareil locomoteur, affections du système nerveux, affections cardio-vasculaires, affections respiratoires, affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien, affections onco-hématologiques, affections des brûlés, affections liées aux conduites addictives, affections des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance.

Autres avis

Des représentants d'associations de patients ainsi que des représentants d'autres structures d'aval (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, structures d'hospitalisation à domicile, services de soins infirmiers à domicile, maisons d'accueil spécialisées) seront consultés sur la grille mais ne participeront pas au groupe d'essai.

4.2.5 Calendrier prévisionnel de réalisation

Avril 2012 : Validation par la CEESP

Mai 2012 : Validation par le Collège de la HAS de la note de cadrage. Mise en ligne sur le site de la HAS.

Juin-août 2012 : Constitution du Groupe de travail et envoi de la note de cadrage. Recueil de l'accord formel pour participer au projet, analyse des déclarations publiques d'intérêt.

Septembre 2012 : Première réunion du Groupe de travail. Présentation de la note de cadrage, de la grille REQUA, et de la méthode de travail du groupe, premières propositions de modifications-améliorations de la grille.

Octobre 2012 : Deuxième réunion du Groupe de travail. Validation des modifications apportées à la Grille. Discussion de la méthodologie retenue pour le groupe d'essai.

Si les modifications ou les adaptations à apporter sont importantes ou qu'un consensus est difficile à obtenir, une réunion supplémentaire du Groupe de travail pourra être envisagée à un mois d'intervalle.

Novembre-décembre 2012 : Validation à distance de la dernière version de la grille et du mode d'emploi. Constitution du Groupe d'essai et recensement des informations à recueillir durant la phase d'essai.

Janvier-février 2013 : Envoi de la grille au Groupe d'essai. Recueil des avis à l'issue de la phase test dans un questionnaire standardisé en ligne.

Mars 2013 : 3e réunion du groupe de travail, analyse des résultats du groupe d'essai et modifications de l'outil.

Avril 2013 : Rédaction finale de la grille pilote (version pilote stabilisée), du document final (rappelant le contexte, la cible et les modalités d'utilisation de la grille, la méthodologie d'élaboration, la liste des membres du groupe de travail et des participants à la phase d'essai) et du récapitulatif des modifications proposées par le Groupe d'essai mais non retenues.

Mai 2013 : Relecture et validation finale à distance par le Groupe de travail.

Juin 2013 : Démarrage de validation interne HAS (CEESP puis Collège).

Septembre-octobre 2013 : Diffusion et communication.

Ce calendrier est indicatif. Tout retard dans une des phases peut générer un décalage dans le calendrier prévisionnel.

Phases ultérieures du projet (Calendrier et modalités pratiques à préciser ultérieurement avec le demandeur DGOS) :

- Validation sur un échantillon important de séjours : évaluation des qualités métrologiques de la grille (reproductibilité et concordance des résultats…).
- En fonction des résultats, modifications puis validation définitive par la HAS.
- Intégration de l'outil dans le logiciel Trajectoire.
- Diffusion à tous les établissements de court séjour et de SSR.
- A terme, conformément à la saisine, ces travaux permettront de lancer des études complémentaires comme une réflexion par rapport à d'autres modalités de sortie du patient des unités de court séjour (ville, HAD…), tout en garantissant la continuité des soins.

4.2.6 Diffusion

► Types de productions prévues

L'outil d'aide à la décision sera publié sur le site de la HAS.

Il sera diffusé à tous les établissements de court séjour et aux services de SSR.

Il sera également transmis à la DGOS et pourra une fois totalement validé, être intégré dans le logiciel « Trajectoire ».

► Plans de diffusion et de communication envisagés

Des publications dans les revues spécialisées en SSR seront envisagées en collaboration avec le groupe de travail.

Un plan de diffusion devra être prévu avec la DGOS afin d'optimiser la connaissance de l'outil par les professionnels concernés et de favoriser son appropriation. Après validation elle pourrait être utilisée en routine.

