

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉGION LORRAINE
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE
DE NANCY

**PLACE DU MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE
DANS UN SERVICE DE SOINS DE SUITE ET DE
RÉADAPTATION À TRAVERS LES
INDICATEURS INSTITUTIONNELS**

Mémoire présenté par Julien FRISCH
candidat libre
en vue de l'obtention du Diplôme d'État
de Masseur-Kinésithérapeute
2012-2013.

SOMMAIRE

RÉSUMÉ	1
1. INTRODUCTION	1
2. GÉNÉRALITÉS	2
2.1. Les soins de suite et de réadaptation (S.S.R.)	2
2.2. La tarification à l'activité	2
2.3. Le P.M.S.I. en S.S.R.	4
2.4. Les indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (I.P.A.Q.S.S.)	5
3. ILLUSTRATION PAR DES PATIENTS	6
3.1. Choix des patients	6
3.2. Méthodologie	6
3.3. Bilans médicaux	6
3.4. Bilan de la dépendance	8
3.5. Présentation sociale	9
3.6. Présentation de la prise en charge masso-kinésithérapique	10
3.6.1. Madame Ba.	12
3.6.2. Madame Br.	13
3.6.3. Madame D.	14
3.6.4. Madame F.	14
3.6.5. Madame H.	15
3.6.6. Synthèse de la prise en charge masso-kinésithérapique	16
4. DISCUSSION	17
4.1. La prise en charge du patient à travers le prisme du P.M.S.I.	17
4.1.1. Estimation du temps réel de prise en charge	17
4.1.2. Estimation du temps de prise en charge via le P.M.S.I.	18
4.1.3. Comparaison	19

4.1.4.	Pourquoi tant d'écarts ?	19
4.1.5.	Le P.M.S.I., un outil complexe nécessitant une formation à son utilisation.....	20
4.2.	I.P.A.Q.S.S. et prise en charge masso-kinésithérapique.....	21
4.2.1.	I.P.A.Q.S.S. et S.S.R.....	21
4.2.2.	La masso-kinésithérapie à travers ces indicateurs	21
4.3.	Place du masseur kinésithérapeute dans les réunions pluridisciplinaires.....	22
4.3.1.	Masseur kinésithérapeute et l'élaboration du projet thérapeutique	22
4.3.2.	Rôle du masseur kinésithérapeute dans la cotation de la dépendance	23
5.	CONCLUSION	25
	BIBLIOGRAPHIE.....	
	ANNEXES	

RÉSUMÉ

Les services de soins de suite et de réadaptation sont des entités nouvelles dans le paysage de la santé en France. Ils regroupent depuis 2008 les services de moyen séjour et de médecine physique de rééducation. Il est question ici de leur évaluation en termes de performance, de sécurité et de qualité. Le programme de médicalisation des systèmes d'information, l'élaboration du projet thérapeutique, la cotation de la dépendance et les indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ont été les différents fils conducteurs.

Dans cette étude, nous avons cherché à faire le point sur ces indicateurs, à en comprendre les différents tenants et aboutissants. En se basant sur 5 patients nous avons déterminé la place et le rôle que pouvait jouer le masseur kinésithérapeute par rapport à ces indicateurs.

Il en ressort que le masseur-kinésithérapeute, malgré des compétences propre ne peut être isolé de l'équipe pluridisciplinaire et que la volonté de ces indicateurs et de replacer le patient au centre de son parcours de soins.

Mots clefs : « S.S.R. », « projet thérapeutique », « dépendance », « P.M.S.I. », « I.P.A.Q.S.S. », « kinésithérapie ».

1. INTRODUCTION

Si l'étudiant est formé lors de ses études à la gestion d'un cabinet libéral, l'approche administrative d'un service de soins de suite et de réadaptation n'est quasiment pas traitée. Le nom même de l'entité est inconnu, le passage du terme « centre de rééducation fonctionnelle » en « soins de suite et de réadaptation » suite au décret d'avril 2008 n'a fait l'objet d'aucun cours. Pourtant cette entité est en pleine expansion, elle représente 22% des lits d'hospitalisation actuellement en France [1]. Un kinésithérapeute sur 5 risque d'y travailler au cours de sa carrière.

Les modes de financements des services de soins de suite et de réadaptation sont en pleine évolution. Ces évolutions entraînent une nouvelle dynamique d'organisation et de contrôle des soins. Elles concernent tous les professionnels de santé.

Le masseur kinésithérapeute a un devoir de soins vis-à-vis du patient pris en charge. Celle-ci passe par un traitement adéquat, en harmonie avec une équipe pluridisciplinaire, centrée sur le patient et son avenir. Il a aussi une responsabilité administrative qui passe par la tenue de dossiers papiers et informatiques témoignant de la prise en charge. Ces données sont utilisées à plusieurs finalités. Qu'en reste-t-il, à quelle fin sont-elles utilisées ?

