



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SERVICE ÉVALUATION ECONOMIQUE ET SANTE PUBLIQUE

Outil d'aide à la décision pour l'admission des patients en soins de suite et de réadaptation

JUILLET 2013

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 juillet 2013.

© Haute Autorité de Santé – 2013

Sommaire

1	Introduction.....	4
2	Saisine et objectifs	4
3	Contexte	4
3.1	Autorisations	5
3.2	Organisation et modalités d'admission.....	6
4	Champ de l'évaluation.....	6
4.1	Objectif de l'évaluation	6
4.2	Méthode de travail retenue	7
5	Modalités de réalisation	7
5.1	Groupe de travail	8
5.1.1	<i>Modalités de constitution.....</i>	<i>8</i>
5.1.2	<i>Modalités de consultation.....</i>	<i>8</i>
5.2	Groupes d'essai et d'évaluation	8
5.2.1	<i>Groupe d'essai.....</i>	<i>8</i>
5.2.2	<i>Groupe d'évaluation.....</i>	<i>9</i>
5.3	Documents d'appui utilisé pour construire l'outil.....	10
5.4	Périmètre de l'outil défini par le groupe de travail.....	11
5.5	Modalités de consultation des groupes d'essai et d'évaluation.....	12
5.6	Apport des groupes d'essai et d'évaluation	13
5.7	Positionnement de l'outil dans le processus de décision d'orientation du patient .	13
6	Présentation de l'outil pilote d'aide à la décision.....	14
6.1	Contexte d'utilisation	15
6.2	Architecture de l'outil.....	15
6.2.1	<i>Présentation des différents filtres de décision et de leurs explications associées</i>	<i>16</i>
6.2.2	<i>Présentation de l'outil sous forme d'algorithme</i>	<i>23</i>
7	Questions complémentaires.....	24
8	Limites de l'évaluation	24
9	Perspectives	25
10	Participants.....	26
10.1	Equipe projet.....	26
10.2	Groupe de travail	26
10.3	Groupe d'essai.....	27
10.4	Groupe d'évaluation.....	27
11	Références	29
12	Annexes	31
	Annexe 1. Liste des sociétés savantes, fédérations et associations sollicitées	31
	Annexe 2. Notice explicative ayant été communiquée aux médecins participant au groupe d'essai	32
	Annexe 3. Notice explicative ayant été communiquée aux médecins participant au groupe d'évaluation	35
	Annexe 4. Questionnaire d'évaluation GraAL	37

1 Introduction

L'objectif du présent rapport est de présenter un outil d'aide à la décision pour l'admission des patients en soins de suite et de réadaptation (SSR), élaboré par consensus d'experts.

Le contexte, les enjeux et la revue de la littérature concernant les outils disponibles ont été préalablement traités dans une note de cadrage qui a fait l'objet d'une publication de la Haute Autorité de Santé (HAS) en avril 2012 (1) consultable sur le site Internet de la HAS (www.has-sante.fr).

Ce document rappelle brièvement la saisine et les objectifs de l'outil élaboré, ainsi que le cadre juridique de l'activité des soins de suite et de réadaptation, puis présente la méthodologie retenue pour élaborer l'outil. Ce dernier est ensuite détaillé suivant les différents items proposés aux évaluateurs, puis en présentant l'algorithme de décision associé. Enfin, les étapes ultérieures concernant ce projet sont identifiées.

2 Saisine et objectifs

En avril 2011 la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a saisi la HAS afin qu'elle réalise **une 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'efficacité de la loi de financement de la sécurité sociale ;
- **la contribution au déploiement par l'Assurance maladie de la mise sous accord préalable (MSAP) des séjours** 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) (2) ;
- la réponse aux exigences de la certification des établissements (référence 28-critère 28b Pertinence des soins).

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

3 Contexte

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 n° 2008-377 du 17 avril 2008 (3,4) (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 définissent cette activité 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).

3.1 Autorisations

Un nouveau régime juridique a été 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. Il fonde l'autorisation des établissements de santé publics et privés sur l'activité de soins, et non plus, comme antérieurement, sur la référence aux lits ou appareils lourds (5).

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 (3,4) :

- une autorisation d'exercer l'activité de soins au seul titre des SSR adultes : cela correspond au service de 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 définitive¹.

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 complété².

3.2 Organisation et modalités d'admission

L'annuaire du logiciel Trajectoire³ prévoit le découpage des structures de santé en services puis en unités, définis de la façon suivante :

- Un **service de 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 de 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 précise que l'orientation d'un patient dans une structure de SSR et son admission doivent répondre à un **objectif thérapeutique déterminé et régulièrement réévalué (6)**. Le service de SSR **ne doit plus être seulement reconnu comme l'aval des soins de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), mais comme une structure sanitaire apportant une plus-value réelle au patient car permettant 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**.

4 Champ de l'évaluation

Une note de cadrage (1) avait été validée par la commission d'évaluation économique et de santé publique (CEESP) le 10 avril 2012, puis par le Collège de la HAS le 25 avril 2012. Elle avait permis de préciser les objectifs de l'évaluation et la méthode de travail retenue.

4.1 Objectif de l'évaluation

L'objectif initial de la saisine de la DGOS était de fournir une grille utilisable par les professionnels de santé exerçant en structure de court séjour. Néanmoins 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.

¹ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/admission_en_mco_et_ssr.pdf

² http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/admission_en_mco_et_ssr.pdf

³ Logiciel d'aide à l'orientation.

La CEESP a donc proposé de réaliser un outil pouvant être utilisé 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, notamment).

La CEESP a par ailleurs convenu que l'objectif de l'évaluation serait d'élaborer une grille **pilote** pour un outil d'évaluation *a priori* correspondant à une démarche d'évaluation menée par les personnels des établissements de santé ou les médecins libéraux, avant de formuler une demande d'admission en SSR.

4.2 Méthode de travail retenue

L'analyse de la littérature avait permis d'identifier deux grilles spécifiques permettant d'évaluer la pertinence des soins en SSR développées en France :

- la grille du réseau QualiSanté⁴ (Loire-Atlantique) (7,8) ;
- la grille du réseau qualité des établissements de Franche-Comté (RéQua)⁵ (9).

La grille du réseau QualiSanté ne répondait pas directement à la question de la pertinence des demandes de transfert en SSR par les services de court séjour, car elle portait sur l'évaluation de la pertinence des journées et non sur les admissions. Elle n'a donc pas été retenue.

La grille du réseau RéQua (9) répondait partiellement à l'objectif de la saisine, puisqu'elle concernait les admissions en SSR. Néanmoins, il s'agissait d'une grille réalisée du point de vue du SSR, et *a posteriori* pour juger de la pertinence des admissions de patients séjournant déjà dans une structure de SSR.

La direction du RéQua ayant accepté que le document présentant la grille serve de base à la réflexion, la question d'évaluation retenue par la CEESP avant la constitution du groupe de travail était donc :

« Quelles sont les éventuelles modifications à apporter pour améliorer la grille RéQua afin de répondre à l'objectif de la saisine ou de rendre la grille plus lisible et facilement utilisable par les professionnels du secteur ? » avec un élargissement des critères de sélection des outils/points de vue pour améliorer la grille préchoisie du RéQua.

5 Modalités de réalisation

Pour réaliser ce travail, la HAS a bénéficié :

- de l'aide d'experts rassemblés dans un groupe de travail, puis de l'évaluation d'une première version de l'outil par un groupe d'essai et un groupe d'évaluation. Ces groupes sont les garants de la cohérence de la grille avec la pratique à la fois en court séjour et en SSR ;
- de plusieurs recommandations professionnelles et textes légaux relatifs aux SSR.

⁴ Le réseau QualiSanté 44 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 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.

⁵ 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.

5.1 Groupe de travail

5.1.1 Modalités de constitution

Pour sa constitution, les experts du groupe de travail ont été sollicités à partir :

- des propositions de noms d'experts des collèges et sociétés professionnels, associations et institutions concernés par le thème de travail et sollicités par la HAS (*cf. liste en annexe 1*) ;
- d'un appel à candidatures, publié sur le site Internet de la HAS (en mai-juin 2012).

Les experts retenus ont complété une déclaration d'intérêts qui a fait l'objet d'une analyse par le bureau de la commission économique et santé publique de la HAS. Ils se sont engagés à respecter le caractère confidentiel des travaux jusqu'à leur publication officielle par la HAS.

Le groupe constitué comprenait 22 membres : 2 membres du réseau RéQua, 2 membres de l'équipe Trajectoire, 2 membres du réseau QualiSanté, 1 directeur coordonnateur des soins, 2 cadres socio-éducatifs, 1 cadre infirmier, 2 représentants d'associations d'usagers, 5 médecins de court séjour hospitalier, 5 médecins exerçant en SSR.

