

5^{ème} édition

actualité & enjeux
du **SSR**

Mercredi 24 octobre 2012

ASIEM, PARIS

**Les activités de S.S.R.
dans les travaux de la Haute Autorité de santé :
trois angles de vue**

Thomas LE LUDEC

Directeur délégué

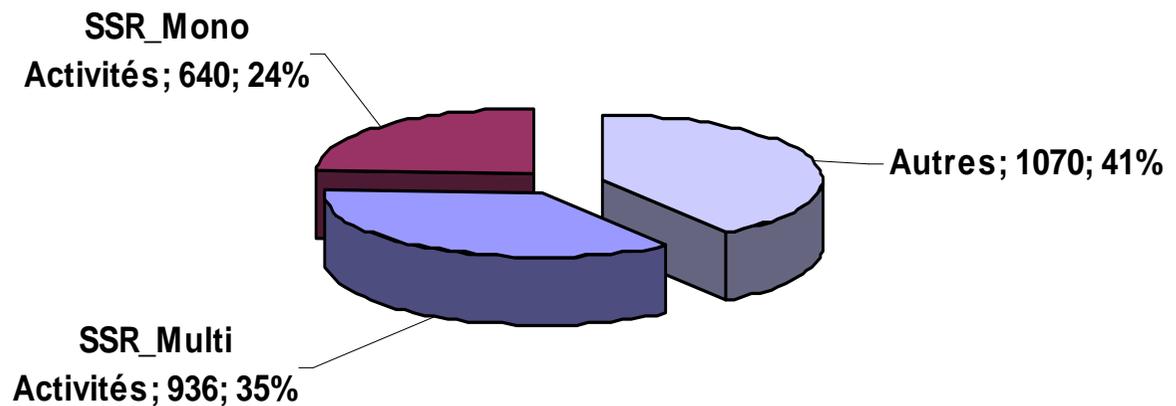
Directeur de l'Amélioration de la Qualité

et de la Sécurité des soins – Haute Autorité de Santé

Résultats de certification des établissements SSR

Répartition des établissements de santé engagés dans la procédure de certification

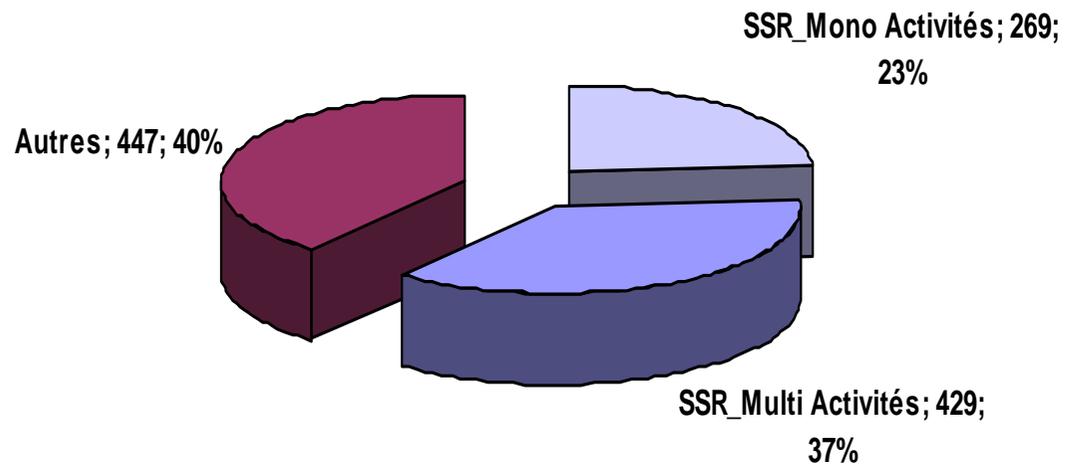
Les établissements SSR représentent 59% des ES engagés



Sur 2646 établissements de santé engagés dans la procédure de certification V2010

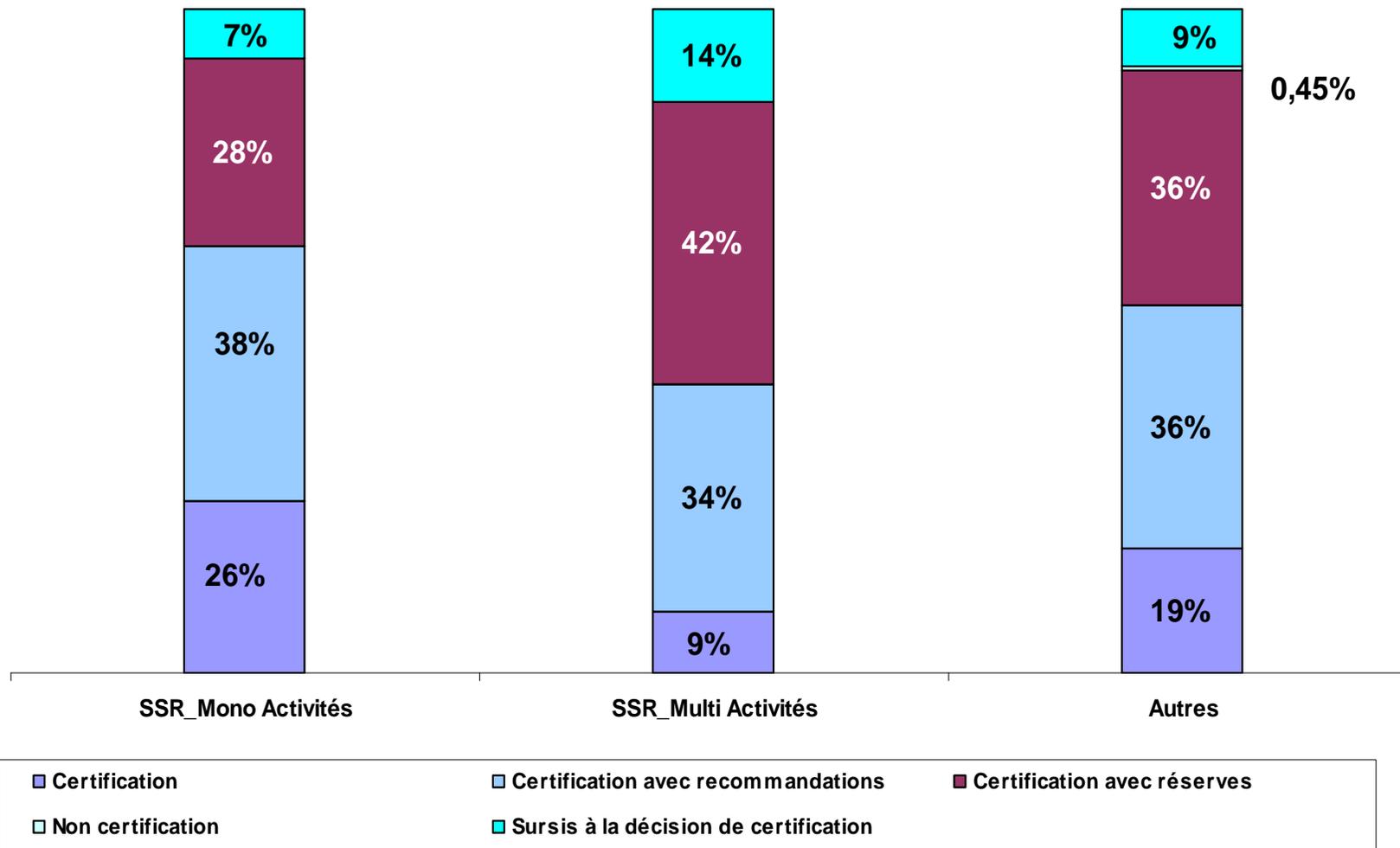
Répartition des établissements de santé certifiés