Nous aborderons dans un premier temps les différentes évolutions de financements et ce qu'elles entraînent en termes d'obligations. Pour cela, nous nous intéresserons au fonctionnement des services de soins de suite et de réadaptation et à leur financement par la tarification à l'activité. Mais aussi, au référencement quantitatif des actes via le programme de médicalisation des systèmes d'information (P.M.S.I.) et aux indicateurs permettant de juger de la qualité et de la sécurité des soins (I.P.A.Q.S.S.).

Nous présenterons ensuite la prise en charge de 5 patients en utilisant ces indicateurs de contrôle et d'évaluation de la prise en charge. Celle-ci englobant les prises en charge médicale, paramédicale et celles abordées lors des réunions pluridisciplinaires.

Nous terminerons par une discussion centrée sur la place du masseur kinésithérapeute dans le service à travers ces notions quantitatives, qualitatives et pluridisciplinaires.

2. GÉNÉRALITÉS

2.1. Les soins de suite et de réadaptation (S.S.R.)

Depuis Avril 2008, l'intitulé « Soins de Suite et de Réadaptation » a remplacé et synthétisé au sein d'une même entité l'appellation « moyen séjour » et « médecine physique de rééducation ». Les services de soins de suite et de réadaptation (S.S.R.) accueillent des personnes nécessitant un suivi médical et ou une rééducation à la suite d'une hospitalisation en court séjour. Suite au décret d'avril 2008 (décret n° 2008-377 du 17 avril 2008), les soins de suite peuvent être classés selon deux approches, prise en charge polyvalente ou prise en charge spécialisée (9 mentions dont les affections de l'appareil locomoteur ou les affections du système nerveux). Cette prise en charge s'inscrit dans une logique de filière permettant d'optimiser le parcours du patient [2]. Elle est soumise à autorisation (article R6122-25 du code de la santé publique) [3].

La prise en charge en S.S.R. associe des soins à la rééducation et à la réadaptation, la prévention, l'éducation thérapeutique et l'accompagnement à la réinsertion. Placées sous la responsabilité d'un médecin, les prises en charge y sont pluridisciplinaires, entre le personnel des services d'hébergement (infirmière et aide soignante), le personnel des plateaux techniques (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, ...) et les structures extra hospitalières (accompagnant lors de la réinsertion). La finalité d'un S.S.R. est de poursuivre un projet thérapeutique dont l'objectif est fixé en concertation entre l'équipe soignante et le patient (et/ ou sa famille selon l'état cognitif du patient) [2].

2.2. La tarification à l'activité

La tarification à l'activité (T2A) est le moyen de financement utilisé depuis 2003 pour tous les établissements de santé. Elle vise à harmoniser, contrôler et remplacer les anciens modes de financement.

Auparavant, il existait différents modes de financement, en fonction de la nature juridique de l'établissement de santé. Les établissements publics et les établissements privés participant au service public hospitalier (P.S.P.H.) étaient dotés d'une enveloppe de fonctionnement appelée dotation globale (D.G.). Celle-ci était calculée en fonction de l'activité de l'année précédente et modulée d'un taux directeur de croissance des dépenses hospitalières, ainsi que d'une négociation pour une petite partie de leur budget. Les établissements privés à but lucratifs quant à eux facturaient à l'assurance maladie des forfaits de prestations encadrés par des objectifs quantifiés nationaux (O.Q.N.) [4].

Dans le plan hôpital 2007, la T2A vise à limiter les dépenses de santé en harmonisant les moyens (financements) à son activité produite (soins réalisés, séjour du patient). Il existe différents champs d'hospitalisation (médecine chirurgie obstétrique (M.C.O.), hospitalisation à domicile (H.A.D.), soins de suite et de réadaptation (S.S.R.), psychiatrie (Psy), soins de longue durée (S.L.D.)). Toutes ces structures n'ont pas le même niveau d'avancement sur la T2A [4].

A l'heure actuelle, seuls les champs M.C.O. et H.A.D. sont intégralement financés par la T2A. Le prix de chaque activité est fixé chaque année par le ministre chargé de la santé via le mécanisme des groupes homogènes de séjours (G.H.S.) et des groupes homogènes de malades (G.H.M.) (directement tiré du programme de médicalisation des systèmes d'information, P.M.S.I.). Ces différents groupes permettent de classer les patients par pathologies, puis par séjours et ainsi d'en dégager un tarif de prise en charge [4].

Le financement des S.S.R. est en cours de mise en place et passe par un système transitoire via la T2ASSR. Ce système correspond à un modèle additif qui attribue à chaque journée un nombre de points, dit points indicateurs de valorisation de l'activité (I.V.A.). Ils permettent de valoriser l'activité S.S.R. Actuellement seul 5% du financement de ces structures est assuré via la T2A [5]. Le financement total sera efficient en 2016. Le modèle définitif sera basé sur une classification en groupes médico-économiques (G.M.E.) basé sur le séjour du patient pour l'hospitalisation complète et sur la journée pour l'hospitalisation partielle [6].