5.1.2 Modalités de consultation

Le groupe de travail s'est réuni à trois reprises :

- le 1^{er} octobre 2012 ;
- le 26 novembre 2012 ;
- le 28 mai 2013 à l'issue de la phase de consultation du groupe d'évaluation et du groupe d'essai.

Tout au long du processus d'élaboration de la grille, les experts du groupe de travail ont été invités à donner leur avis sur sa qualité et sa pertinence. Ils ont été consultés à l'occasion des réunions de travail et sollicités individuellement, sur des questions spécifiques, ou pour fournir des documents.

La version expérimentale de l'outil élaboré par le groupe de travail a été testée par un groupe d'essai et analysée par un groupe d'évaluation. Ces deux groupes ont été constitués séparément.

5.2 Groupes d'essai et d'évaluation

5.2.1 Groupe d'essai

Le groupe d'essai était composé de médecins exerçant en court séjour hospitalier. Ils sont les destinataires de l'outil d'aide à la décision élaboré.

► Modalités de constitution

Pour constituer le groupe d'essai, la HAS a eu recours à quatre canaux :

- la liste des experts qui avaient été proposés par les sociétés savantes pour participer au groupe de travail ;
- les noms de professionnels proposés par le groupe de travail ;

- un appel à candidatures d'experts mis en ligne sur le site de la HAS (décembre 2012-janvier 2013). Il comportait une description sommaire de l'outil, de ses objectifs, et le détail du protocole d'essai proposé ;
- les experts-visiteurs de la HAS exerçant dans les services de MCO hospitaliers ou en médecine générale (base d'environ 80 professionnels).

Au total, 28 médecins se sont portés candidats pour participer à l'essai dont :

- 19 médecins experts-visiteurs ;
- 6 médecins proposés par le groupe de travail ;
- 3 médecins proposés par une société savante.

► Participation

Dix-sept questionnaires d'évaluation ont été complétés par des médecins hospitaliers exerçant en court séjour, soit un taux de participation de 60,7 %. Neuf disciplines médicales étaient représentées (6 chirurgiens orthopédistes, 3 gériatres, 2 pneumologues, 1 médecin interniste, 1 médecin généraliste, 1 pédiatre, 1 néphrologue, 1 neurologue, 1 rhumatologue). Onze médecins ayant participé à l'évaluation étaient également experts-visiteurs pour la HAS.

5.2.2 Groupe d'évaluation

Le groupe d'évaluation était composé de médecins exerçant en service de soins de suite et de réadaptation. Ils ne sont pas les premiers destinataires de l'outil d'aide à la décision élaboré, et ne peuvent donc pas le tester en tant que futurs orienteurs, mais ils ont été consultés sur les libellés et l'enchaînement des questions, ainsi que sur leur appréciation concernant l'outil proposé.

► Modalités de constitution

Pour constituer le groupe d'évaluation, la HAS a eu recours à quatre canaux différents :

- la liste des experts proposés par les sociétés savantes pour participer au groupe de travail mais qui n'avaient pu être retenus ;
- les noms de professionnels proposés par le groupe de travail ;
- un appel à candidatures mis en ligne sur le site de la HAS (décembre 2012-janvier 2013). Il comportait une description sommaire de l'outil, de ses objectifs, et le détail du protocole d'essai proposé ;
- afin que les différents statuts d'établissements soient représentés, quatre fédérations d'hospitalisation en SSR (Fédération de l'hospitalisation privée, Fédération hospitalière de France, Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne, privés non lucratifs, Croix-Rouge française) ont été sollicitées pour proposer des noms.

La Fédération de l'hospitalisation à domicile (FNEHAD) a également été consultée pour proposer des noms de professionnels de l'HAD susceptibles de donner leur avis sur l'outil, par rapport à la prise en charge en hospitalisation à domicile.

Afin de représenter au mieux les pratiques et les problématiques qui peuvent varier sur le territoire, la HAS s'est attachée à solliciter au moins un professionnel de chacune des 27 régions (22 métropolitaines et 5 départements et régions d'outre-mer) pour participer au groupe d'évaluation.

Au total, 62 médecins se sont portés candidats pour participer à l'évaluation dont :

- 33 médecins suite à la sollicitation des experts-visiteurs de la HAS ou l'appel à candidatures sur Internet, et la sollicitation des sociétés savantes ;
- 20 médecins proposés par les fédérations d'hospitalisation en SSR ;
- 5 médecins proposés par le groupe de travail ;
- 4 médecins proposés par la Fédération de l'hospitalisation à domicile.

L'outil d'aide à la décision a été mis en ligne sous format cliquable, faisant apparaître progressivement les principaux items conduisant à la décision.

► Participation

Trente-neuf questionnaires d'évaluation ont été complétés, soit un taux de participation de 62,9 %.

- Dix disciplines médicales étaient représentées (21 médecins de médecine physique et de réadaptation, 3 médecins de gériatrie-gérontologie, 3 médecins de cardiologie, 2 médecins spécialisés en addictologie-alcoolologie, 3 médecins en oncologie-cancérologie, 1 chirurgien viscéral, 1 médecin spécialisé dans les maladies endocriniennes et métaboliques, 1 médecin généraliste, 1 médecin en neurologie, 1 médecin en pneumologie); par ailleurs 2 médecins coordinateurs en SSR ont complété le questionnaire d'évaluation.
- Quinze régions étaient représentées (7 professionnels en Ile-de-France, 7 en Rhône-Alpes, 5 en Aquitaine, 3 en Nord-Pas-de-Calais, 3 en Pays de la Loire, 2 en Champagne-Ardenne, 2 dans les DOM-TOM, 2 en Languedoc-Roussillon, 2 en PACA, 1 en Alsace, 1 en Basse-Normandie, 1 en Bourgogne, 1 en Bretagne, 1 en région Centre, 1 en Picardie).

5.3 Documents d'appui utilisé pour construire l'outil

L'outil expérimental d'aide à la décision a été élaboré par le groupe de travail en s'appuyant sur la grille du RéQua et sur plusieurs documents déjà publiés, ces documents permettant de préciser les critères d'admission en SSR.

Il s'agissait :

- des décrets (3,4) et de la circulaire (6) ;
- du document MPR Rhône-Alpes - Fédération française de médecine physique et de réadaptation (Fedmer) (10) de 2008 intitulé « Critères de prise en charge en médecine physique et de réadaptation » précisant les critères de décision de prise en charge en médecine physique et de réadaptation (MPR) pour les adultes et les enfants ;
- des publications de la Société française de médecine physique et de réadaptation Sofmer-Fedmer sur les « parcours de soins en médecine physique et de réadaptation » publiés en 2011 dans la revue *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* (11,12) ;
- des documents publiés par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) ou la HAS, en relation avec le thème :
 - rapport d'évaluation des pratiques professionnelles de l'Anaes en 2001 intitulé « Préparation de la sortie du patient hospitalisé » (13),
 - rapport sur le retour au domicile des patients atteints d'accident vasculaire cérébral de l'Anaes en 2003 (14),
 - guide de revue de pertinence des soins applicable aux admissions et aux journées d'hospitalisation de court séjour publié par l'Anaes en 2004 (15),

- recommandations de la HAS précisant les indications d'un transfert en soins de suite et de réadaptation, après chirurgie orthopédique (16-18) ;
- des critères d'orientation directement accessibles en consultant le site du logiciel Trajectoire (19) ;
- des outils développés par le réseau QualiSanté :
 - grille permettant d'évaluer la pertinence des journées d'hospitalisation en SSR (7,8),
 - arbre décisionnel d'orientation des patients en SSR après fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF)⁶.

5.4 Périmètre de l'outil défini par le groupe de travail

La discussion lors de la première réunion du groupe de travail (GT) a permis de préciser le périmètre de l'évaluation :

- l'intérêt de l'utilisation d'une grille de pertinence de type *Appropriateness Evaluation Protocol* (AEP) pour répondre à la question posée a été discuté. Il a paru nécessaire au groupe de travail de pouvoir s'en affranchir. En effet, sa structure (au moins un item sélectionné rend l'admission pertinente) ne permettait pas de réaliser un algorithme de décision progressive. Or ce type d'outil, avec filtres successifs, a été jugé plus adéquat dans la situation d'orientation vers une admission en SSR ;
- il a été convenu de s'inspirer des grilles de pertinence françaises et étrangères pour rédiger les libellés de l'outil, mais de s'en affranchir autant que nécessaire.