Les établissements SSR (698) représentent 60% des ES certifiés



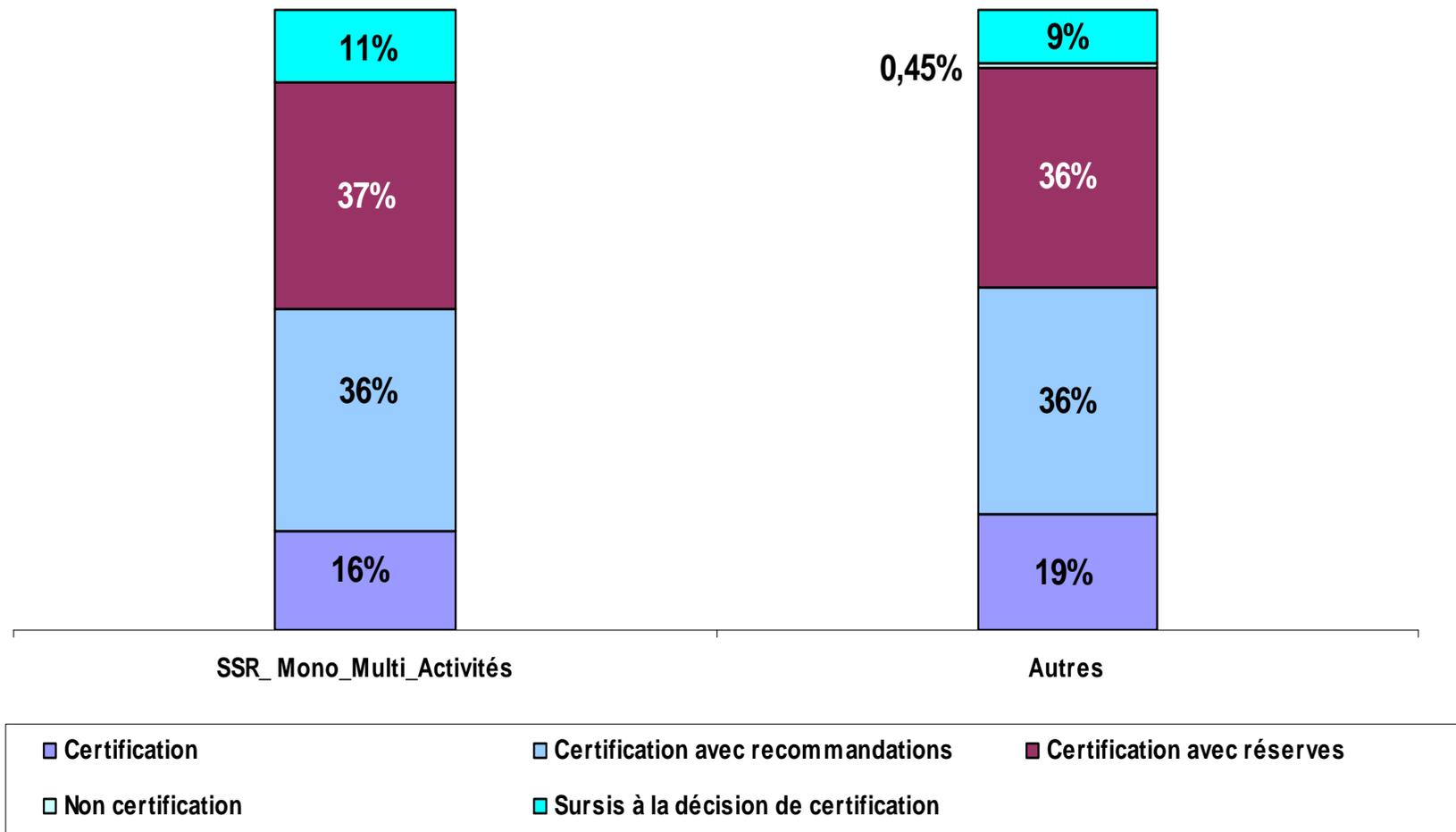
Sur 1145 établissements de santé certifiés V2010

Répartition des niveaux de certification des établissements SSR (Mono et Multidisciplinaires)