2.3. Le P.M.S.I. en S.S.R.

Dans la T2A, les ressources sont calculées à partir d'une mesure de l'activité produite conduisant à une estimation des recettes. Cette activité est estimée via le recueil présent dans le programme médicalisé des systèmes d'information (P.M.S.I.). Il repose sur l'archivage systématique de données médicales, démographiques et d'éléments spécifiques à la prise en charge. L'activité est codée au moyen du résumé hebdomadaire standardisé (R.H.S.), celui-ci est conforme au dossier médical du patient et permet de suivre son évolution.

La T2A repose sur une triple codification :

- Codage des données médicales, par le médecin, en utilisant la classification internationale des maladies (C.I.M. 10).
- Codage des éléments concernant la dépendance physique et cognitive du patient, par les soignants. (Grille A.G.G.I.R. (autonomie, gérontologie, groupe iso-ressources), A.V.Q. (activités de la vie quotidienne)...).
- Codage des actes réalisés par l'équipe pluridisciplinaire :
 - Actes médicaux via la classification commune des actes médicaux (C.C.A.M.).
 - Actes de rééducation et réadaptation, codés conformément aux nomenclatures figurant dans le catalogue des activités de rééducation-réadaptation (C.d.A.R.R.). Celui-ci, déjà ancien, est en cours de remaniement et sera remplacé en juillet 2013 par le catalogue spécifique des activités de rééducation-réadaptation (C.S.A.R.R.).

Cette codification peut paraître compliquée, mais visualise la pluridisciplinarité des actes de rééducation réadaptation [7].

2.4. Les indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (I.P.A.Q.S.S.)

Ces indicateurs proposés par la haute autorité de santé (H.A.S.) ont pour but d'évaluer la qualité de prise en charge à un instant donné et de suivre l'évolution de la qualité dans le temps. Ils sont également utilisés lors de la procédure de certification des établissements de santé. Sans se substituer au travail des experts visiteurs, ils apportent un autre regard sur le service [8]. Ils sont réalisés en se basant sur 5 critères :

- la tenue du dossier patient. Son score est calculé à partir de 13 sous-items,
- le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation,
- la traçabilité de l'évaluation de la douleur,
- le dépistage des troubles nutritionnels,
- la traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre (critère optionnel).

Ces évaluations sont basées sur des campagnes de recueils de données menées tous les 2 ans. La dernière s'est déroulée entre novembre 2011 et mars 2012 avec un rendu public des résultats par le ministère de la santé en octobre 2012 [9]. La prochaine campagne de recueil aura lieu entre mars et mai 2014 [10].

La direction générale de l'offre de soins (D.G.O.S.) et la haute autorité de santé ont lancé en juillet 2012 le projet : incitation financière à l'amélioration de la qualité (I.F.A.Q.). Il vise à inciter financièrement les établissements de santé à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. A l'heure actuelle, ce n'est qu'une phase expérimentale portée sur 222 établissements volontaires avec un recueil des données entre 2013 et 2014 [11].

3. ILLUSTRATION PAR DES PATIENTS

3.1. Choix des patients

Les cinq patients ont été hospitalisés sur les mois de décembre 2012 et janvier 2013 à l'hôpital Félix Maréchal dans le service de soins de suite et de réadaptation B (S.S.R.B), un service à orientation gériatrique.

Ils ont tous été sélectionnés car les prescriptions de masso kinésithérapie, malgré des pathologies à l'admission différentes, comportaient comme objectif principal la réadaptation à la marche en vue d'un retour à domicile. Cette similarité de prescription permet une prise en charge avec la même finalité et donc des moyens de rééducation proches, ce qui facilite le travail de synthèse.

Les cinq patients sont des femmes, et il a été impossible d'inclure des hommes, de part leur faible nombre présent sur le service et leurs pathologies multiples entraînant un état général très dégradé.

3.2. Méthodologie

Les bilans présentés ci-après ont été tirés des différents dossiers réalisés par les professionnels de santé ayant accès aux patients (dossier médical, masso-kinésithérapique, social, infirmier). Ainsi que des comptes-rendus de réunions pluridisciplinaires réalisés de façon hebdomadaire et permettant de suivre et coter l'évolution des progrès du patient. Ils ont été synthétisés sous forme de tableaux pour une meilleure lisibilité.