Le GT a par ailleurs validé :

- qu'un outil unique pouvait prendre en compte l'ensemble des critères visant à déterminer la pertinence d'une admission en SSR, quel que soit le type d'affections ;
- que l'outil pourrait être utilisé pour déterminer la pertinence des hospitalisations à temps plein ou à temps partiel ;
- que l'outil devait permettre de déterminer, en fin d'analyse, le type de SSR le plus approprié à la situation du patient (*i.e.* SSR spécialisé ou polyvalent) ;
- que l'outil serait réalisé du point de vue du professionnel souhaitant orienter le patient, et devait utiliser des critères d'orientation simples et compréhensibles par tous les professionnels de santé « orienteurs » ;
- que l'outil devait pouvoir également être utilisé par les médecins de ville ;
- que l'outil devait intégrer les transferts pour les adultes et les enfants, la pédiatrie étant une mention possible du type de SSR requis ;
- de ne pas retenir dans l'outil les éléments décrivant les alternatives à la prise en charge en SSR, ni les structures d'aval du SSR. L'objectif de l'outil n'était pas de déterminer la structure la plus appropriée au patient, mais uniquement d'évaluer le bien-fondé d'une prise en charge en SSR ;
- que la réponse fournie devait être tranchée et du type « la prise en charge en SSR est adaptée ou non » pour le patient dont la situation est évaluée.

Lors des trois réunions du groupe de travail, un consensus a été recherché et obtenu, ce qui a permis de construire une version expérimentale de l'outil, qui a ensuite été testée (groupe d'essai) puis évaluée (groupe d'évaluation), avant d'aboutir à **l'outil pilote** d'aide à la décision qui est présenté dans ce rapport.

⁶ Réseau QualiSanté 44 – arbre décisionnel d'orientation des patients en SSR après fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF).

Le groupe de travail avait souhaité que la consultation du groupe d'essai soit réalisée en deux temps :

- après consultation des experts séparément, l'outil devait être modifié dans le cadre d'une troisième réunion du GT ;
- puis il devrait être testé par des binômes (MCO-SSR) sur un nombre plus limité de professionnels, en réalisant une étude sur plusieurs dossiers *a posteriori*.

Cette méthodologie devait permettre de voir si les patients qui ont effectivement été orientés (ou non orientés) en SSR auraient été identifiés comme tels par l'outil d'aide à la décision. La pertinence de l'outil en vie réelle pour améliorer l'orientation devait ainsi être évaluée.

En accord avec la CEESP (décision du 11 juin 2013), cette consultation en binôme n'a finalement pas été mise en œuvre dans le cadre de cette évaluation, compte tenu des difficultés rencontrées pour mobiliser les professionnels du MCO durant la phase d'essai.

Pour pallier cette insuffisance, une question relative à la pertinence de la réponse apportée par l'outil a néanmoins été introduite dans le questionnaire d'évaluation GraAL⁷ à destination du groupe d'essai.

5.5 Modalités de consultation des groupes d'essai et d'évaluation

L'outil d'aide à la décision a été mis en ligne sous format cliquable, faisant apparaître progressivement les principaux items conduisant à la décision.

Une notice explicative était jointe à l'envoi du message par courrier électronique (*cf. annexes 2 et 3*). La phase d'essai s'est déroulée entre le 15 février et le 15 avril 2013, pour les professionnels du court séjour, et entre le 1^{er} mars et le 15 avril 2013, pour les professionnels du SSR.

A l'issue de la phase d'essai, les médecins étaient invités à remplir un questionnaire d'évaluation (GraAL) comportant 9 (SSR) ou 10 questions (MCO) (*cf. annexe 4 Questionnaire d'évaluation*). Ces questions concernaient à la fois le libellé de chaque item de l'outil ainsi que les explications fournies et l'algorithme de décision proposé. Des informations étaient par ailleurs recueillies 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, interface intégrée dans Trajectoire...).

Les médecins du groupe d'essai (MCO) étaient invités à tester en ligne l'outil sur 5 à 10 patients de leur service et pour lesquels :

- une orientation en SSR était *a priori* envisagée et/ou pour lesquels le médecin avait un doute sur la pertinence d'une prise en charge (5 dossiers de patients minimum) ;
- le retour au domicile (ou dans leur milieu de vie ordinaire) était envisagé, mais pour lesquels une prise en charge médicale par un professionnel de santé ou un intervenant psycho-social serait nécessaire après l'hospitalisation (5 dossiers de patients maximum).

A partir de la date de démarrage de l'étude, les 10 premiers dossiers patients respectant les critères d'inclusion devaient être inclus dans l'essai.

⁷ GraAL : gestion rationalisée des avis de lecture.

Les médecins étaient par ailleurs invités à se placer dans leurs conditions habituelles de prise de décision pour l'orientation du patient et à se faire assister de tout personnel jugé nécessaire (cadre de santé, infirmier/ère, assistante sociale, etc.) (cf. *annexe 2*).

Les médecins de SSR étaient quant à eux invités à évaluer l'outil en ligne en simulant des situations fictives de patients actuellement pris en charge en MCO, HAD, ou domicile, et pour lesquels une orientation vers une structure de SSR pourrait être envisagée par le professionnel orienteur (5 à 10 situations fictives au choix) (cf. *annexe 3*).

Les remarques et modifications demandées par le groupe d'essai et le groupe d'évaluation ont ensuite été synthétisées par la HAS, puis discutées lors d'une troisième réunion du groupe de travail, afin d'aboutir à la mise au point de **l'outil pilote** proposé dans ce document.

5.6 Apport des groupes d'essai et d'évaluation

Par rapport à la version initiale proposée par le groupe de travail, les apports des groupes d'essai et d'évaluation ont été significatifs dans différents domaines :

- la caractérisation de l'origine des patients. Il a notamment été signalé que les patients pouvaient également provenir d'une autre structure de SSR et de la psychiatrie. Ces éléments ont été intégrés dans la question sur l'origine des patients ;
- la possibilité de cocher simultanément deux items concernant l'objet de la prise en charge ;
- le remplacement de l'expression lieu « ordinaire » de vie par lieu « habituel » de vie ;
- la suppression de l'item « séjour de répit dans le cadre d'un maintien du projet thérapeutique » dans les éléments caractérisant l'environnement du patient et susceptible de motiver une prise en charge en SSR, ces séjours étant considérés comme inclus et l'item portant sur les conditions sociales et environnementales ne permettant pas une prise en charge au domicile ;
- la possibilité de cocher simultanément les deux items permettant de caractériser l'environnement du patient ;
- l'algorithme a été modifié. Dans sa version initiale, des conditions environnementales défavorables pouvaient à elles seules légitimer une prise en charge en SSR. Un des critères de l'objet de prise en charge (filtre 1) doit maintenant être coché dans l'outil pilote ;
- dans les éléments d'explications, les mentions de SSR ont été rajoutées.

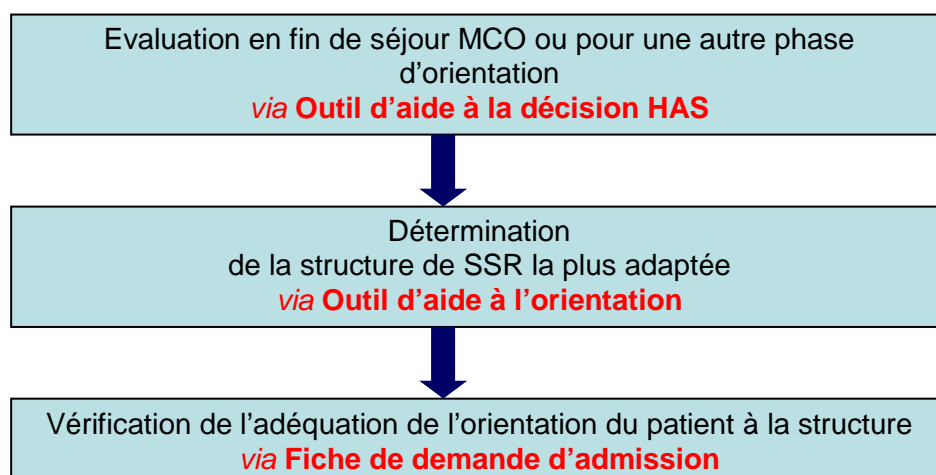
5.7 Positionnement de l'outil dans le processus de décision d'orientation du patient

L'outil pilote élaboré a vocation à se situer en amont de la prise de décision d'admission. Il devra être utilisé au cours de la première phase de l'évaluation (cf. *graphique 1*) et précédera :

- le choix de la structure la plus adaptée en fonction des pathologies et de l'offre de soins ;
- le remplissage de l'outil permettant d'évaluer l'adéquation de l'orientation du patient aux prises en charge offertes (article D. 6124-177-5 du Code de la santé publique, circulaire DHOS/O1 n° 2008-305 du 3 octobre 2008 (6)). Cet outil est un document établi de façon partagée entre le médecin prescripteur et le médecin de la structure de SSR. *A minima* il doit comporter les rubriques suivantes :

- renseignements administratifs sur le prescripteur de SSR (service hospitalier, médecin libéral),
- 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 multirésistantes (BMR), etc.)/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, etc.,
- traitement médicamenteux en cours,
- soins infirmiers nécessaires (ventilation, aspiration, etc.),
- 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.