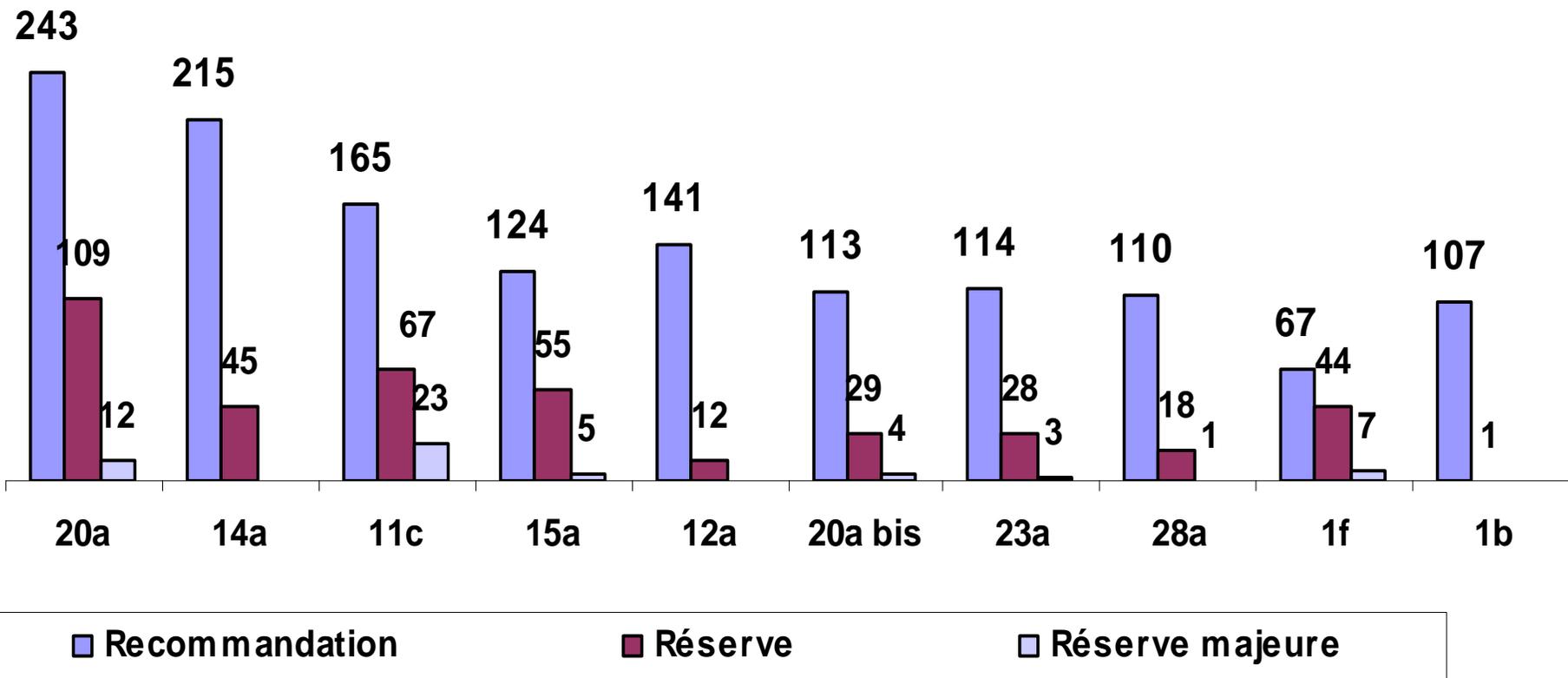
Sur 1145 établissements de santé certifiés V2010

Répartition des niveaux de certification des établissements SSR (Mono et Multidisciplinaires)