3.3. Bilans médicaux

Ils sont basés sur les courriers présentant l'état médical du patient à l'entrée et à la sortie ainsi que sur les suivis médicaux journaliers. (Tab. I)

Il est intéressant de noter ici que seulement deux patientes sont suivies médicalement pour leurs causes d'admission en S.S.R. Deux autres sont traitées pour des pathologies anciennes ou déclenchées en cours de prise en charge et la dernière (madame Br.) pour laquelle aucune évolution de la prise en charge médicale n'est à noter.

Tableau I : synthèse des bilans médicaux

	Madame Ba.	Madame Br.	Madame D.	Madame H.	Madame F.
Age (années)	76	90	96	87	86
Cause de l'admission en S.S.R.	Choc cardiogénique avec arrêt cardiaque	Encéphalopathie hépatique Altération de l'état général	Pneumopathie basale droite, toux grasse sans expectoration Gastroentérite aiguë	Chute avec fracture péri prothétique sur prothèse totale de hanche gauche (P.T.H.), chirurgie par triple cerclage, appui non autorisé	Nombreuses chutes à domicile Hématome sous durai chronique
Antécédents chirurgicaux	Pace Maker et remplacement valve mitrale en 2008 Lobectomie droite (1970)	Thyroïdectomie Cholécystectomie Fracture humérale gauche	Cholécystectomie Amputation 3 orteils à droite	Prothèse totale de hanche bilatérale Hystérectomie Appendicectomie	Cataracte opérée
Antécédents médicaux	Hyper tension artérielle (H.T.A.) Arythmie complète par fibrillation auriculaire (A.C.F.A.) Diabète Insuffisance rénale chronique	H.T.A. Hypothyroïdie Cirrhose post hépatite C Chutes à répétition Séquelle Accident Vasculaire Cérébral (A.V.C.)	Gonarthrose bilatérale Cataracte bilatérale Fracture poignet gauche Luxation chronique épaule droite Hypertension artérielle	Accident ischémique transitoire Hyper tension artérielle Insuffisance veineuse	Insuffisance veineuse bilatérale Hypertension artérielle Insuffisance rénale chronique modérée
Bilan cognitif	Glasgow à 15 Rien à signaler	Apathie Démence	Glasgow à 15 Aucune désorientation temporo-spatiale	Glasgow à 15, MMS non réalisé, pas de trouble de conscience	Glasgow à 15 MMS à 17/30 avec désorientation temporelle
A noter en cours de prise en charge	Décompensation cardio respiratoire Chute en chambre	Pose d'une sonde urinaire	Chute mécanique en chambre Douleur genou droit en augmentation	Douleur persistante hanche droite Appui total autorisé après avis du chirurgien	Phlébite avec pose d'un filtre cave Douleur lombaire et cervicale
Projet thérapeutique	Ré autonomisation avant retour à domicile	Ré autonomisation avant retour rapide	Ré autonomisation avant retour à domicile	Retour à domicile avec aide et demande d'EHPAD en parallèle	Ré autonomisation avant retour à domicile

 Pathologie en cours de réévaluation médicale / traitement.

3.4. Bilan de la dépendance

Le suivi de la dépendance est basé sur les six critères présents ci-dessous. Ils ont été tirés de la fiche de synthèse « projet thérapeutique en S.S.R. » (annexe I) et correspondent aux activités de la vie quotidienne (A.V.Q.). Ils résultent des réunions pluridisciplinaires réalisées de façon hebdomadaire. Les quatre premiers items (toilette/habillage, déplacement/locomotion, alimentation et continence) cotent la dépendance physique avec un score minimal de 4 et maximal de 16. Les deux derniers (comportement et relation) cotent la dépendance cognitive avec un score compris entre 2 et 8. Un score minimal signe une excellente autonomie. Les points sont attribués en fonction du niveau d'aide réalisé par un tiers (tab. II) [7].

Tableau II : Tableau récapitulatif des 4 niveaux de cotation [7]

Score	Item	Aide
1	Indépendance complète ou modifiée	Sans aide
2	Supervision ou arrangement	Présence d'un tiers
3	Assistance partielle	Contact avec un tiers
4	Assistance totale	

Nous avons décidé ici de ne tenir compte que de l'évolution de la dépendance, en se basant sur les cotations réalisées à l'entrée du patient et celles réalisées à sa sortie (tab. III).

Tableau III : synthèse des suivis de la dépendance

Evolution	Madame Ba.		Madame Br.		Madame D.		Madame H.		Madame F.	
	Entrée	Sortie	Entrée	Sortie	Entrée	Sortie	Entrée	Sortie	Entrée	Sortie
Toilette / Habillage	3	2	4	4	3	2	3	3	3	2
Déplacement / Locomotion	3	1	4	4	3	1	4	3	3	1
Alimentation	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1
Continence	1	1	4	4	1	1	1	1	2	1
Comportement	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1
Relation	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1

1, Independence 2, Supervision ou arrangement 3, Assistance partielle 4, Assistance totale

 Evolution

3.5. Présentation sociale

Tous ces patients ont été pris en charge par une assistante sociale attachée au service. Celle-ci a tout d'abord, dressé un état des lieux des aides existantes : financière, humaine et familiale. Elle a ensuite géré toutes les démarches liant la patiente, sa famille, l'équipe pluridisciplinaire aux instances sociales. La situation des patients et les différentes évolutions sont notées dans le tableau IV (tab. IV).