4.3 Annexe : Grilles utilisées par le REQUA

Grille REQUA de pertinence des admissions en médecine physique et de réadaptation

Revue de pertinence des admissions en soins de suite et de réadaptation

Identification

Établissement : ..... Service : .....
Dossier n° : ..... Évaluateur : .....

CONDITION D'INCLUSION DU QUESTIONNAIRE

❑ Absence de situation aiguë ET absence de danger dans la structure (n'entraîne pas de perte de chance) SI NON, ARRET CAR QUESTIONNAIRE NON EVALUABLE

IDENTIFICATION DU PATIENT

Sexe : ❑ H ❑ F Age : ___ ans
Origine : ❑ Domicile ❑ Transfert du court séjour après affection aiguë médicale ou chirurgicale

I - Critères liés à l'état clinique

❑ C1 État du patient nécessitant une présence médicale continue en MPR (cf.guide)
❑ C2 État du patient nécessitant une prise en charge globale en MPR (cf.guide)

Si l'admission est pertinente (présence de critère), la structure est-elle la mieux adaptée ?

❑ Oui, car les prestations techniques et/ou les orientations et les missions de la structure répondent aux besoins du patient (arrêt du questionnaire)

❑ Non, le patient doit être pris en charge dans une autre structure de MPR (aller directement au III)

Si l'admission n'est pas pertinente (absence de critère)

II - Quels sont les principaux soins ou services dont le patient a besoin dans l'immédiat ? (plusieurs réponses possibles)

❑ 1 Stratégie diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour une prise de décision
❑ 2 Surveillance thérapeutique ou clinique rapprochée pendant quelques heures
❑ 3 Éducation sanitaire
❑ 4 Soutien psychologique
❑ 5 Aide sociale
❑ 6 Aide à la vie quotidienne
❑ 7 Aucun soin ni aucun service

Grille REQUA de pertinence des admissions en médecine physique et de réadaptation (suite)

Revue de pertinence des admissions en soins de suite et de réadaptation

Si l'admission n'est pas pertinente (suite)
(absence de critère et réponse « NON » à la question précédente)

III - Quel lieu d'hébergement serait le mieux adapté pour prendre en charge le patient le jour de l'admission compte tenu de son état de santé, sa situation socio-économiques et familiale ? (une seule réponse possible)

1. Le domicile :
   - ❑ 1.1 sans aide
   - ❑ 1.2 avec aide non médicale
   - ❑ 1.3 avec aide médicale ou paramédicale
   - ❑ 1.4 avec aide médicale ou paramédicale soutenue

2. Une structure d'hébergement non médicalisée:
   - ❑ 2.1 de proximité (ex. hôtel proche de l'hôpital)
   - ❑ 2.2 pouvant être éloignée de l'hôpital (maison de retraite, foyer)

3. Une structure d'hébergement médicalisée :
   - ❑ 3.1 Accueil de jour
   - ❑ 3.2 Autre structure de Soins de Suite et de Réadaptation
   - ❑ 3.3 Soins Longue Durée
   - ❑ 3.4 EHPAD

IV - Quelle est la raison principale expliquant l'admission si la structure de MPR n'est pas le lieu le mieux adapté ? (une seule réponse possible)

1. Organisation des soins :
   - ❑ 1.1 Attente d'un avis diagnostique ou thérapeutique au sein de cette structure
   - ❑ 1.2 Attente d'un avis diagnostique ou thérapeutique dans une autre structure
   - ❑ 1.3 Attente d'une procédure diagnostique ou thérapeutique au sein de cette structure
   - ❑ 1.4 Attente d'une procédure diagnostique ou thérapeutique dans une autre structure

2. Services de relais / Structures d'aval sociales et médico-sociales (soins ou hébergement) :
   - ❑ 2.1 Indisponible (attente de placement en EHPAD/MDR/SLD/MAS/FAM)
   - ❑ 2.2 Inaccessible (isolement géographique, situation socio-économique du patient)
   - ❑ 2.3 Inexistant ou inconnu