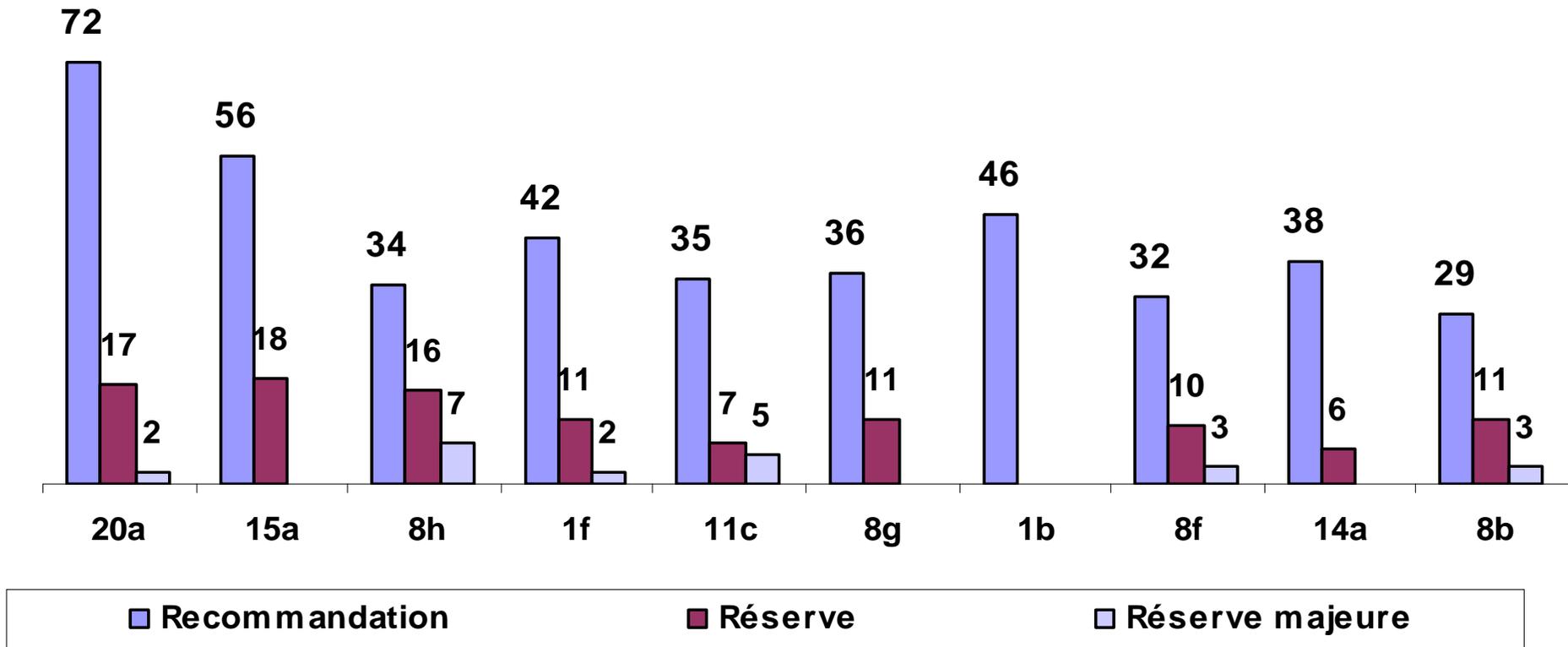


Sur 11145 établissements de santé certifiés V2010

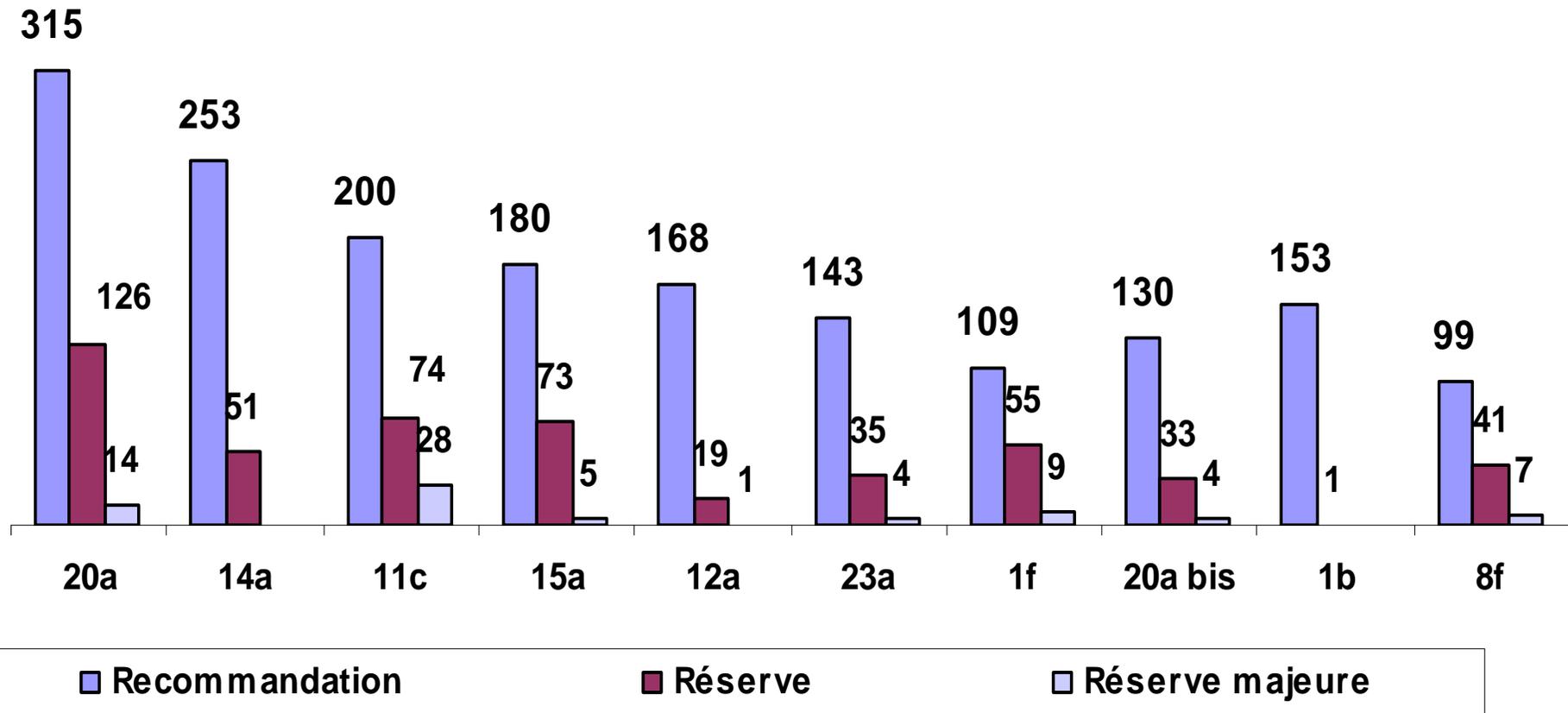
Palmarès des 10 critères les plus impactés par les décisions pour les ES SSR Multidisciplinaires



Palmarès des 10 critères les plus impactés par les décisions pour les ES SSR Monodisciplinaires



Palmarès des 10 critères les plus impactés par les décisions pour les ES SSR (Mono-Multidisciplinaires)



Indicateurs Qualité HAS des établissements de santé SSR

**Résultats comparatifs
de 3 campagnes de recueil
2009 – 2010 - 2011**

Evolution de la participation des ES aux recueils

Catégorie	Année		
	2009	2010	2011
ES cibles (soumis à l'obligation)	1046	1167	1253
ES soumis à l'obligation et non-répondants	52	37	29
ES avec statut facultatif (mais ayant réalisé le recueil)	96	173	136
Total ES	1142	1340	1389

- Le nombre d'ES soumis à l'obligation de recueil et non-répondants diminue depuis 2009
- Le nombre ES participants aux recueils de données augmente depuis 2009.
- En 2011 comme en 2010 :
 - 55 % des ES sont des services SSR au sein d'un ES plurisectoriel
 - 45 % sont des structures SSR.