Graphique 1. Positionnement de l'outil dans la chaîne de décision d'admission en SSR



6 Présentation de l'outil pilote d'aide à la décision

L'orientation vers une structure de SSR est nécessaire pour le traitement de certaines pathologies, dont la sévérité et la complexité requièrent une hospitalisation. Le but de cet outil n'est pas de dresser l'ensemble de ces situations cliniques ou de ces pathologies, mais d'évaluer le besoin de prise en charge par une structure de SSR, que ce soit en hospitalisation complète ou partielle.

6.1 Contexte d'utilisation

Tout médecin exerçant dans le service de court séjour d'un établissement de santé ou amené à évaluer la situation d'un patient concernant la nécessité d'une prise en charge en SSR⁸ pourrait utiliser l'outil développé par la HAS pour apprécier la pertinence d'une demande d'admission en service de soins de suite et de réadaptation. **Cet outil lui permettrait de valider ou d'invalidier l'adéquation de la prise en charge par une structure de SSR, au regard de la situation médicale et personnelle du patient, ainsi que des recommandations professionnelles existantes.**

Cet outil permettrait également de déterminer le type de service de SSR (polyvalent ou spécialisé) vers lequel le patient devrait être orienté.

6.2 Architecture de l'outil

L'outil élaboré se présente comme un algorithme décisionnel (cf. 6.2.2) conçu comme une succession de filtres qui permettent, progressivement, de ne sélectionner que les patients pour lesquels une admission en SSR est *a priori* appropriée, sans présager de l'admission effective de ce patient, qui relève d'une appréciation plus fine de la situation du patient, et des places disponibles dans la structure de SSR au moment de l'admission.

L'outil comprend :

- un avant-propos précisant les conditions d'utilisation de l'outil :
 - « La décision de transfert des patients est un processus collectif, qui s'opère au sein d'une équipe pluridisciplinaire MCO-SSR. Celle-ci doit se concerter au-delà de l'outil présenté. L'équipe doit informer le patient au cours de sa prise en charge en MCO de la possibilité d'une orientation en SSR et recueillir son consentement. De ce fait l'outil d'aide à la décision est avant tout un outil de dialogue entre professionnels et avec le patient, pour assurer une meilleure fluidité des transferts d'une prise en charge à une autre » ;
- une phase d'identification préalable de l'évaluateur et de l'origine du patient pour lequel il demande l'évaluation (phase non décisionnelle) ;
- trois premiers filtres permettant de déterminer, en fonction du projet médical pour le patient et de sa situation personnelle, si ce dernier relève d'une prise en charge en SSR ;
- un filtre permettant de déterminer si la prise en charge relève d'une structure de SSR spécialisée, ou d'une structure de SSR polyvalente ;
- un dernier filtre assurant que le consentement du patient ou de son entourage pour intégrer une structure de SSR polyvalent ou spécialisé a bien été obtenu.

Pour chaque filtre, des explications sont fournies pour chacun des items proposés.

⁸ Les admissions directes du domicile (ou du lieu habituel de vie), sans passage par le court séjour, sont de deux ordres : en situation d'urgence sur prescription du médecin traitant, elles peuvent être bénéfiques aux patients car elles permettent d'éviter les transferts, notamment pour les personnes fragiles. L'admission directe peut également répondre à un besoin d'expertise, de bilan, ou de suivi d'un patient au long cours (6).

6.2.1 Présentation des différents filtres de décision et de leurs explications associées

Les différents filtres et les explications fournies à l'évaluateur sont présentés ci-après.

► Phase d'identification

Identification de l'évaluateur

- Nom et prénom de l'évaluateur
- Etablissement
- Service
- Qualification de l'équipe procédant à l'évaluation

Origine du patient évalué

- Transfert du court séjour MCO
- Autres structures sanitaires (HAD, psychiatrie, SSR)
- Structures médico-sociales (EHPAD, MAS, FAM)
- Domicile

Explications

Préciser où est actuellement pris en charge le patient pour qui vous réalisez l'évaluation.

MCO : service de court séjour d'un établissement de santé en médecine, chirurgie ou obstétrique.

HAD : hospitalisation à domicile.

SSR : le patient peut provenir d'un autre service de soins de suite et de réadaptation.

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

MAS : maison d'accueil spécialisée pour personnes handicapées.

FAM : foyer d'accueil médicalisé pour personnes handicapées.

► Début de l'évaluation

L'évaluation de la situation du patient au regard de la prise en charge en SSR débute par un premier filtre permettant de caractériser l'objet de sa prise en charge potentielle en SSR.

Filtre 1. Objet de la prise en charge

- Un projet et des objectifs ont été identifiés pour le patient dans un ou plusieurs des domaines suivants (rééducation, réadaptation, suivi et surveillance thérapeutiques, éducation thérapeutique, réinsertion, prévention).

Explications

L'orientation d'un patient dans une structure de SSR et son admission doivent répondre à un objectif thérapeutique déterminé et régulièrement réévalué. Il faut donc être en mesure d'identifier un ou plusieurs des objectifs dans la liste présentée. La « réadaptation » et la « réinsertion » s'entendent aussi bien au niveau social que professionnel ou scolaire. La réponse à cette question nécessite une évaluation préalable des besoins en fonction de l'état du patient.

et/ou

Bilan d'expertise, ajustements thérapeutiques ou traitement de complication dans le cadre d'une pathologie chronique ou d'un handicap.

Explications

Hormis les patients admis pour rééducation « post événement aigu », certains d'entre eux peuvent aussi être admis en SSR pour bilan dans le cadre de déficiences chroniques handicapantes (troubles neuropsychologiques, troubles de la marche ou de l'équilibre, etc.). La réhospitalisation directe dans la structure est possible pour évaluation, expertise, traitement spécifique d'une complication liée au handicap, etc. La complexité et la sévérité de la situation nécessitent alors une hospitalisation en SSR.

L'évaluateur doit sélectionner un ou deux des items ci-dessus pour passer au filtre 2 (caractérisation de la prise en charge).

Si l'évaluateur ne coche aucun des deux items proposés ci-dessus, l'évaluation s'arrête et le message suivant apparaît :

« Il n'y a pas d'indication de SSR pour ce patient ».

Filtre 2. Caractérisation de la prise en charge

Si l'évaluateur a sélectionné un ou plusieurs des items du filtre 1, il voit s'afficher les items proposés pour le filtre 2.

Besoin d'une prise en charge pluridisciplinaire globale, coordonnée par un médecin

Explications

La prise en charge ne peut être réalisée en soins de ville en raison de sa complexité, de sa densité, et de sa technicité. Elle requiert une coordination des soins avec présence d'un médecin et de plusieurs intervenants paramédicaux et psycho-sociaux. Ce besoin de prise en charge peut être évalué en se reportant ici aux recommandations éditées par les sociétés savantes, l'Assurance maladie ou les agences de santé (HAS notamment) ou, en l'absence de référentiel connu, être évalué directement par le praticien prescripteur⁹.

et/ou

La pathologie ne justifie pas en elle-même une prise en charge en SSR, mais celle-ci est rendue nécessaire en raison de la présence de comorbidités chez le patient.

Explications

L'affection aiguë médicale ou chirurgicale du patient ne nécessiterait pas en elle-même une prise en charge en SSR, mais en raison de ses comorbidités (i.e. de pathologies associées ou intercurrentes) la prise en charge du patient est rendue plus complexe. Cela compromet le retour et le maintien dans le milieu habituel de vie du patient.

Si l'évaluateur sélectionne au moins un des items du filtre 2, le filtre 4 (type de SSR requis) s'affiche.

Si l'évaluateur n'a sélectionné aucun des items, le patient ne devrait pas être pris en charge en SSR mais les caractéristiques de son environnement pourraient le justifier ; l'évaluateur verra donc s'afficher le filtre 3 (environnement du patient).

⁹ Dans l'outil informatique qui sera développé, des liens vers les recommandations professionnelles existantes seront à envisager.

Filtre 3. Environnement du patient

Si l'évaluateur n'a sélectionné aucun des items du filtre 2 (caractérisation de la prise en charge), il se voit proposer le filtre 3 (environnement du patient).

Les conditions sociales ou environnementales du patient ne permettent pas sa prise en charge médicale et/ou paramédicale au domicile.

Explications

La prise en charge médicale ou paramédicale en ambulatoire serait possible, mais l'environnement humain (conjoint, proches, aides à domicile), social (ressources, situation familiale...) ou matériel (équipement du domicile, accès...) est actuellement insuffisant pour permettre le retour ou le maintien dans le lieu habituel de vie du patient.

et/ou

Inadaptation ou insuffisance de l'offre locale de soins de ville.

Explications

Les caractéristiques de l'offre locale de soins autour du lieu habituel de vie du patient (soins paramédicaux, suivi par un médecin traitant...) ne permettent pas son retour et son maintien au domicile ou dans une structure non médicalisée (établissement pour personnes âgées et/ou handicapées, etc).