3. Décision médicale interne au service :
   - ❑ 3.1 Attente d'une décision médicale ou d'un avis d'expert
   - ❑ 3.2 Attente d'un avis collégial (concertation avec autres services)
   - ❑ 3.3 Information erronée sur l'état du patient

4. Raisons liées au patient ou à sa famille :
   - ❑ 4.1 Risque de non-observance des prescriptions
   - ❑ 4.2 Décision du patient et/ou sa famille
   - ❑ 4.3 Demande expresse du médecin traitant
   - ❑ 4.4 Retour à domicile transitoirement impossible vu le contexte social ou l'âge

Grille de pertinence des admissions en soins de suite polyvalents

Revue de pertinence des admissions en soins de suite et de réadaptation

Identification

Établissement : ..... Service : .....
Dossier n° : ..... Évaluateur : .....

CONDITION D'INCLUSION DU QUESTIONNAIRE

❑ Absence de situation aiguë ET absence de danger dans la structure (n'entraîne pas de perte de chance) SI NON, ARRET CAR QUESTIONNAIRE NON EVALUABLE

IDENTIFICATION DU PATIENT

Sexe : ❑ H ❑ F Age : ___ ans

Origine : ❑ Domicile ❑ Transfert du court séjour après affection aiguë médicale ou chirurgicale

I - Critères liés à l'état clinique

❑ C1 Besoin d'une présence médicale continue avec potentiel de rééducation identifié

❑ C2 Besoin d'une prise en charge globale par une équipe pluridisciplinaire avec potentiel de rééducation identifié

❑ C3 Troubles cognitifs et/ou du comportement ne permettant pas un maintien ou un retour à domicile depuis un court séjour avec potentiel de rééducation identifié

❑ C4 Dépendance physique ne permettant pas un maintien ou un retour à domicile depuis un court séjour avec potentiel de rééducation identifié

❑ C5 Soins médico-techniques lourds nécessitant l'utilisation de matériel et/ou de services uniquement disponibles dans cette structure

❑ C6 Évaluation gérontologique

Si l'admission ne répond à aucun des critères

II - Le patient nécessite absolument d'être admis ce jour

Malgré l'absence de critères explicites, l'expert juge que le patient peut avoir recours au SSP (procédure, surveillance, possibilité d'intervenir 24 h/24, situations complexes...). La décision est alors techniquement pertinente (avis d'expert).

❑ Oui ❑ Non

Si oui, l'expert indépendant du service indique en clair pour quelle(s) raison(s) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Si l'admission est pertinente ou justifiée (présence de critère ou réponse « OUI » à la question précédente), la structure est-elle la mieux adaptée ?

❑ Oui, car les prestations techniques et/ou les orientations et les missions de la structure répondent aux besoins du patient *(arrêt du questionnaire)*

❑ Non, le patient doit être pris en charge dans une autre structure de SSR *(aller directement au IV)*

Grille de pertinence des admissions en soins de suite polyvalents (suite)

Si l'admission n'est pas pertinente (suite SSP)
(absence de critère et réponse « NON » à la question II)

III- Quels sont les principaux soins ou services dont le patient a besoin dans l'immédiat ?
(plusieurs réponses possibles)

- ❑ 1 Stratégie diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour une prise de décision
- ❑ 2 Surveillance thérapeutique ou clinique rapprochée pendant quelques heures
- ❑ 3 Éducation sanitaire
- ❑ 4 Soutien psychologique
- ❑ 5 Aide sociale
- ❑ 6 Aide à la vie quotidienne
- ❑ 7 Aucun soin ni aucun service

IV - Quel lieu serait le mieux adapté pour prendre en charge le patient le jour de l'admission compte tenu de son état de santé, sa situation socio-économiques et familiale ?
(une seule réponse possible)

1. Le domicile :
   - ❑ 1.1 sans aide
   - ❑ 1.2 avec aide non médicale
   - ❑ 1.3 avec aide médicale ou paramédicale
   - ❑ 1.4 avec aide médicale ou paramédicale soutenue
2. Une structure d'hébergement non médicalisée:
   - ❑ 2.1 de proximité (ex. hôtel proche de l'hôpital)
   - ❑ 2.2 pouvant être éloignée de l'hôpital (maison de retraite, foyer)
3. Une structure d'hébergement médicalisée :
   - ❑ 3.1 Accueil de jour
   - ❑ 3.2 Médecine Physique et de Réadaptation (spécialisée)
   - ❑ 3.3 Soins Longue Durée
   - ❑ 3.4 EHPAD médicalisée

