



Évaluation de la prise en charge soins de suite et de réadaptation (SSR) selon le référentiel de certification

- L'activité de SSR a 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" (Décrets du 17/04/2008).
- Il s'agit d'une activité de moyen séjour à mi-chemin entre les soins de courte durée et le retour à domicile/les USLD/le secteur médico-social.

Enjeux nationaux

- Évaluation de la pertinence de l'admission en SSR et de la bonne adéquation de la prise en charge des patients tout au long du séjour.
- Formalisation d'un projet personnalisé de soins.
- Implication du patient et de son entourage dans son projet de soins.
- Favoriser l'autonomie des patients âgés.
- Accompagnement de fin de vie des patients
- Garantie de continuité de la prise en charge du patient de SSR en aval.
- Développement d'une coordination efficace avec les différents acteurs du territoire.

Principales données actuelles

- 1 million de patients hospitalisés en SSR sur 12,8 millions (ATIH hospitalisation, 2018).
- Patientèle âgée : 75 ans d'âge moyen en SSR (Ministère des solidarités et de la santé, 2019).
- Le vieillissement de la patientèle augmente le risque de dépendance.
- 11,2% des programmes ETP autorisés le sont en SSR (HAS, 2012).
- Manque de suivi et de coordination du parcours des patients
- 70% des séjours SSR se terminent par un retour au domicile du patient et 16% par un transfert vers une autre unité médicale dont 12% en MCO (DREES, 2008).
- Inscription nécessaire des structures SSR dans l'offre territoriale.

En quoi la certification répond aux enjeux de la thématique ?

Pilotage

- Développer une coordination efficace avec les différents acteurs du territoire (3.1-01).

Actions

- Évaluer la pertinence de l'admission en SSR et la bonne adéquation de la prise en charge tout au long du séjour (2.1-03).
- Formaliser un projet personnalisé de soins (2.2-06).

- Implication du patient et de son entourage dans son projet de soin (1.1-06, 1.3-01).
- Favoriser l'autonomie des patients (1.2-04, 1.2-06, 1.4-04).
- Assurer l'accompagnement de fin de vie des patients (2.2-19).
- Assurer la continuité de la prise en charge du patient de SSR en aval (1.4-06).

Évaluation

- Communiquer, analyser, exploiter à l'échelle de l'établissement, les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (3.7-03).
- IQSS (1.1-06, 2.2-06).

Les points clés nécessitant une attention particulière des experts-visiteurs pendant la visite

Experts-visiteurs

Vous devrez vous assurer auprès des équipes de soins que l'évaluation et la réévaluation de la pertinence de l'hospitalisation du patient en SSR a été réalisée aux différentes étapes de sa prise en charge :

- à la demande d'admission ;
- lors du passage en commission d'admission ;
- à l'admission ;
- lors des staffs pluridisciplinaires hebdomadaires ;
- et lors de la préparation de la sortie.

1. La pertinence de l'hospitalisation en SSR




- **Demande d'admission**
via Trajectoire ou Médecin traitant
- **Commission d'admission**
- **Admission**
- **Staff pluridisciplinaire hebdomadaire**
- **Préparation de la sortie**

Évaluation pluriprofessionnelle

Réévaluation régulière de la pertinence du séjour

Tracabilité des évaluations et réévaluations pluriprofessionnelles dans le dossier patient avec comme objectif de trouver aux différentes étapes la réponse à la question « Quel est le bénéfice d'un séjour en SSR, pour ce patient, dans son parcours de soins ? ».

 **Vous devrez également porter une attention particulière** sur le projet personnalisé de soins car, pour les patients pris en charge en SSR, il est recommandé de le formaliser dès les premiers jours suivants leur admission.


Vous évaluez l'existence des 3 points suivants :

- l'évaluation globale pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle qui permet à l'équipe de soins de proposer au patient une base de projet de soins ;
- l'identification des besoins et préférences du patient qui contribue ainsi à la construction de son projet personnalisé ;
- les réévaluations périodiques permettant ainsi des ajustements du projet personnalisé de soins.