Si l'évaluateur sélectionne au moins un des items du filtre 3, le filtre 4 (type de SSR requis) s'affiche.

Si l'évaluateur ne sélectionne aucun des items du filtre 3, il voit s'afficher le message :

« Orientation vers un service de SSR non appropriée ».

Filtre 4. Type de SSR requis

Si l'évaluateur est parvenu au filtre 4, l'outil proposera des items permettant de déterminer le type de structure de SSR requis.

- Compétences médicales et paramédicales spécialisées nécessaires, avec plateau technique adapté
 - l'état de santé du patient est compatible avec une prise en charge dans une structure de SSR spécialisé.
 - l'état de santé du patient n'est pas compatible avec une prise en charge dans une structure de SSR spécialisé.

- Pas de spécificité particulière concernant les compétences ou le plateau technique requis pour la prise en charge du patient.

Explications

Il s'agit ici de déterminer si le patient doit être pris en charge dans un service de SSR spécialisé ou peut être pris en charge par un service de SSR polyvalent. Dans la circulaire DHOS/O1 n° 2008-305 du 3 octobre 2008 (6), les services proposés au titre de la spécialisation se caractérisent par :

- *la capacité à prendre en charge les patients les plus lourds (nécessitant une surveillance ou un traitement médical important) ou atteints de pathologies définies ;*
- *des compétences médicales et paramédicales spécifiques ;*
- *des moyens matériels spécifiques. Compétences médicales et paramédicales spécifiques nécessaires, avec plateau technique adapté.*

Le décret n° 2008-377 (4) fait référence à la mention d'une ou plusieurs prises en charge spécialisées en SSR pour les catégories d'affections suivantes ; ces mentions peuvent être conjuguées avec la mention de la prise en charge des enfants/adolescents :

- *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.*

Il est possible que le patient relève d'une prise en charge en une structure de SSR spécialisé, mais que son état de santé au moment du transfert en SSR ne lui permette pas d'en bénéficier. Dans ce cas, il peut être souhaitable d'orienter ce patient vers une structure de SSR polyvalent puis de réévaluer sa situation avant d'envisager un transfert dans une structure de SSR spécialisé.

Si l'évaluateur sélectionne « compétences médicales et paramédicales spécialisées nécessaires, avec plateau technique adapté »

-> et « l'état de santé du patient **est compatible** avec une prise en charge dans une structure de SSR spécialisé », l'évaluateur passe au filtre 5 (consentement du patient) pour intégrer une structure de SSR spécialisé.

Si l'évaluateur sélectionne « compétences médicales et paramédicales spécialisées nécessaires, avec plateau technique adapté »

-> et « l'état de santé du patient **n'est pas compatible** avec une prise en charge dans une structure de SSR spécialisé », l'évaluateur passe au filtre 5 (consentement du patient) pour intégrer une structure de SSR polyvalent.

Si l'évaluateur sélectionne « pas de spécificité particulière concernant les compétences ou le plateau technique requis pour la prise en charge du patient »

-> et « l'état de santé du patient **est compatible** avec une prise en charge dans une structure de SSR spécialisé », l'évaluateur passe au filtre 5 (consentement du patient) pour intégrer une structure de SSR polyvalent.

Filtre 5. Consentement du patient

L'évaluateur qui parvient au filtre 5 (consentement du patient) doit s'assurer que l'accord du patient ou de la personne de confiance a été obtenu.

Le consentement du patient ou, à défaut, celui de la personne de confiance ou de l'entourage pour intégrer une structure de SSR (polyvalente ou spécialisée) a été obtenu.

- Oui
- Non

Explications

Le consentement libre et éclairé de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas (article R 4127-36 du Code de la santé publique et charte de la personne hospitalisée).

Le patient doit formuler son consentement après avoir reçu de la part du médecin une information claire, compréhensible, adaptée à ses capacités de compréhension sur la nature des actes et des prescriptions proposées, leur intérêt pour la santé et les conséquences néfastes en cas de refus. Outre l'information verbale, un document écrit d'information sur la ou les structures de SSR est, si possible, remis au patient.

Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.

Lorsque la personne hospitalisée est mineure ou majeure sous tutelle, dès lors qu'elle est en mesure d'exprimer sa volonté, son consentement doit être recherché, même s'il revient aux détenteurs de l'autorité parentale ou au tuteur de consentir à tout traitement.

La personne de confiance sera consultée au cas où le malade serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin¹⁰. Toute personne majeure non protégée peut désigner une personne de confiance dont l'intervention ne se limite pas aux hospitalisations mais peut également se faire à l'occasion de soins à domicile ou au cabinet médical. Il peut s'agir d'un parent, d'un proche ou du médecin traitant.

Si le consentement du patient ou de la personne de confiance pour intégrer une structure de SSR spécialisé a été obtenu, l'évaluateur voit s'afficher le message suivant :

« Prise en charge en SSR spécialisé appropriée pour ce patient ».

¹⁰ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/admission_en_mco_et_ssr.pdf

Si le consentement du patient ou de la personne de confiance pour intégrer une structure de SSR polyvalent a été obtenu, l'évaluateur voit s'afficher le message suivant :

« Prise en charge en SSR polyvalent appropriée pour ce patient ».

Si le consentement du patient ou de la personne de confiance n'a pas été obtenu, que ce soit pour intégrer une structure de SSR spécialisé ou polyvalent, l'évaluateur voit s'afficher le message suivant :

« Orientation du patient vers une structure de SSR polyvalent (ou spécialisé) refusée par le patient ou la personne de confiance. Le patient ne doit pas être orienté vers une structure de SSR ».

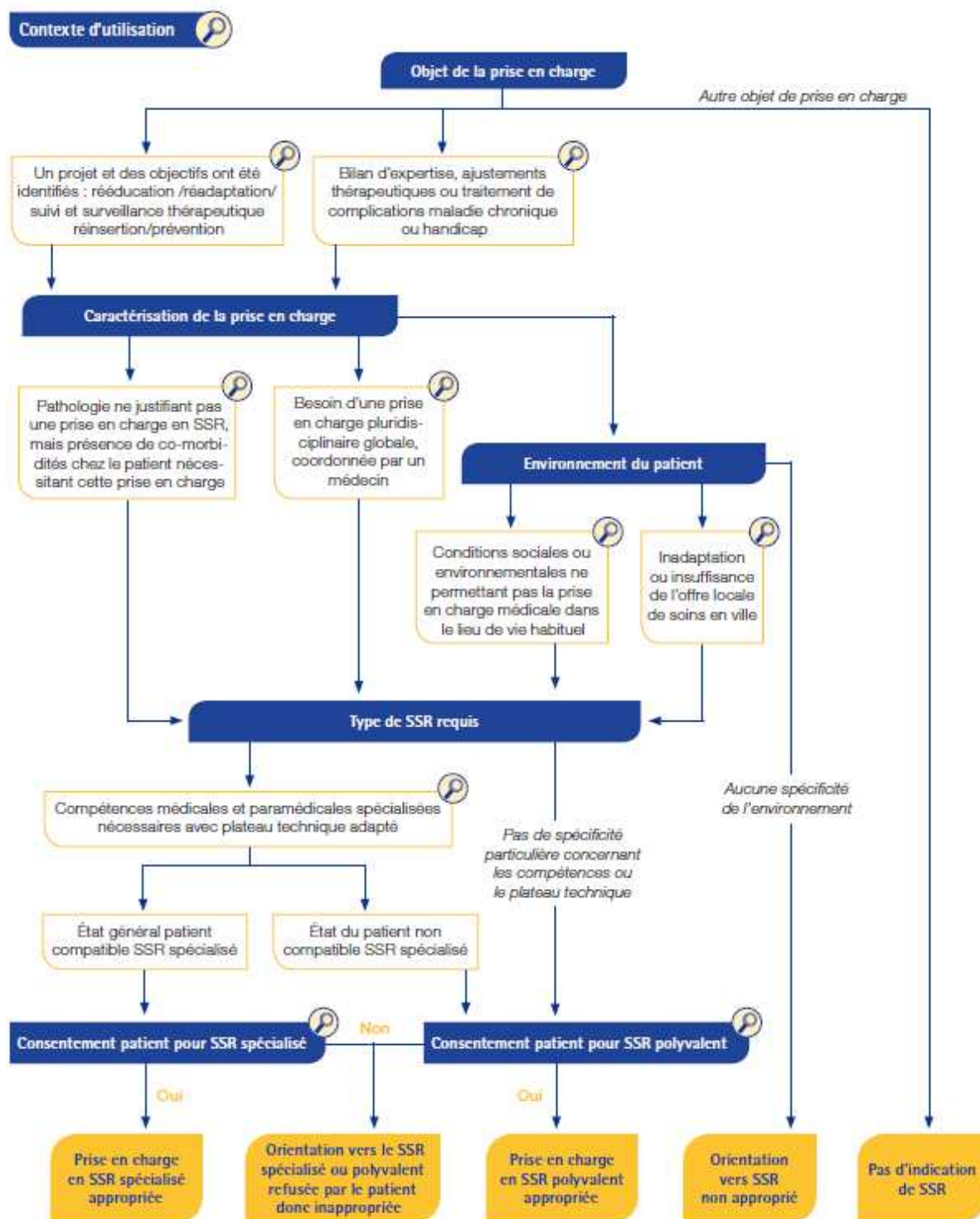
6.2.2 Présentation de l'outil sous forme d'algorithme

L'outil pilote peut être représenté sous forme d'algorithme (cf. graphique 2). Il a vocation à être présenté en algorithme « format 2 clics » par la HAS.