V - Quelle est la raison principale expliquant l'admission si la structure de SSP n'est pas le lieu le mieux adapté ? (une seule réponse possible)

1. Organisation des soins :
   - ❑ 1.1 Attente d'un avis diagnostique ou thérapeutique au sein de cette structure
   - ❑ 1.2 Attente d'un avis diagnostique ou thérapeutique dans une autre structure
   - ❑ 1.3 Attente d'une procédure diagnostique ou thérapeutique au sein de cette structure
   - ❑ 1.4 Attente d'une procédure diagnostique ou thérapeutique dans une autre structure
2. Services de relais / Structures d'aval sociales et médico-sociales (soins ou hébergement) :
   - ❑ 2.1 Indisponible (attente de placement en EHPAD/MDR/SLD/MAS/FAM)
   - ❑ 2.2 Inaccessible (isolement géographique, situation socio-économique du patient)
   - ❑ 2.3 Inexistant ou inconnu
3. Décision médicale interne ou d'autres intervenants extérieurs :
   - ❑ 3.1 Attente d'une décision médicale ou d'un avis d'expert
   - ❑ 3.2 Attente d'un avis collégial (concertation avec autres services)
   - ❑ 3.3 Information erronée sur l'état du patient
4. Raisons liées au patient ou à sa famille :
   - ❑ 4.1 Risque de non-observance des prescriptions
   - ❑ 4.2 Décision du patient et/ou sa famille
   - ❑ 4.3 Demande expresse du médecin traitant
   - ❑ 4.4 Retour à domicile transitoirement impossible vu le contexte social

4.4 Recherche documentaire

La recherche documentaire a eu pour objectif d'identifier, d'une part, les outils existants utilisés en France et au niveau international et d'autre part, les études publiées consécutivement à la mise en place de ces outils.

Une recherche de la littérature française a été conduite dans la Base de données de santé publique (BDSP) sur la période de janvier 2000 à octobre 2011.

En complément, des recherches de littérature internationale ont été conduites dans Medline sur :

- l'*Appropriateness Evaluation Protocol* (recherche en « *full tex »t*) (sans limite de date ou de langue) entre 1981 et 2011 : 189 références ont été obtenues

- la pertinence de l'orientation en SSR à partir de l'équation suivante : (Rehabilitation OR subacute OR Post-acute OR intermediate care) [title] OR "Subacute Care"[Mesh] OR "Rehabilitation Centers"[Mesh:NoExp] OR "Intermediate Care Facilities"[Mesh] AND ("Utilization review"[Mesh] OR (Appropriate OR Referral criteria OR Appropriate referral OR Inclusion criteria OR Admission criteria OR Discharge criteria OR Destination criteria Or utilization review)[title] : de janvier 2000 à janvier 2012 (sans limite de langue) 76 références ont été obtenues

En complément, les sites Internet français ou étrangers d'agences ou d'établissements de soins susceptibles de produire ou d'utiliser ces outils ont été explorés afin d'identifier la littérature grise.

Liste des sites Internet français correspondant aux outils retenus dans ce document.

- Réseau QUALISANTE44 : https://www.reseauqualisante.fr/
- Réseau REQUA : http://www.requa.fr/
- Réseau R4P : http://www.ssr-ra.org
- Logiciel Trajectoire : https://trajectoire.sante-ra.fr/trajectoire/

5 Références

1. Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011. Journal Officiel 2010;21 décembre.

2. Institute of Medicine, National Roundtable on Health Care Quality. Statement on quality of care. Washington: IOM; 1998. http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=9439

3. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Circulaire DHOS/O1 n° 2008-305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation. Bulletin Officiel 2008;2008/10:221-39.

4. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Circulaire N°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2009/78 du 17 mars 2009 relative à la campagne tarifaire 2009 des établissements de santé. Bulletin Officiel 2009;2009/4.

5. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel 2009;22 juillet.

6. Cugniet R, Pascal C, Pioch S. Demandes de transfert des patients de court séjour vers des structures de soins de suite et de réadaptation. Résultats d'une étude au centre hospitalier universitaire de Grenoble. Risques et Qualité en Milieu de Soins 2007;4(1):33-40.

7. 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 2008;20 avril.

8. 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 2008;20 avril.

9. Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. Journal Officiel 2003;6 septembre:15391-404.

10. Groupe MPR Rhône Alpes, Fédération française de médecine physique et de réadaptation. Critères de prise en charge en médecine physique et de réadaptation. Lyon: Groupe MPR Rhône Alpes; 2008. http://www.ssr-ra.org/docs/documentation/24_CRITERES%20PEC%20MPR%20DEC%2008.pdf

11. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Coquelet F, Valdelièvre H. Les soins de suite et de réadaptation en 2008 : patientèle traitée et offre de soins. Doss Solidarité Santé 2011;(23).

12. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Synthèse des recommandations du groupe de travail sur les soins de suite et de réadaptation. Paris: Ministère de la santé et des solidarités; 2006. http://www.parhtage.sante.fr/re7/gua/doc.nsf/VDoc/D845473CB9C95F6AC12572590073EB3B/$FILE/DHOS%20SSR%20dec%202006.pdf

13. Paillé-Ricolleau C, Hamidou M, Lombrail P, Moret L. Revue de pertinence des journées d'hospitalisation en médecine et chirurgie : un tiers de journées inappropriées au CHU de Nantes. Presse Med 2009;38(4):541-50.

14. Gertman PM, Restuccia JD. The appropriateness evaluation protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. Medical Care 1981;19(8):855-71.

15. Davido A, Nicoulet I, Levy A, Lang T. Appropriateness of admission in an emergency department: reliability of assessment and causes of failure. Qual Assur Health Care 1991;3(4):227-34.

16. Robain M, Lang T, Fontaine A, Logerot H, Monnet E, Six P, *et al.* Reproductibilité et validité de la version française de la première partie de l'Appropriateness Evaluation Protocol (AEPf) : critères de pertinence des journées d'hospitalisation. Rev Epidémiol Santé Publique 1999;47(2):139-49.

17. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Revue de pertinence des soins. Application aux admissions et aux journées d'hospitalisation. Saint-Denis La Plaine: ANAES; 2004. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/rps_guide.pdf

18. Sanesco, Direction générale de l'organisation des soins. Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières. Lot 1. Mesure des inadéquations. Rapport final. Paris: Ministère de la santé et des sports; 2011. http://www.anfh.fr/site/anfhfr/enquete-nationale-pour-l-evaluation-des-inadequations-hospitalieres-lot-1-mesure-des-ina

19. Sanesco, Direction générale de l'organisation des soins. Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières. Lot 2. Coût des inadéquations hospitalières. Rapport final. Paris: Ministère de la santé et des sports; 2011. http://www.anfh.fr/site/anfhfr/enquete-nationale-pour-l-evaluation-des-inadequations-hospitalieres-lot-1-mesure-des-ina

20. D'Alché-Gautier MJ, Maïza D, Chastang F. Assessing the appropriateness of hospitalisation days in a French university hospital. Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv 2004;17(2-3):87-91.

21. Service d'évaluation médicale et d'éducation thérapeutique, Réseau Qualisanté 44. Revue de pertinence des journées d'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation. Nantes: Centre hospitalier universitaire de Nantes; 2009. https://www.reseauqualisante.fr/sites/default/files/RAPPOR~1.PDF

22. Guilé R, Leux C, Paillé C, Lombrail P, Moret L. Validation of a tool assessing appropriateness of hospital days in rehabilitation centres. Int J Qual Health Care 2009;21(3):198-205.