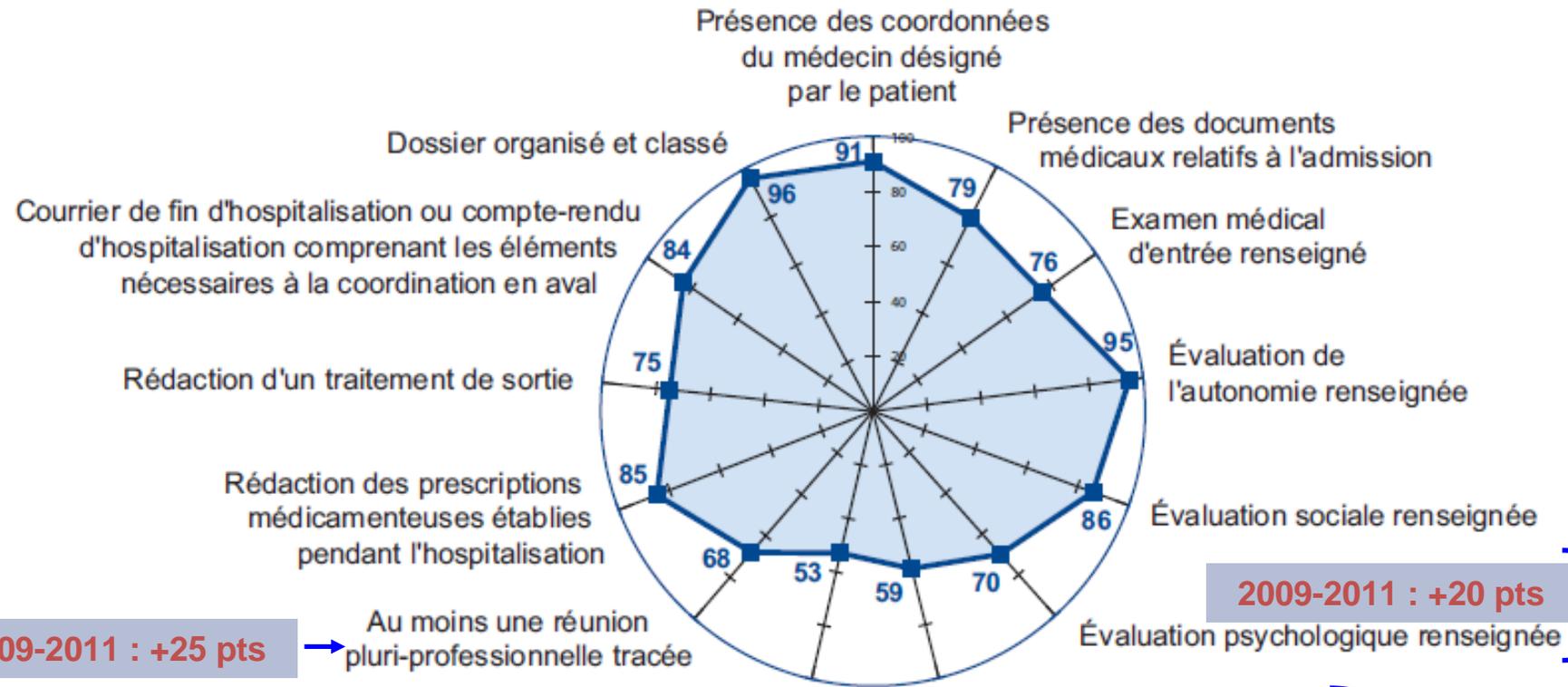
Indicateurs « Dossier du patient en SSR »

- 1. Tenue du dossier patient (TDP)**
- 2. Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC)**
- 3. Évaluation de la douleur (TRD)**
- 4. Dépistage des troubles nutritionnels (DTN)**
- 5. Évaluation du risque d'escarre (TRE) – indicateur optionnel**

→ IQs calculés sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers tirés au sort parmi des patients ayant réalisé un séjour unique, au cours d'un semestre, d'au moins 8 jours, dans un service ou établissement ayant une activité SSR

IQ « Tenue du dossier du patient - TDP »

- 1/2 -



Les critères ayant toujours un score < 80 % en 2011 ont beaucoup progressé sur 3 ans.

IQ « Tenue du dossier du patient - TDP »

- 2/2 -

- **42 % des ES ont plus de 80% des dossiers bien tenus (IQ « tenue du dossier du patient »)**
- **L'IQ progresse régulièrement depuis la première campagne. Cependant, la moyenne du score est meilleure lorsqu'il y a une informatisation totale des dossiers**

	Moyenne 2009	Moyenne 2010	Moyenne 2011
Informatisation totale	70	77	83
Aucune informatisation	58	65	73

↑ 10 pts d'écart en 2011

- **Les ES qui assurent le seul type de prise en charge SSR obtiennent de meilleurs résultats pour cet indicateur : 82 % versus 75 %**

IQ « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation – DEC »

- La moyenne nationale est à 75 % (courrier complet envoyé dans un délai \leq à 8 jours)
- Pour les 25 % de non-conformité : différentes causes

Tableau 6. Indicateur « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » - Causes de non conformités (en %) en 2011

% CR non retrouvé	% CR incomplet et Délai > 8 jours	% CR complet et Délai > 8 jours	% CR incomplet et Délai \leq 8 jours
 22	4	41	 32

- 40 % des ES envoient un courrier de fin d'hospitalisation complet dans un délai de huit jours pour plus de 80 % des patients
- La moyenne de l'IQ « Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » est meilleure lorsque le patient rentre à domicile que lorsqu'il est transféré : 76 % versus 65 %

IQ « Evaluation de la douleur- TRD »

- Cet indicateur connaît une forte progression depuis 2009 (+ 29 points)
- La moyenne nationale de l'IQ est à 71 % (évaluation de la douleur avec une échelle)
- Pour les 29 % de non conformité : différentes causes

Tableau 10. Indicateur « Évaluation de la douleur » - Causes de non conformités en 2011

Aucune mesure tracée	Mesure sans échelle	2 ^e mesure sans échelle	Pas de 2 ^e mesure
 30%	41%	14%	15%

- Plus d'un tiers des ES (36 %) évaluent la douleur avec une échelle pour plus de 80 % des patients
- Les personnes âgées (+de 85 ans) ont une moins bonne évaluation de la douleur avec une échelle que le reste de l'échantillon (18 à 74 ans) : 66 % versus 74 %
- L'évaluation de la douleur est meilleure pour les structures SSR que pour les services SSR au sein d'un ES plurisectoriel : 76 % versus 66 %

IQ « Dépistage des troubles nutritionnels – DTN 1 »

- La moyenne nationale de l'IQ est à 73 % (pesée du patient et surveillance de son poids pendant son séjour)
- Pour les 27 % de non-conformité : différentes causes

Tableau 14. Indicateur « Suivi du poids » - Causes de non conformités en 2011

Aucune mesure du poids	Pas de 2 ^e mesure dans les 15 jours
 29%	71%

- Près des deux tiers des ES ont atteint ou dépassé l'objectif de performance des 80 % pour le suivi du poids.
- Il persiste une très grande variabilité nationale (0% à 100%)