Dans sa version finale, il sera intégré dans les logiciels d'aide à l'orientation en SSR.

Graphique 2. Outil d'aide à la décision pour l'admission des patients en SSR

Juillet 2013



7 Questions complémentaires

Les professionnels du groupe d'essai et d'évaluation ont été sollicités pour répondre à des questions concernant l'outil dans sa version provisoire (avant modification par le groupe de travail).

- Seize professionnels de MCO sur 17 (94,1 %) et 33 professionnels de SSR sur 39 (89,2 %) avaient considéré que l'enchaînement des items de l'outil était approprié.
- Neuf professionnels de MCO sur 17 (56,2 %) et 24 professionnels de SSR sur 39 (61,5 %) avaient considéré que les questions posées étaient suffisantes pour permettre d'apporter une réponse à la question « le patient évalué doit-il être orienté vers un service de SSR ? ».
- Treize professionnels de MCO sur 17 (76,4 %) avaient considéré que l'outil proposé apportait une réponse satisfaisante pour décider de l'orientation des patients en SSR.
- Huit professionnels de MCO sur 17 (47,1 %) et 22 professionnels de SSR sur 39 (56,4 %) ont considéré que le support le plus adapté pour faciliter l'utilisation de l'outil était le logiciel Trajectoire. Onze professionnels de SSR sur 39 (28,2 %) ont souhaité un autre support mais leurs remarques étaient principalement destinées à apporter des améliorations au logiciel Trajectoire (notamment logiciel interfaçable entre les établissements).
- Trois médecins de MCO sur 17 (17,6 %) ont sollicité l'équipe pluridisciplinaire pour tester l'outil :
 - un oncologue a collaboré avec une assistante sociale, un cadre infirmier, un médecin radiothérapeute ou un interne selon les patients ;
 - un chirurgien a collaboré avec un cadre de santé ;
 - un gériatre a collaboré avec un cadre de santé, une assistante sociale, un travailleur social, un psychologue, un ergothérapeute selon les patients.

Les modifications et améliorations demandées par les groupes d'essai et d'évaluation ont été intégrées dans la nouvelle version de l'outil qui est proposée dans ce document.

8 Limites de l'évaluation

Plusieurs difficultés ont été rencontrées durant les phases d'essai et d'évaluation qui sont autant de limites :

- le nombre de médecins de MCO ayant accepté de tester l'outil est relativement limité (17 au total) et même si un nombre important de spécialités médicales sont représentées, il aurait été souhaitable de disposer d'un échantillon plus large de professionnels pour réaliser l'essai ;
- les professionnels paramédicaux (infirmière diplômée d'Etat (IDE) notamment) et les assistants sociaux étaient représentés dans le groupe de travail, mais les médecins de MCO qui ont testé l'outil ont peu fait appel à eux, même s'ils y étaient invités. Ces personnels n'ont pas été directement sollicités pour réaliser l'essai ;
- l'outil n'a pas pu être testé en binôme MCO-SSR (cf. 5.4) ;
- l'outil ayant été testé sans être couplé à un logiciel d'aide à l'orientation (sans être intégré dans un outil d'aide à l'orientation des patients vers les services de SSR), il n'a pas été possible d'apprécier ses conditions d'utilisation en vie réelle.

9 Perspectives

Le présent outil d'aide à la décision mis au point par le groupe de travail tout en prenant en compte les remarques du groupe d'essai et du groupe d'évaluation est 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 ;
- de la comparaison avec une méthodologie concurrente (validité externe) qui est la méthode utilisée jusqu'alors dans le service ou par le professionnel.

L'outil validé a vocation à être intégré dans les logiciels d'aide à la décision (comme Trajectoire) utilisés par les établissements et les professionnels pour orienter leurs patients vers les services de soins de suite et de réadaptation.

Par ailleurs, la CEESP de la HAS a recommandé que l'estimation du coût de la mise en place du dispositif puisse être documentée lorsque l'outil proposé sera mis à disposition en routine. Cette estimation devra tenir compte :

- des coûts de validation de l'outil sur un échantillon important de séjours ;
- des coûts de développement informatique nécessaires à l'intégration dans les logiciels d'aide à l'orientation des patients ;
- des coûts de formation des personnels qui ont vocation à utiliser l'outil ;
- de la valorisation monétaire des temps de saisie par les personnels des équipes adressant le patient en SSR ainsi que des personnels des SSR ;
- les coûts d'évaluation du dispositif mis en place.

10 Participants

10.1 Equipe projet

L'analyse de la littérature, l'organisation des groupes de travail, d'essai et d'évaluation, ainsi que la coordination de ce projet ont été assurées 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 Frédérique PAGES, chef de service.

La conversion de l'outil dans le logiciel MODALISA permettant la mise en ligne de l'outil pour la phase d'essai a été réalisée par le Dr Brigitte LE COSSEC.

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

M. 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 Mme Michèle GAUTHIER, membre de la CEESP et professionnelle en SSR, de formuler un avis en tant que « témoin ».

10.2 Groupe de travail

Mme Charlette BELLUT, cadre socio-éducatif, centre hospitalier intercommunal André-Grégoire, Montreuil (93)

Dr Philippe BETHERY, médecin chef de service SSR, Association hospitalière SSR, Saint-Joseph, Rosières (43)

Dr Richard BRION, cardiologue, centre de réadaptation Bayard, Villeurbanne (69)

Dr Valentin DAUCOURT, chargé de mission, RéQua, Besançon (25)

Dr Alain DEBLASI, médecin, Trajectoire, Hospices civils, Lyon (69)

Dr Stéphanie DEFFONTAINES, médecin MPR, CMPR l'ADAPT, Châtillon (92)

Dr Loys DESCAMPS, chirurgien orthopédique et traumatologique, clinique Saint-Georges, Nice (06)

Mme Marie-Christine ETIENNE, cadre socio-éducatif, CHRU, Montpellier (34)

Mme Nicole FINANCE, cadre infirmier, centre de soins de suite et de réadaptation MGEN, Trois-Epis (68)

Mme Aurélie GRILLOT, responsable évaluation, RéQua, Besançon (25)

Dr Claude HOHN, médecin gériatre, centre hospitalier, Chambéry (73)

M. Bernard IDOUX, directeur coordonnateur des soins, centre médical, UGECAM, Saales (67)

Dr Marie-Christine ILLIOU, cardiologue, AP-HP groupe hospitalier Paris-Ouest, hôpital Corentin-Celton, Paris (75)

Dr Hugues MOREL, pneumologue, CH Broussais, Saint-Malo (35)

Dr Leila MORET, médecin de santé publique, CHU, réseau QualiSanté Nantes (44)

Dr Anne NOVE-JOSSERAND,
neurologue, hôpital Nord-Ouest,
Villefranche-sur-Saône (69)

Dr Cécile PAILLE, médecin de santé
publique, CHU, réseau QualiSanté Nantes
(44).