23. Réseau qualité des établissements de santé de Franche-Comté. Revue de pertinence des admissions en Soins de Suite et de Réadaptation. Référentiel d'EPP. Besançon: Réseau qualité des établissements de santé de Franche-Comté; 2008. http://www.requa.fr/sanitaire/100/epp-pertinence-des-admissions-en-ssr.html?action=afficherP&idA=1&idP=186

24. Haute Autorité de Santé. Bases méthodologiques pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé. Guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2006. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/base_methodo_CFE.pdf

25. Paillé-Ricolleau C, Leux C, Guilé R, Abbey H, Lombrail P, Moret L. Causes of inappropriate hospital days: development and validation of a French assessment tool for rehabilitation centres. Int J Qual Health Care 2012;24(2):121-8.

26. Poulos CJ, Eagar K. Determining appropriateness for rehabilitation or other subacute care: is there a role for utilisation review? Aust New Zealand Health Policy 2007;4:3.

27. Poulos CJ, Eagar K, Poulos RG. Managing the interface between acute care and rehabilitation: can utilisation review assist? Aust Health Rev 2007;31(Suppl 1):S129-40.

28. Poulos CJ. Evaluating inpatient public rehabilitation in Australia using a utilization review tool developed in North America. J Rehabil Med 2010;42(3):246-53.

29. Castaldi S, Bevilacqua L, Arcari G, Cantù AP, Visconti U, Auxilia F. How appropriate is the use of rehabilitation facilities? Assessment by an evaluation tool based on the AEP protocol. J Prev Med Hyg 2010;51(3):116-20.

30. Donald IP, Jay T, Linsell J, Foy C. Defining the appropriate use of community hospital beds. Br J Gen Pract 2001;51(463):95-100.

31. Lutz F. L'amélioration de la filière des soins de suite et de réadaptation comme levier de l'optimisation qualitative de l'offre de soins : mise en oeuvre d'une coordination sur le territoire de la Vienne [mémoire]. Rennes: Ecole des hautes études en santé publique; 2009.

32. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Préparation de la sortie du patient hospitalisé. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Paris: ANAES; 2001. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/preparation_de_la_sortie_du_patient_hospitalise_guide_2001_2009-08-31_16-13-36_630.pdf

33. Deblasi A. Thésaurus médical de «Trajectoire » et « thésaurus manager ». Lyon: Rhône réadaptation; 2010.

34. Trajectoire santé. Argument technique en faveur de l'inclusion de l'accord préalable de l'assurance

maladie pour la prise en charge en SSR en utilisant « Trajectoire », logiciel d'aide à l'orientation et au transfert de patients en SSR. Lyon: Rhône réadaptation; 2010. https://trajectoire.sante-ra.fr

35. Fédération française de médecine physique et de réadaptation. Médecine physique et de réadaptation : enjeux démographiques de la médecine du handicap. Paris: FEDMER; 2009. http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/DemogrMPR2009.pdf

36. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Retour au domicile des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral. Stratégies et organisation. Saint-Denis La Plaine: ANAES; 2003. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/AVC_Retour_Recos.pdf

37. Haute Autorité de Santé. Recommandations de la Haute Autorité de Santé, établies par consensus formalisé, portant sur les actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas, pour un patient justifiant des soins de masso-kinésithérapie, de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation mentionnés à l'article L. 6111-2 du code de la santé publique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2006. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Art29.pdf

38. Haute Autorité de Santé. Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR après arthroplastie totale du genou. Recommandations professionnelles. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2008. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reeducation_genou_ptg_-_argumentaire.pdf

39. Haute Autorité de Santé. Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en soins de suite ou de réadaptation après chirurgie des ruptures de coiffe et arthroplasties d'épaule. Recommandations professionnelles. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2008. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reeducation_epaule_-_argumentaire.pdf

40. Haute Autorité de Santé. Elaboration de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles. Guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/criteres_de_qualite_pour_levaluation_et_lamelioration_de.pdf

41. Haute Autorité de Santé. Elaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode « Recommandations par consensus formalisé ». Guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/guide_methodologique_consensus_formalise.pdf