Lors des réunions pluridisciplinaires, cet aspect est fondamental pour orienter les différentes prises en charge. Le contexte social à l'entrée et les prévisions d'aides à la sortie guident la prise en charge des différents acteurs. Nous avons ici 5 femmes, veuves, vivant seules pour 4 d'entre elles avec des aides humaines et financières antérieures insuffisantes pour envisager un retour à domicile dans de bonnes conditions. Une majoration systématique des aides à la sortie a donc été nécessaire, avec dans le cas de madame H., un placement en E.H.P.A.D.

Tableau IV : Synthèse sociale

	Madame Ba.	Madame Br.	Madame D.	Madame H.	Madame F.
Situation	Vit seule à domicile	Vit avec son fils	Vit seule à domicile	Vit seule à domicile	Vit seule à domicile
Présence familiale	Trois enfants dont deux très proches	5 enfants très présents	Trois enfants très proches	1 fille et un neveu très présent	1 fils présent une fois par semaine
Aide financière	Dépendante de la caisse régionale d'assurance vieillesse (C.R.A.V.)	Allocation personnalisée d'autonomie (A.P.A.) présente et reconduite	Mise en place de l'A.P.A. pendant son hospitalisation	Financement chèque emploi service universel (C.E.S.U.) pour sa nièce (aidante). Pas d'A.P.A.	Dépendante de la C.R.A.V. Mise en place de l'aide au retour à domicile après hospitalisation (A.R.D.H.)
Aide Antérieure	Portage de repas, refus des autres aides	Infirmière le matin pour la toilette, aide à domicile le matin et le soir pour les repas et le ménage (66 heures par mois car GIR 1)	Infirmière le matin pour pose des bas de contention	Infirmière tous les jours pour médicaments et pour aide à la toilette. Portage de repas à domicile. Sa nièce était aidante.	Infirmière pour pose des bas de contention, fils fait les courses, refus d'autres aides
Aide à la sortie	Aide ménagère, aide à la toilette, administration insuline	Idem, avec en plus infirmière le soir pour les soins (sonde urinaire, perfusion sous cutanée)	Infirmière deux fois par jour (aide à la toilette, habillage et pose des bas de contention)	Souhait de la patiente d'aller en E.H.P.A.D.	Idem, avec deux heures d'aide ménagère par semaine en plus.

3.6. Présentation de la prise en charge masso-kinésithérapique

Le S.S.R. peut accueillir 30 patients nécessitant chacun une prise en charge spécifique de kinésithérapie sur prescription. Selon les potentialités du patient, la kinésithérapie est réalisée dans le service (prise en charge en chambre) avec les moyens techniques limités (haltères, déambulateurs, cannes et planches de transfert). Le nombre important de patients et la fatigabilité caractéristique de l'âge et des comorbidités entraînent des prises en charge assez

courtes, de l'ordre d'une vingtaine de minutes. Nous avons toutefois la possibilité d'accéder au plateau technique de rééducation pour des prises en charge plus spécifiques et dépendantes des besoins et des capacités du patient.

Nous traitons ici les cas particuliers de cinq patientes dont les bilans sont synthétisés dans le tableau V (tab. V). Nous nous sommes surtout intéressés, dans ces bilans, à l'autonomie des patients lors des transferts (couché-assis, assis-debout, debout-assis), à leurs aides techniques à la marche ainsi qu'à la qualité de celle-ci, évaluée grâce au test de Tinetti. Il permet d'estimer le risque de chute en analysant la marche et l'équilibre avec 20 items donnant un score sur 28 points.

Tableau V : Bilans masso kinésithérapiques

	Madame Ba.	Madame Br.	Madame D.	Madame H.	Madame F.
Prescription médicale d'actes de masso kinésithérapie	Ré autonomisation à la marche avant un retour à domicile	Ré autonomisation à la marche avant le retour à domicile	Ré autonomisation à la marche, surveillance et kinésithérapie respiratoire	Entretien des membres inférieurs jusqu'à levée de l'interdiction d'appui, puis ré autonomisation à la marche	Ré autonomisation à la marche avant le retour à domicile
Aides techniques à l'entrée	Déambulateur	Déambulateur	Déambulateur personnel	Sans appui à l'entrée, déambulateur à la maison	Sans aide technique
Aides techniques à la sortie	Sans aide technique	Déambulateur	Déambulateur recommandé	Déambulateur	Canne anglaise
Transferts à l'entrée	Non maîtrisé	Impossible sans tierce personne	Non maîtrisé	Impossible sans tierce personne	Maîtrisé
Transferts à la sortie	Maîtrisé		Maîtrisé	Seule avec difficultés	Maîtrisé
Tinetti entrée	21	Non réalisable	22	Non réalisé à l'entrée et à la reprise d'appui	Non réalisé, troubles cognitifs importants
Tinetti sortie	28	Non réalisable	24	23	22
Temps moyen par séance	20 minutes	20 minutes	20 minutes	1 heure	20 minutes