Dr Bernard PARATTE, médecin MPR,
CHU, Besançon (25)

Dr Sylvaine RUMEUR, médecin MPR,
centre de Parharidy, Roscoff (29)

Mme Martine SENE-BOURGEOIS,
représentant patients, association CISS,
Le Lien, Boulogne-Billancourt (92)

Dr Denis SCHMIDT, médecin MPR, centre
de rééducation fonctionnelle, Deauville
(14)

Mme Nathalie TELLIER, représentant
patients, UNAF, Paris (75)

10.3 Groupe d'essai

Dr Alain CAZENAVE, Chirurgien
orthopédiste, Berck-sur-Mer

Dr Cécile CHENIVESSE, pneumologue-
allergologue, Paris

Dr Frédéric CHOMON, DIM et
coordination, La Réunion

Dr Jean Pierre COULON, chirurgien
orthopédiste, Paris

Dr François DOUCHAIN, pédiatre, Arras

Dr Michel GAILLARD, néphrologue, Le
Puy-en-Velay

Dr Sandrine GREFFARD, gériatre, Paris

Dr Stéphane HARY, rhumatologue, Agen

Dr Didier MANDRON, chirurgien
orthopédiste, Semur-en-Auxois

Dr Gilles MARCILLAUD, chirurgien
orthopédiste, La Roche-sur-Yon

Dr Paul MEEKEL, pneumologue, Troyes

Dr Laurence MERLIN, gériatre, Sceaux

Pr Thierry MOULIN, neurologue,
Besançon

Dr Dominique NORBERT, interniste et
gériatre, Confolens

Dr Philippe PIRIOU, chirurgien
orthopédiste, Garches

Dr Christine SEJOURNE, médecin
généraliste, Meulan

Dr Bruno THUBERT, gériatre, Rambouillet

10.4 Groupe d'évaluation

Dr Bernard BORDET, médecin MPR,
Cosne-sur-Loire

Dr Gabriel BOSSY, gériatre et médecin
coordonnateur, Nans-les-Pins

Dr Daniel BOUTON, médecin MPR,
Issoudun

Pr François CONSTANS BOYER,
médecin MPR, Reims

Dr Michel CAMPECH, médecin MPR,
Saint-Denis (97)

Dr Sonia CORONE, cardiologue, Briis-
sous-Forges

Dr Véronique CRESSOT, gériatre et médecin MPR, Pessac

Dr Jacqueline DARSE-DERIPPE, médecin affections onco-hématologiques, Châtenay-Malabry

Pr Pierre DECAVEL, médecin MPR, Besançon

Pr Patrick DEHAIL, médecin MPR, Bordeaux

Dr Philippe de RIGAL, pneumologue-tabacologue, Osseja

Dr Jacques DESPLANTEZ, chirurgien viscéral, Lourdes

Dr Jean-Philippe DURAND, médecin soins de suite de cancérologie, Paris

Dr Dominique-François EVENO, médecin MPR, Saint-Herblain

Dr Nadine GARET, médecin MPR, Lille

Dr David GOOSSENS, médecin MPR, Bruges

Dr Martine GUILLAUME-SMADJA, neurologue, Bobigny

Dr Sandrine GUINVARC'H, médecin MPR, Hyères

Dr Georges GUYON, médecin MPR, Valence

Dr Stéphanie IDEE, médecin MPR, Strasbourg

Dr Jean-Luc ISAMBERT, médecin MPR, Granville

Dr Danièle ISTAS, médecin MPR, Saint-Jean-d'Aulps/Evian

Dr Yann LE MEUR, gériatologue et médecin coordonnateur, Fréjus

Dr Christine LEGRAND, médecin MPR, Amiens

Dr Harrié MAAREK, addictologue et médecin coordonnateur, Épinay-sur-seine

Dr Philippe MARRIMPOEY, médecin coordonnateur, Plancoet

Dr Domenico MENAGER, médecin coordonnateur, Valenton

Dr Philippe MEYER, médecin affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien, Pégomas

Dr Bertrand MORINEAUX, médecin MPR, Bourbonne-les-Bains

Dr Sandrine OSINGA, médecin MPR, Turriers

Dr Bruno PAVY, cardiologue, Machecoul

Dr Véronique QUENTIN, Médecin MPR, Saint-Maurice

Dr Patrick RENE-CORAIL, médecin MPR, Fort-de-France

Dr Natasha REVET-SOUKSI, Médecin généraliste, HYERES

Dr Christophe ROTH, médecin MPR, Argonay

Dr Laurent SAVALLI, médecin MPR, Cambo-les-Bains

Dr Roxane SIMON-PREL, addictologue et thérapie cognitivo-comportementale en addictologie, Brosville

Dr Denise STRUBEL, gériatologue, Nîmes

Dr Anne TISSEAU, cardiologue, Saint-herblain

11 Références

1. Haute Autorité de Santé. Réalisation d'une grille d'analyse de la pertinence des demandes de transfert et d'admission en SSR. Note de cadrage. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/note_de_cadrage_-_realisation_dune_grille_danalyse_de_la_pertinence_des_demandes_de_transfert_et_dadmission_en_ssr.pdf
2. Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011. Journal officiel 2010;21 décembre.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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 et n° 2008-376 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation. Bulletin officiel 2008;2008/10:221-39.
7. 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>
8. 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.
9. 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: RéQua; 2008. <http://www.requa.fr/sanitaire/100/epp-pertinence-des-admissions-en-ssr.html?action=afficherP&idA=1&idP=186>
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. Yelnik AP, Schnitzler A, Pradat-Diehl P, Sengler J, Devailly JP, Dehail P, *et al.* Physical and rehabilitation medicine (PRM) care pathways: "stroke patients". *Ann Phys Rehabil Med* 2011;54(8):506-18.
12. Yelnik AP, le Moine F, Sengler J, Joseph PA. Care pathways in physical and rehabilitation medicine [editorial]. *Ann Phys Rehabil Med* 2011;54(8):463-4.
13. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Préparation de la sortie du patient hospitalisé. Évaluation 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
14. 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/AV_C_Retour_Recos.pdf
15. 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/Revue_de_pertinence_des_soins.pdf

sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/rps_guide.pdf

16. 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>

17. 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/ree_education_genou_ptg_-_argumentaire.pdf

18. 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/ree_education_epaule_-_argumentaire.pdf

19. 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: Trajectoire santé; 2010.

<https://trajectoire.sante-ra.fr>

12 Annexes

Annexe 1. Liste des sociétés savantes, fédérations et associations sollicitées

- Association de recherche en soins infirmiers
- Association française pour la recherche et l'évaluation en soins infirmiers
- Association nationale des assistants de service social (ANAS)
- Association professionnelle des services sociaux hospitaliers et de la santé
- Collectif inter-associatif sur la santé
- Collège de la médecine générale
- Collège français de chirurgie générale, viscérale et digestive
- Collège français de chirurgie orthopédique et traumatologique (CFCOT)
- Collège français de médecine d'urgence
- Collège national de la kinésithérapie salariée
- Collège national professionnel des internistes
- Collège professionnel des gériatres français
- Conseil national professionnel de cardiologie
- Fédération de l'hospitalisation privée en SSR
- Fédération hospitalière de France SSR (FHF SSR)
- Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)
- Fédération française de médecine physique et de réadaptation (Fedmer)
- Fédération française de pneumologie
- Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en EHPAD
- Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD)
- Fédération nationale des infirmiers
- Médecine de réadaptation physique MPR-Rhône-Alpes
- Organisation nationale des éducateurs spécialisés (ONES)
- Réseau RéQua
- Réseau QualiSanté
- Société française de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- Société française de gériatrie et gérontologie
- Société française de neurologie
- Trajectoire
- Union nationale des associations familiales

Annexe 2. Notice explicative ayant été communiquée aux médecins participant au groupe d'essai



Outil d'aide à la décision pour l'admission en SSR Mode d'emploi du protocole d'essai

Quel est l'objectif de l'outil que vous testez ?

Il s'agit d'un outil d'aide à la décision dont l'objectif est de vous permettre de déterminer rapidement si un patient de votre service devrait pouvoir bénéficier d'une prise en charge dans une structure de soins de suite et de réadaptation, à l'issue de son hospitalisation en court séjour ou en urgence.

Cet outil, très simple d'utilisation, doit pouvoir vous apporter une réponse en 5 minutes.

Quels sont les patients à inclure dans l'étude ?

L'essai de l'outil doit être réalisé sur une **dizaine de dossiers de patients**.

Attention ! Aucune information nominative ne vous est demandée concernant ces patients et les informations concernant leur situation clinique doivent être renseignées de manière succincte. Elles sont enregistrées dans une base de données totalement anonyme.

Critères d'inclusion des dossiers de patients dans l'essai

Peuvent être inclus dans l'essai les dossiers des patients hospitalisés actuellement dans votre service de court séjour en médecine ou chirurgie pour lesquels :

- une orientation en SSR est *a priori* envisagée et/ou pour lesquels vous avez un doute sur la pertinence de ce type de prise en charge (**5 dossiers de patients minimum**) ;
- le retour au domicile (ou dans leur milieu de vie ordinaire) est envisagé, mais pour lesquels une prise en charge médicale par un professionnel de santé ou un intervenant psycho-social sera nécessaire après l'hospitalisation (**5 dossiers de patients maximum**).

Critères d'exclusion des dossiers de patients de l'essai

N'entrent pas dans le champ de l'essai les dossiers des patients pour lesquels, à l'issue de l'hospitalisation, le retour du patient au domicile (ou dans son lieu de vie ordinaire) est envisagé, et pour lesquels aucune prise en charge médicale ou par un intervenant psycho-social ne sera *a priori* nécessaire, en dehors du suivi post-hospitalisation par le médecin traitant ou un spécialiste de ville.

Sélection des dossiers

A partir de la date de démarrage de l'étude, les 10 premiers dossiers de patients respectant les critères d'inclusion participeront à l'essai.