IQ « Dépistage des troubles nutritionnels – DTN 3»

- La moyenne nationale de l'IQ est à 32 % (suivi du poids + calcul de l'IMC + recherche d'une variation du poids avant le séjour)
- La moyenne nationale reste faible malgré une évolution rapide : 11% en 2009 versus 32% en 2011
- Pour les 68 % de non-conformité : différentes causes

Tableau 18. Indicateur « Dépistage complet des troubles nutritionnels » - Causes de non conformités en 2011

Indicateur Suivi du poids non conforme	Aucune mention de variation du poids	IMC non retrouvé
 23%	50%	26%

- 160 ES / 1329 (12 %) ont un taux nul pour l'indicateur « dépistage complet des troubles nutritionnels »

IQ « Evaluation du risque d'escarre – TRE »

- La moyenne nationale est à 65 % (évaluation du risque d'escarre dans les 7 jours suivant l'admission)
- Cet indicateur est en forte amélioration (+36 points) depuis 2009
- Pour les 35 % de non-conformité : une cause principale

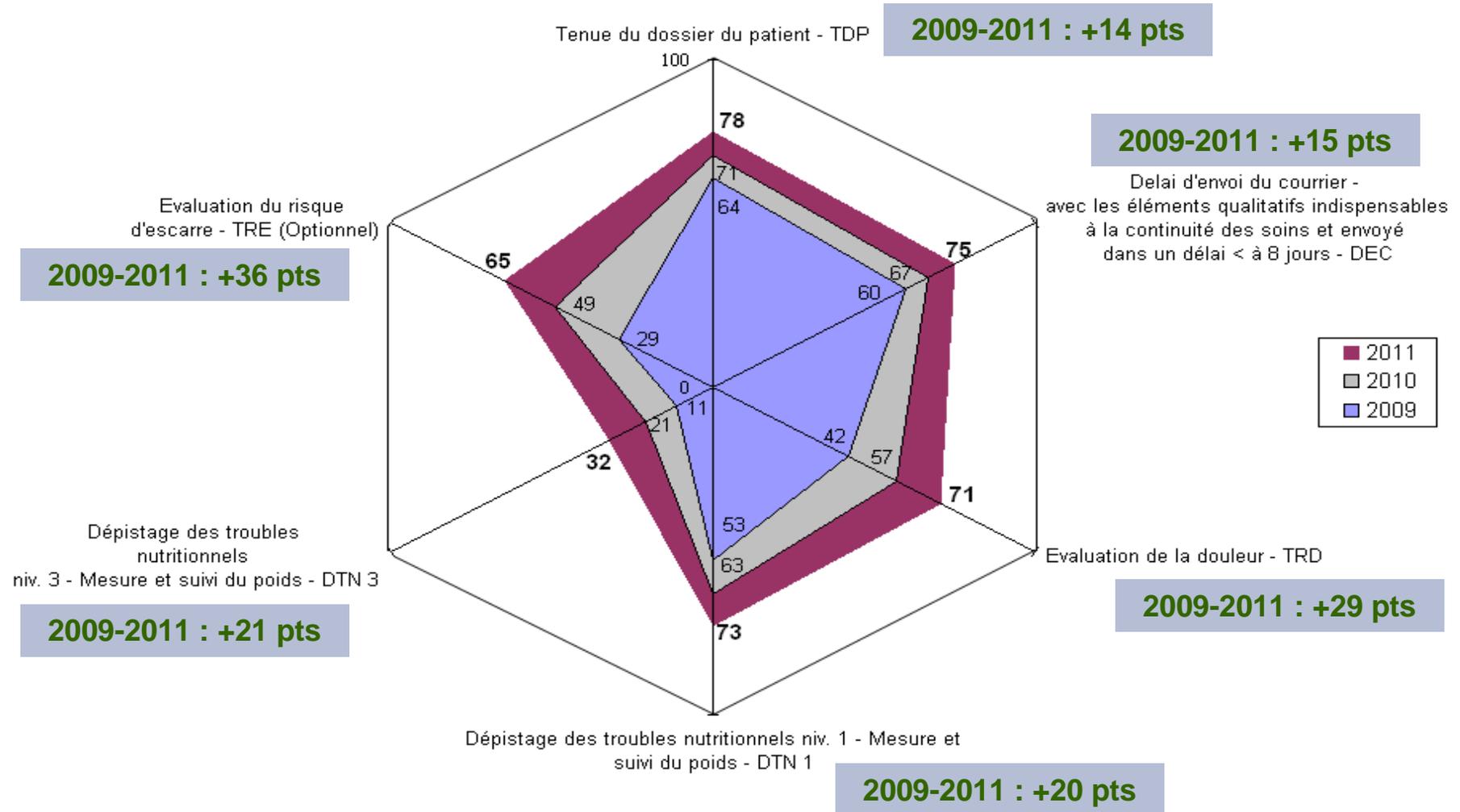
Tableau 20. Indicateur « Évaluation du risque d'escarre » - Causes de non conformités en 2011

Évaluation du risque d'escarre non retrouvée	
	82 %

- Les résultats montrent une amélioration des pratiques quel que soit l'âge du patient
- 88 ES / 1196 (7%) ont un taux de 100% des patients pour lesquels il y a une évaluation du risque d'escarre