Nous avons utilisé les relevés P.M.S.I. pour synthétiser les différentes techniques de prise en charge en masso kinésithérapie. Dans ces tableaux sont notés le nombre des différents actes réalisés sur la semaine, avec l'évolution de ceux-ci au cours de la prise en charge. Les semaines sont notées S1 à Sx. Nous avons ajouté à ces tableaux, les comptes rendus des différentes réunions de synthèse pluridisciplinaires tirés de la fiche « projet thérapeutique en S.S.R. » (annexe I). Il est coché, en fonction de la semaine, s'il y a un suivi de la dépendance tracé, et, si le champ manuscrit « synthèse/remarques » est rempli (tab. VI à X). Les différentes remarques sont ajoutées en dessous des différents tableaux.

3.6.1. Madame Ba.

Tableau VI : prise en charge masso-kinésithérapique de madame Ba.

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	Total
Synthèse de rééducation	1	1	1	1	1	1			6
Pose, adaptation des aides de marche	1								1
Bilan équilibre		1			1				2
Bilan de la fonction de locomotion		1			1				2
Bilan respiratoire à l'effort	1			1					2
Entraînement à la marche dans l'établissement, avec ou sans aide de marche	3	4	2	5	3	2	4	1	24
Rééducation de la marche	3	4	2	5	3	2	4	1	24
Rééducation des fonctions d'équilibration chez l'adulte	3	4	2	5	3	2	4	1	24
Apprentissage analytique de tous types de transferts	3								3
Nombre de séances réalisées dans la semaine	3	4	2	5	3	2	4	1	24
Suivi dépendance	X	X	X	X	X				5
Synthèse, remarques	X	X	X	X	X				5

Semaine 1 : Marche avec déambulateur, pas de désaturation à l'effort, retour à domicile avec aide.

Semaine 2 : Tinetti à 21/28, autonomie mais imprudente, retour à domicile (R.A.D.) avec aide.

Semaine 3 : décompensation cardio-respiratoire empêchant la prise en charge.

Semaine 4 : reprise de la prise en charge masso-kinésithérapique, refaire un test de Tinetti.

Semaine 5 : tinetti 28/28 ; marche sans aide technique, coronarographie prévue en fin de semaine 7, retour à domicile ensuite.

3.6.2. Madame Br.

Tableau VII : prise en charge Masso-kinésithérapique de madame Br.

	S1	S2	S3	S4	Total
Synthèse de rééducation		1	1		2
Pose, adaptation des aides de marche	1				1
Bilan équilibre	1				1
Bilan de la fonction de locomotion	1				1
Bilan de la force musculaire			1		1
Cotation fonctionnelle articulaire			1		1
Mobilisation articulaire active – tonification, renforcement musculaire			1		1
Verticalisation	1	2		1	4
Entraînement à la marche dans l'établissement, avec ou sans aide de marche	1	3	2	3	9
Rééducation de la marche	1	3	2	3	9
Rééducation des fonctions d'équilibration chez l'adulte	1	3	2	3	9
Nombre de séances réalisées dans la semaine	1	5	3	4	13
Suivi de la dépendance		X	X		2
Synthèse, remarques		X	X		2

Semaine 2 : Le fils de madame Br. souhaite un retour à domicile rapide, prend rendez-vous avec l'assistante sociale.

Semaine 3 : Retour à domicile envisagé en fin de semaine 4.

3.6.3. Madame D.

Tableau VIII : prise en charge Masso-kinésithérapique de madame D.

	S1	S2	S3	S4	S5	Total
Synthèse de rééducation		1	1	1	1	4
Pose, adaptation des aides de marche	1					1
Bilan équilibre	1					1
Bilan de la fonction de locomotion	1					1
Verticalisation	1					1
Entraînement à la marche dans l'établissement, avec ou sans aide de marche	1	4	5	5	4	19
Rééducation de la marche	1	4	5	5	4	19
Rééducation des fonctions d'équilibration chez l'adulte	1	4	5	5	4	19
Mise en œuvre et suivi d'une stimulation transcutanée				2	4	6
Nombre de séances réalisées dans la semaine	1	4	5	5	4	19
Suivi de la dépendance		X		X		2
Synthèse, remarques				X		1

Semaine 4 : marche bien avec son déambulateur, moins douloureuse avec un patch de durosic ®, filles prennent contact avec l'assistante sociale pour aides à domicile.