2. Le projet personnalisé de soins




- **Évaluation globale pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle**
- **Identification des besoins et préférences du patient**
- **Réévaluation périodiques dans un souci d'adaptabilité des soins**

 **Vous devrez évaluer** dans quelle mesure le patient tient son rôle d'acteur dans sa prise en charge. S'il n'est pas en capacité de le tenir ou s'il souhaite être accompagné, vous noterez l'implication de son entourage.

À cette fin, **vous interrogerez** le patient sur les éléments suivants :

- s'il connaît sa maladie, ses objectifs de soins et leur rythme ; le patient devant être en mesure de reformuler ;
- s'il connaît les risques et ses limites ;
- s'il a bien bénéficié d'échanges réguliers avec l'équipe médicale et de soins ;
- s'il a validé le projet de soins proposé par l'équipe de soins suite à leurs échanges.

Après avoir recueilli ces éléments de réponse auprès du patient, **il vous est recommandé** d'en vérifier la traçabilité dans le dossier patient.

 Sur ce thème, **vous devez être en mesure** d'évaluer si l'autonomie des patients pris en charge est réellement favorisée par l'établissement.

Tout d'abord, **vous vous appuyez** sur l'évaluation initiale des dépendances physique et cognitive, régulièrement réalisée pendant le séjour du patient. **Vous en retrouvez** la traçabilité dans le dossier patient. **Vous vérifiez** alors qu'à partir des résultats de l'évaluation, l'équipe de soins a su adapter la prise en charge du patient.

En plus de l'évaluation régulière, **vous devez apprécier** l'existence d'outils mis en œuvre permettant de favoriser l'autonomie du patient.

3. L'implication du patient et de son entourage



- **Connaît sa maladie, ses objectifs de soins et leur rythme**
- **Connaît les risques et ses propres limites (repos, régime, etc.)**
- **A bénéficié d'échanges réguliers avec l'équipe médicale et de soins qui le prend en charge**
- **A validé le projet de soins proposé par l'équipe**


4. L'autonomie du patient hospitalisé en SSR



- **Évaluation des dépendances physique et cognitive à l'admission**
- **Réévaluations régulières tout au long de la prise en charge**
- **Existence et utilisation d'outils permettant de favoriser l'autonomie du patient**


Les outils permettant de favoriser l'autonomie du patient hospitalisé en SSR accés aux plateaux techniques

- Planning personnalisé d'activités, de stimulation covalidé avec le patient et son entourage et communiqué au patient.
- Programme d'autonomisation ou de maintien des acquis.
- Programme d'aide aux aidants.
- Intervention de l'ergothérapeute, de la diététicienne, etc.
- Éducation thérapeutique : prévention des chutes, hygiène alimentaire, etc.

 **Vous devez repérer** les situations dans lesquelles l'autonomie des patients est limitée par l'équipe de soins afin d'assurer leur sécurité. Il s'agit des mesures de contention.

Vous vous assurez alors :

- de la présence d'une prescription médicale et du caractère temporaire de la mesure ;
- de la réalisation d'une analyse des risques que cette mesure représente pour le patient ;
- de l'information donnée au patient ou à son entourage,
- de la réévaluation régulière de l'opportunité de la mesure pour un retour à l'autonomie.

 Dans le cadre de la mise en œuvre d'une démarche palliative, **vous devez vous assurer** que la coordination s'exprime par :

- l'identification des patients concernés par l'équipe de soins ;
- une concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire ;
- l'élaboration d'un projet de prise en charge du patient en soins palliatifs et d'accompagnement de ses proches ;
- l'intervention du psychologue de l'établissement ;
- la consultation du comité d'éthique s'il existe au sein de l'établissement ;
- et bien entendu la prise en compte de l'expression du patient et d'éventuelles directives anticipées.

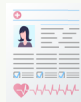
Vous devez également vérifier que les services de soins ont la possibilité, outre leurs compétences en interne, de recourir à l'expertise d'une structure extérieure de type équipe mobile de soins palliatifs.