Evolution des IQs DPA SSR

2009 – 2010 - 2011



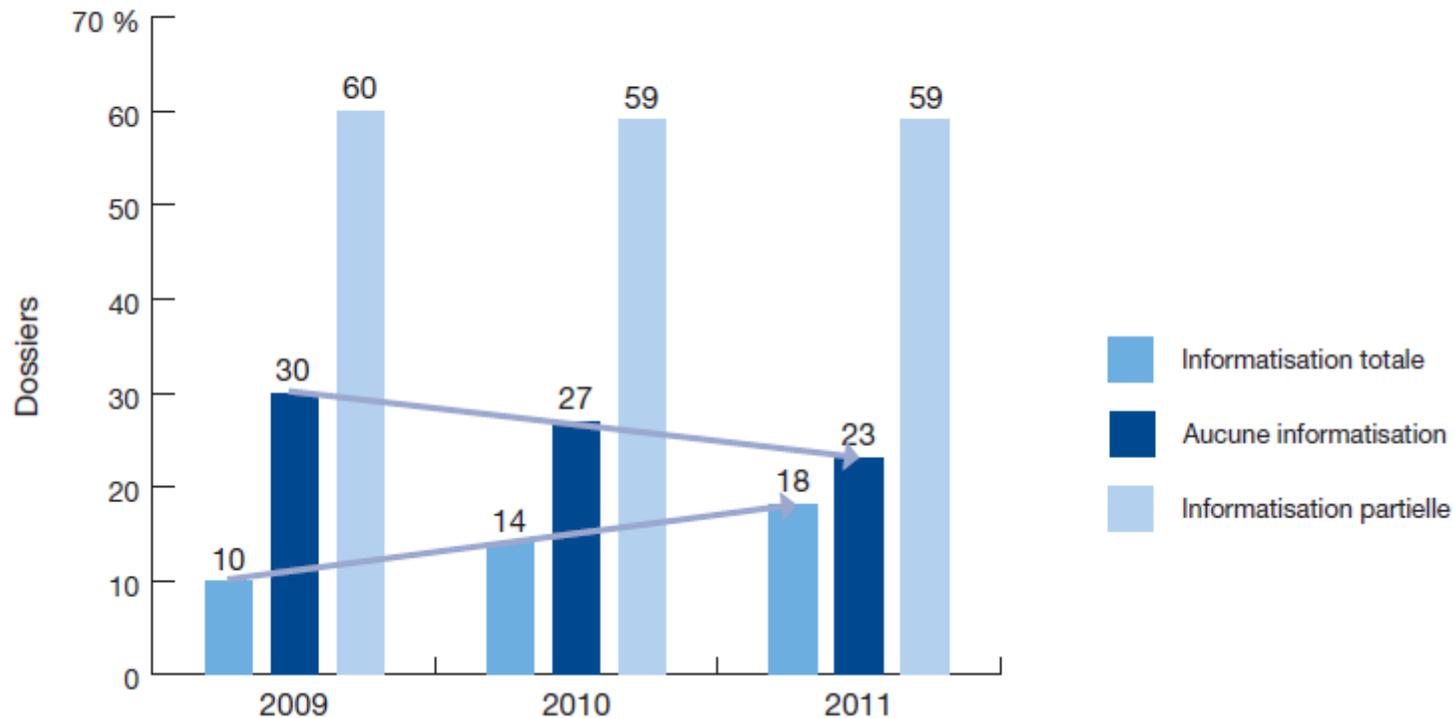
Atteinte de l'objectif cible de performance (OP) des 80 %

- **42 % des ES ont plus de 80% des dossiers bien tenus (IQ « tenue du dossier du patient)**
- **40 % des ES envoient un courrier de fin d'hospitalisation complet dans un délai de huit jours pour plus de 80 % des patients**
- **Plus d'un tiers des ES (36 %) évaluent la douleur avec une échelle pour plus de 80 % des patients**
- **Près des deux tiers des ES ont atteint ou dépassé l'objectif de performance des 80 % pour le suivi du poids**

La marge d'amélioration demeure importante pour cet indicateur.

L'informatisation : un levier

Graphique 17. Informatisation des dossiers (2009-2011)



- **L'informatisation des dossiers améliore l'évaluation de la douleur, le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation et la tenue du dossier du patient. L'informatisation des prescriptions est un levier d'amélioration de leur rédaction**

Amélioration des pratiques

- **La progression observée pour l'ensemble des critères reflète l'implication des professionnels de santé dans l'amélioration de la qualité de la tenue du dossier patient, et l'impact des actions d'amélioration mises en œuvre**
- **La grande variabilité des résultats d'un établissement de santé à un autre confirme la pertinence de la poursuite du recueil**

**Prochaine campagne de
recueil pour le thème « DPA
en SSR » en mars 2014**

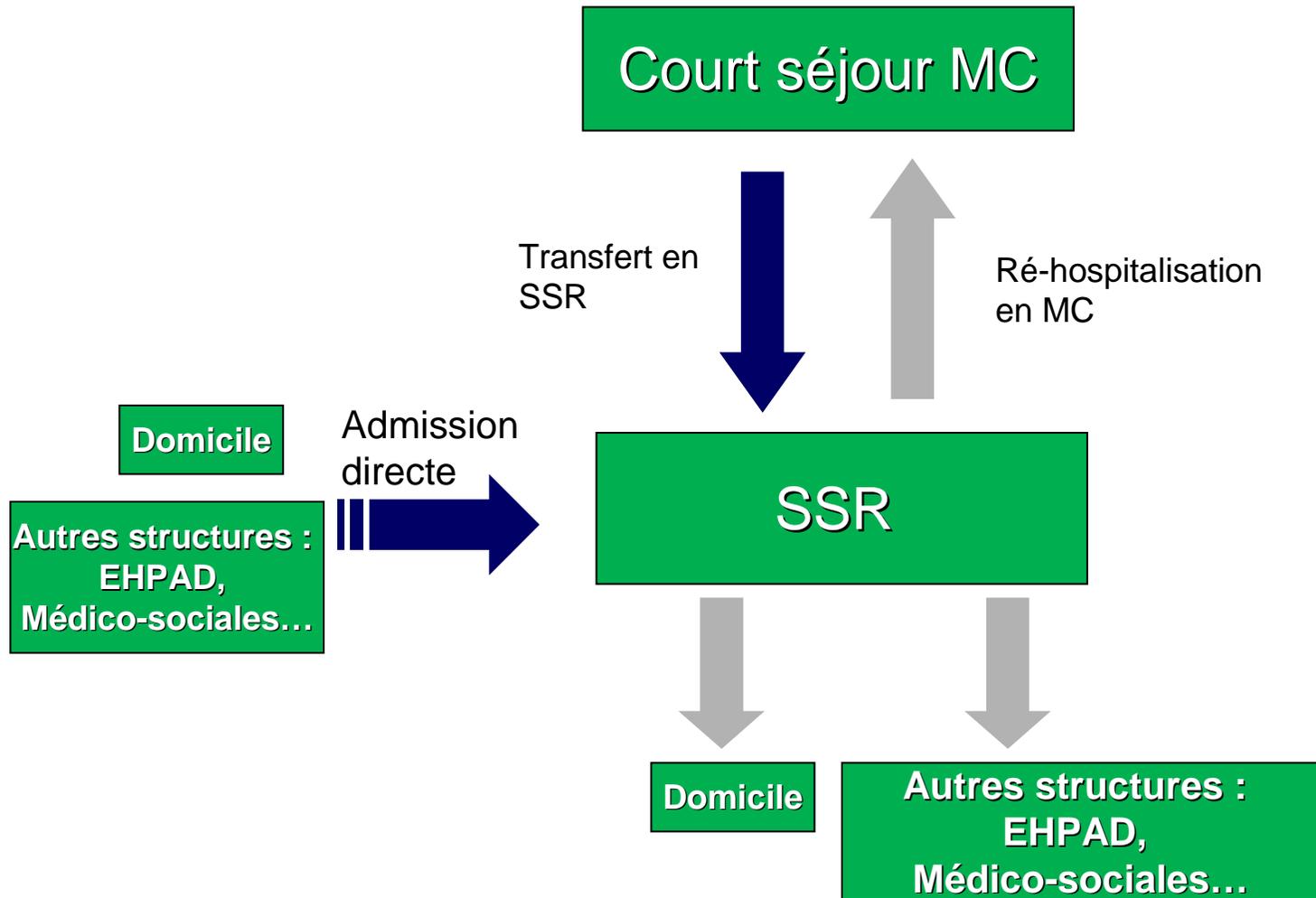
Réalisation d'une grille d'analyse de la pertinence des demandes de transfert et d'admission en SSR