3.6.4. Madame F.

Tableau IX : prise en charge Masso-kinésithérapique de madame F.

	S1	S2	S3	S4	S5	Total
Synthèse de rééducation			1	1	1	3
Pose, adaptation des aides de marche	1					1
Bilan équilibre		1				1
Bilan de la fonction de locomotion		1				1
Verticalisation	1					1
Entraînement à la marche dans l'établissement, avec ou sans aide de marche	2	4	5	5	1	17
Rééducation de la marche	2	4	5	5	1	17
Rééducation des fonctions d'équilibration chez l'adulte	2	4	5	5	1	17
Application d'une thérapie chaude : bain de boue, paraffine			4	5	1	10
Nombre de séances réalisées dans la semaine	3	4	5	5	1	18
Suivi de la dépendance	X		X	X	X	4
Synthèse, remarques			X	X	X	2

Semaine 3 : patiente autonome, retour à domicile prévu, attente de poursuite du bilan de risque de chute.

Semaine 4 : retour à domicile prévu en début de semaine 5.

Semaine 5 : sortie.

3.6.5. Madame H.

Tableau X : prise en charge Masso-kinésithérapique de madame H.

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	Total
Synthèse de rééducation	1				1	1	1	1	1	1	1	8
Bilan orthopédique	1											1
Bilan de force musculaire	1											1
Cotation fonctionnelle articulaire	1											1
Mobilisation articulaire passive	1	1	4	2	2	2	2					14
Mobilisation articulaire active, tonification, renforcement musculaire	1	1	4	2	2	2	3	4	1		3	23
Verticalisation					2							2
Pose, adaptation des aides de marche						1						1
Bilan de l'équilibre						1						1
Bilan de la fonction de locomotion						1						1
Entraînement à la marche dans l'établissement, avec ou sans aide de marche						1	5	4	5	5	3	23
Rééducation de la marche						1	5	4	5	5	3	23
Rééducation des fonctions d'équilibration chez l'adulte						1	5	4	5	5	3	23
Nombre de séances réalisées dans la semaine	1	1	4	2	2	3	5	4	5	5	3	35
Suivi dépendance				X	X	X	X		X	X	X	7
Synthèse, remarques				X			X	X		X	X	5

Semaine 4 : Appui toujours non autorisé.

Semaine 7 : Se réautonomise bien, retour à domicile serait possible en attendant un EHPAD.

Semaine 8 : Se réautonomise bien.

Semaine 10 : Marche sécuritaire avec déambulateur, attente de scintigraphie osseuse car douleur persistante sur la hanche, retour à domicile avec aide organisé, les demandes ont été faites en maison de retraite.

Semaine 11 : Attendue en E.H.P.A.D. pour la fin de cette semaine, travail de la marche avec une canne anglaise débuté.

3.6.6. Synthèse de la prise en charge masso-kinésithérapique

Lors de cette prise en charge, nous avons surtout insisté sur le travail de la marche avec les 3 items P.M.S.I. correspondant qui reviennent majoritairement lors des différentes prises en charge. Cette réautonomisation est aussi constamment présente lors des réunions de synthèse et oriente l'équipe dans le travail à poursuivre en vue de la sortie des patientes. S'y adjoignent des bilans, nécessaires pour justifier le travail masso-kinésithérapique mis en œuvre ainsi que des techniques annexes (physiothérapie, renforcement musculaire, pneumologie) permettant d'accompagner le travail de retour à la marche.

4. DISCUSSION

4.1. La prise en charge du patient à travers le prisme du P.M.S.I.

4.1.1. Estimation du temps réel de prise en charge

Pour réaliser cette estimation, nous avons repris le nombre de séances effectuées par semaine pour chacune des patientes et les avons multipliées par une estimation du temps de celle-ci. Le temps passé avec le patient, lors de la prise en charge en chambre est évalué à 20 minutes, elle est d'une heure pour la prise en charge sur le plateau technique. Les résultats sont synthétisés dans le tableau XI (tab. XI).

Tableau XI : estimation du temps total de prise en charge

Semaines	Madame Bn.	Madame Br.	Madame D.	Madame F.	Madame H.	
					Sans appui	Avec appui
S1	3	1	1	3	1	
S2	4	5	4	4	1	
S3	2	3	5	5	4	
S4	5	4	5	5	2	
S5	3		4	1	2	
S6	2					3
S7	4					5
S8	1					4
S9						5
S10						5
S11						3
Total	24	13	19	18	10	25
Temps d'une séance (minutes)	20	20	20	20	20	60
Temps intermédiaires					200	1500
Temps total (minutes)	480	260	380	360	1700	

4.1.2. Estimation du temps de prise en charge via le P.M.S.I.

Chaque acte de rééducation est associé à un code et à un temps représentant la durée estimée de celui-ci. Ils sont répertoriés dans le C.D.A.R.R. et permettent de coder la prise en charge dans le P.M.S.I. Les différents actes réalisés, avec leurs codes et les durées estimées sont résumés dans l'annexe II (annexe II).