Période d'inclusion

Vous pouvez démarrer l'inclusion **dès réception du courrier électronique qui accompagne ce « Lisez-moi »**. Il vous indique l'adresse électronique pour utiliser l'outil. La phase d'essai se termine lorsque vous aurez pu réaliser l'évaluation pour une dizaine de dossiers de patients dans l'étude, et que vous aurez complété et envoyé le questionnaire d'évaluation GraAL (*cf. instructions ci-après*). L'essai doit être achevé au plus tard **le 15 avril 2013**.

Qui doit procéder à la phase d'essai dans l'établissement ?

Le médecin du service qui a pris en charge le patient ou celui qui doit accompagner sa sortie, assisté de tout personnel jugé nécessaire (cadre de santé, infirmier/ère, assistante sociale, etc.).

Quelles informations pouvez-vous mobiliser pour répondre ?

Les informations sont obtenues dans le dossier médical, par l'interrogatoire du personnel soignant et/ou du patient et des divers documents disponibles (prescriptions, etc.). Vous devez vous placer dans vos conditions habituelles de prise de décision d'orientation du patient.

Comment procéder pour la phase d'essai ?

Munissez-vous des documents nécessaires pour évaluer la situation du patient pour lequel vous réalisez l'évaluation.

A partir d'un ordinateur relié à Internet, connectez-vous à l'adresse (ce lien est aussi indiqué dans le message que vous avez reçu) :

https://consultation.has-sante.fr/outilssr_58hf/SSRdecisionAdmissionVD.html

Remplissez les informations et cochez les cases correspondantes. Des menus déroulants avec des cases à cocher s'affichent successivement, en fonction de la situation du patient. En cas de doute sur le sens d'un des éléments à cocher, cliquez sur le mot « **Explications** » figurant après chaque item de l'outil, afin d'obtenir des précisions.

Attention ! Ne jamais revenir en arrière ! En cas d'erreur sur les boutons cliquables, sortez de l'outil, reconnectez-vous et complétez à nouveau l'outil.

A la fin du questionnaire, vous obtenez une réponse qui s'affiche en rouge sur la pertinence ou non d'adresser le patient vers une prise en charge en SSR. Cliquez alors sur le bouton « **envoyer** ».

Une fiche récapitulant vos saisies s'affiche alors pour le dossier patient considéré. Imprimez-la ou enregistrez-la sur votre ordinateur, elle vous servira pour remplir le questionnaire d'évaluation de l'outil.

Que faire après l'essai ?

Vous devez remplir un questionnaire d'évaluation en ligne. Connectez-vous sur le site (GraAL) <https://www.graal.has-sante.fr> à l'aide du **login et du mot de passe** reçus dans un message séparé (à conserver précieusement). Complétez le questionnaire d'évaluation de l'outil, et formulez vos remarques pour l'améliorer ; vous pouvez faire des propositions détaillées en joignant un fichier attaché.

Si vous quitter l'application avant d'avoir terminé de remplir le questionnaire d'évaluation, n'oubliez pas de cliquer sur le bouton « **Enregistrer les réponses** ». A l'issue du remplissage sur questionnaire complet cliquez sur « **enregistrer et envoyer les réponses à la HAS** ».

La phase d'essai est terminée. Nous vous remercions pour votre participation. Votre évaluation servira à améliorer l'outil d'aide à la décision élaboré par la HAS. Il vous sera transmis dans sa version finale.

Annexe 3. Notice explicative ayant été communiquée aux médecins participant au groupe d'évaluation



Outil d'aide à la décision pour l'admission en SSR Mode d'emploi du protocole d'évaluation

Quel est l'objectif de l'outil que vous évaluez ?

Il s'agit d'un outil d'aide à la décision dont l'objectif est de déterminer rapidement si un patient devrait pouvoir bénéficier d'une prise en charge dans une structure de soins de suite et de réadaptation :

- à l'issue de son hospitalisation en court séjour, HAD ou urgence ;
- dans certains cas, à partir du lieu de vie ordinaire du patient.

Attention ! Il s'agit d'un outil qui est destiné à être utilisé par les professionnels adresseurs (MCO, urgence, ville). Il a vocation à être intégré dans un des logiciels d'aide à l'orientation déjà existants (comme Trajectoire par exemple).

Cet outil, très simple d'utilisation, doit pouvoir apporter une réponse pertinente aux professionnels concernés en 5 minutes.

Comment tester l'outil ?

Vous pouvez démarrer l'évaluation **dès réception du courrier électronique qui accompagne ce « Lisez-moi »**.

A partir d'un ordinateur relié à Internet, connectez-vous à l'adresse (ce lien est aussi indiqué dans le message que vous avez reçu) :

https://consultation.has-sante.fr/outilssr_58hf/SSRdecisionAdmissionVD.html

En simulant des situations fictives de patients actuellement pris en charge en MCO, HAD, domicile et pour lesquels une orientation vers une structure de SSR pourrait être envisagée par le professionnel adresseur (**5 à 10 situations fictives de votre choix**), remplissez les informations et cochez les cases correspondantes. Des menus déroulants avec des cases à cocher s'affichent successivement, en fonction de la situation du patient.

Lisez également les « [Explications](#) » fournies pour chaque item car vous devrez évaluer à la fois le libellé des items, mais également les explications fournies.

Attention ! Ne jamais revenir en arrière ! En cas d'erreur sur les boutons cliquables, sortez de l'outil, reconnectez-vous et complétez à nouveau l'outil.

A la fin du questionnaire, vous obtenez une réponse qui s'affiche en rouge sur la pertinence ou non d'adresser le patient vers une prise en charge en SSR. Cliquez alors sur le bouton « [envoyer](#) ».

Une fiche récapitulant vos saisies s'affiche alors pour le dossier de patient considéré. Imprimez-la ou enregistrez-la sur votre ordinateur, elle vous servira pour remplir le questionnaire d'évaluation de l'outil.

Que faire après le test de l'outil ?

Vous devez remplir un questionnaire d'évaluation en ligne. Connectez-vous sur le site (GraAL) <https://www.graal.has-sante.fr> à l'aide du **login et du mot de passe** reçus dans un message séparé (à conserver précieusement). Complétez le questionnaire d'évaluation de l'outil, et formulez vos remarques pour l'améliorer ; vous pouvez faire des propositions détaillées en joignant un fichier attaché.

Si vous quitter l'application avant d'avoir terminé de remplir le questionnaire d'évaluation, n'oubliez pas de cliquer sur le bouton « **Enregistrer les réponses** ». A l'issue du remplissage sur questionnaire complet cliquez sur « **enregistrer et envoyer les réponses à la HAS** ».

La phase d'évaluation est terminée. Nous vous remercions pour votre participation. Votre évaluation servira à améliorer l'outil d'aide à la décision élaboré par la HAS. Il vous sera transmis dans sa version finale.

Annexe 4. Questionnaire d'évaluation GraAL

Pour chacun des items de l'outil, il était proposé au groupe d'essai et au groupe d'évaluation de formuler un avis.

La question posée était : je valide « l'élément considéré » dans son libellé et son contenu ?
Cinq modalités de réponse étaient alors proposées :

- OUI, sans réserve ;
- NON, car le libellé de cet élément paraît difficile à comprendre ou ambigu ;
- NON, car les explications fournies pour cet élément ne sont pas claires ;
- NON, car cet élément ne me paraît pas pertinent en termes d'aide décisionnelle ;
- NON, pour une autre raison.

Toute réponse négative devait être assortie obligatoirement d'un commentaire.

Deux questions étaient ensuite posées :

- l'enchaînement des éléments du questionnaire est-il approprié ?
- les questions posées sont-elles suffisantes pour permettre d'apporter une réponse à la question « le patient évalué doit-il être orienté vers un service de SSR ? ».

Les réponses devaient être « oui » ou « non » avec un commentaire obligatoire en cas de réponse négative.

Pour les membres du **groupe d'essai uniquement** une question était ajoutée :

L'outil proposé vous a-t-il apporté une réponse satisfaisante pour décider de l'orientation des patients en SSR ?

- Oui pour tous les patients dont le dossier a été évalué ;
- Oui pour la plupart des patients dont le dossier a été évalué (plus de la moitié) ;
- Oui uniquement pour quelques patients (moins de la moitié) ;
- Non l'orientation proposée par l'outil était différente de celle à laquelle je m'attendais.

Enfin une dernière question était : selon vous, quel est le meilleur type de support susceptible de faciliter l'utilisation de l'outil ?

Sept modalités de réponse étaient proposées :

- un support identique à celui qui a été utilisé pour la phase d'essai ;
- un logiciel existant déjà dans votre service ;
- un logiciel spécifique dédié à cet outil ;
- une interface intégrée à un logiciel d'orientation de type Trajectoire ;
- un algorithme papier ;
- un algorithme cliquable ;
- un autre support.