Isabelle HIRTZLIN
Service Evaluation Economique et
Santé Publique (SEESP)

Origine des patients hospitalisés en SSR

- **Etude DREES 2011 a montré que :**
 - 74 % des patients venaient d'une unité de soins de courte durée
 - 21,4% venaient du domicile
 - 2,7% venaient d'une autre unité de SSR
- **Proposition d'extension de la Grille aux autres utilisateurs potentiels (médecins de ville notamment)**

Positionnement de la grille dans le Parcours de soins avant et après SSR



Les grilles de pertinence

- **Sujet s'inscrivant dans la problématique générale des revues de pertinence (Utilisation Review) :**
 - Méthode permettant de déterminer les soins appropriés.
 - Dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé.
- **La méthode la plus utilisée et validée dans le monde est l'AEP (Appropriateness Evaluation Protocol)**
 - Traduite et validée en France (AEPf)
 - Principe : liste de critères, la réponse à au moins un critère rend le séjour ou l'admission approprié.
 - Utilisée récemment (2010) par la DGOS en MCO pour évaluer les inadéquations des admissions et des journées en court séjour hospitalier (enquête ENIH) :
 - **12,5 % de journées inappropriées,**
 - **80% les patients devaient être en SSR**

Analyse de la littérature AEP

- **189 articles publiés depuis 1980 :**
 - **Concernant plus de 30 pays**
 - **135 tests grille AEP court séjour**
 - **30 articles sur la méthodologie AEP.**
 - **5 articles retenus de grilles SSR étrangères :**
 - Une grille italienne (PRUO)
 - Trois articles sur la grille InterQAL américaine
 - Un article britannique mais transfert vers les hôpitaux de communauté
 - **2 grilles SSR françaises**

Grilles AEP- SSR

- 1. Quelques grilles et check-lists aux USA mais non accessibles et non publiées**
- 2. Deux grilles identifiées en France :**
 - **Grille Qualisanté44 (Loire Atlantique) :**
 - Evaluation de la pertinence des journées en SSR
 - Testée et Validée (publications)
 - **Grille REQUA (Franche Comté) :**
 - Pertinence des admissions (utilise les critères FEDMER)
 - Deux grilles :
 - Soins de suite Polyvalents,
 - Médecine Physique et de Réadaptation
 - Non publiée, testée uniquement sur quelques établissements de Franche Comté

Sujet proposé

- **Construction d'un outil d'aide à la décision (sous forme de grille pilote) pour l'admission des patients en SSR :**
 - utilisable par les services de court de court séjour, ou les autres structures (y.c. médecine de ville et urgence)
- **Outil d'orientation « a priori » et devant être utilisé par les professionnels concernés**

Méthode de travail

- **Méthodologies HAS mobilisées :**
 - Elaboration de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles
 - Recommandations par consensus formalisé
- **Groupe de travail**
 - Analyse et amende éventuellement la grille, par rapport au cahier des charges de la saisine
 - Réalise **une grille expérimentale devant être testée** par le groupe d'essai
- **Groupe d'essai**
 - Test de la grille sur 5-10 séjours et remplit un questionnaire en ligne (utilité de l'outil, contenu qualitatif, support le plus approprié)
 - 40-50 professionnels du MCO et du SSR, **test de la grille en deux temps si possible par binôme MCO-SSR**

Calendrier prévisionnel

- **Avril-Mai 2012 :**
 - Validation CEESP et Collège de la note de cadrage
- **Juin-Août 2012 :**
 - Constitution du GT, envoi de la note de cadrage
 - Analyse des DPI.
- **Octobre 2012 :**
 - GT1 : Présentation de la méthode de travail et de la grille REQUA et des items proposés par les autres grilles.
- **Novembre 2012 :**
 - GT2 : validation des modifications de la grille. Elaboration de la méthodologie du groupe d'essai
- **Novembre-Décembre 2012 :**
 - Constitution du groupe d'essai et recensement des informations à recueillir
- **Janvier-février 2013 :**
 - Envoi de la grille au groupe d'essai
 - Phase d'essai. Recueil des avis
- **Mars – Mai 2013 :**
 - GT3 Analyse des réponses du groupe d'essai. Modifications de la grille
 - Validation de la nouvelle version du pilote de grille par le GT
- **Juin 2013 :**
 - Validation de la nouvelle version du pilote de grille par le GT
- **Septembre-Octobre 2013 :**
 - Diffusion et communication