5. Mesure temporaire de contention



- Prescription médicale de contention
- Présence d'une analyse du risque
- Motivation de la mesure expliquée au patient et à son entourage
- Réévaluations régulières pour un retour à l'autonomie


6. L'accompagnement de fin de vie des patients : coordination de la démarche palliative



- Identification des patients concernés par l'équipe de soins
- Concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire
- Projet de prise en charge du patient en soins palliatifs et accompagnement de ses proches
- Intervention du psychologue
- Consultation du comité d'éthique s'il existe
- Prise en compte de l'expression du patient et d'éventuelles directives anticipées

Ressources en interne par du personnel formé et/ou diplômé

Recours à une structure d'expertise, type équipe mobile de soins palliatifs

 Durant votre visite, **vous vous assurez** que pour chaque prise en charge de patient en SSR, son retour à domicile a été envisagé et préparé dès le début du séjour.


Des indices tracés dans le dossier patient vous aideront à vérifier l'existence d'un projet de sortie auquel le patient aura participé :

- une évaluation pluriprofessionnelle des conditions de vie habituelles du patient, réalisée régulièrement pendant le séjour du patient ;
- une évaluation médicale de sortie avec éventuellement des prescriptions médicamenteuse et de rééducation, de soins à domicile et d'adaptation du logement.

Ceci permettra au patient de poursuivre sa prise en charge et d'éviter une ré-hospitalisation.

De plus, **vous vérifierez** qu'une évaluation sociale de sortie est bien réalisée. Elle permet de confirmer avec le patient ses attentes et de coordonner la mise en œuvre des prescriptions médicales, par exemple : l'ergonomie de son logement, les aides déjà en place et la présence d'aidants notamment.

Enfin, **vous interrogerez** l'équipe sur la réalisation d'une évaluation du logement afin que le patient poursuive sa prise en charge à domicile.

 **Vous devez vous assurer** auprès de la gouvernance que l'établissement s'est rapproché des acteurs du territoire afin de formaliser des partenariats et de tisser des liens privilégiés.

Ceux-ci permettront d'orienter le patient, selon les besoins, dans les services adaptés tels que :

- médecins de ville ;
- soins à domicile ;
- SSIAD ;
- structures médico-sociales ;
- équipes mobiles ;
- autres structures sanitaires : MCO, SSR spécialisé, psychiatrie, Biologie, HAD.

7. Continuité de la prise en charge du patient à sa sortie de SSR



Préparation de la sortie dès le début de la prise en charge

Projet de sortie

Évaluation régulière pluriprofessionnelle dès l'admission des conditions de vie habituelles du patient

Évaluation médicale de sortie et prescriptions médicamenteuse et de rééducation

Évaluation sociale

Évaluation du logement par les ergothérapeutes si besoin

8. Coordination ville – hôpital



Aller à la rencontre des acteurs du territoire

Formaliser des partenariats

Médecins de ville

Soins à domicile

SSIAD

Structures médico-sociales

Équipes mobiles

Autres structures sanitaires : MCO, SSR spécialisé, psychiatrie

Biologie

HAD

Pour aller plus loin

Références HAS

- Outil d'aide à la décision pour l'admission des patients en soins de suite et de réadaptation de juillet 2013.
- Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins Projet de soins, projet de vie en SSR.

Références législatives et réglementaires

- 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.
- Décret n°2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.
- 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.
- Circulaire DHOS/O2/DGAS/2C n°2006-212 du 15 mai 2006 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de

financement de la sécurité sociale pour 2006 concernant les unités de soins de longue durée Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/2C/CNSA n°2008-340 du 17 novembre 2008 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée.

Autres références

- Stratégie nationale de santé 2018-2022.
- Chiffres clés hospitalisation 2018 – ATIH.
- Chiffres clés SSR 2018 - ATIH.
- Rapport IGAS sur les USLD de mars 2016.
- La patientèle des établissements de soins de suite et de réadaptation - Les établissements de santé > édition 2016 > DREES.
- Les soins de suite et de réadaptation entre 2008 et 2016 – DREES – Novembre 2018/n°30.

Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous à l'actualité de la HAS
www.has-sante.fr