Nous avons multiplié le nombre des différents actes par leurs temps pour obtenir une estimation P.M.S.I. de la durée totale de prise en charge (tab. XII).

Tableau XII : estimation du temps total de prise en charge par le P.M.S.I.

Patient		Madame Ba.		Madame Br.		Madame D.		Madame F.		Madame H.	
Code P.M.S.I.	Temps (min)	Nbr. P.E.C.	Total (Min)	Nbr. P.E.C.	Total (min)	Nbr. P.E.C.	Total (Min)	Nbr. P.E.C.	Total (Min)	Nbr. P.E.C.	Total (Min)
DL02	25	1	25	1	25	1	25	1	25	1	25
DL03	25	24	600	9	225	19	475	17	425	23	575
RF10	20	6	120	2	40	4	80	3	60	8	160
RL05	10									1	10
RL08	20			1	20					1	20
RL09	10			1	10					1	10
RL12	5	2	10	1	5	1	5	1	5	1	5
RL14	30	2	60	1	30	1	30	1	30	1	30
RL18	15									14	210
RL21	20			1	20					23	460
RL25	20			4	80	1	20	1	20	2	40
RL26	15	24	360	9	135	19	285	17	255	23	345
RL39	10							10	10		
RL45	10					6	60				
RL67	10	3	30								
RL68	15	24	360	9	135	19	285	17	255	23	345
RR02	30	2	60								
Temps total de P.E.C. (min)			1625		725		1265		1085		2235

4.1.3. Comparaison

Il existe une différence entre l'estimation du temps de prise en charge sur le terrain et celle mesurée analytiquement par le P.M.S.I. Ces écarts sont mis en évidence et traités ci-dessous (tab. XIII).

Tableau XIII : Ecarts de temps entre relevé P.M.S.I. et temps réel

Patients	Madame Ba.	Madame Br.	Madame Ci.	Madame F.	Madame H.	Total
Temps réel estimé (minutes)	480	260	380	360	1700	3180
Temps P.M.S.I. (minutes)	1625	725	1265	1085	2235	6935
Ecarts (minutes)	1145	465	885	725	535	3755
Rapports temps P.M.S.I./réel	3,38	2,8	3,33	3,02	1,3	2,18
% d'augmentation	239	179	233	201	31	118

Il est intéressant de noter que le P.M.S.I. amplifie systématiquement les temps de prises en charge avec des augmentations allant de 31 à 239 %. Il est aussi à noter que l'écart le moins important correspond à madame H. qui a bénéficié d'une prise en charge sur le plateau technique à raison d'une séance journalière d'une heure pour la seconde partie de sa prise en charge lors de la reprise d'appuis.

4.1.4. Pourquoi tant d'écarts ?

Ces écarts peuvent s'expliquer par le nombre très important de codes référençant les actes et par les nombreuses règles de cotations. En effet, il est stipulé dans le C.D.A.R.R. que certains actes ne peuvent être cotés si d'autres le sont déjà. « Un acte qui ne figure pas dans le C.d.A.R.R. ne peut pas faire l'objet d'un enregistrement dans le R.H.S., le codage par assimilation n'est pas possible. » [12]. Ici, l'item rééducation de la marche correspond au (ré) apprentissage individuel de la marche, analytique et global, avec ou sans aide technique de marche. Il inclut la marche avec ou sans obstacle, la montée et descente des escaliers, des pentes. La cotation de cet acte dans le R.H.S. du P.M.S.I. interdit la cotation de deux autres

items : entraînement à la marche dans l'établissement, avec ou sans aide technique de marche (cannes, béquilles, déambulateur,...) (DL03) et l'entraînement à la marche hors établissement (y compris au domicile), avec ou sans aide technique de marche (cannes, béquilles, déambulateur...) (DL04) [12]. Il y a donc eu ici une surcotation d'actes, avec des conséquences assez importantes sur l'estimation du temps de prise en charge. Cette cotation DL03 représente, par exemple, 24 séances de 25 minutes (soit 600 minutes) dans le cas de Madame Ba. Malgré une atténuation de l'écart si le P.M.S.I. avait été chiffré consciencieusement, cette différence serait toujours très importante. Un codage plus rigoureux est donc nécessaire pour faire coïncider les relevés P.M.S.I. avec la réalité des prises en charge.

Il est aussi à noter, dans le cas de Madame H. que cet écart est très infime (535 minutes) et correspond au temps de surcotation (575 minutes). Nous avons deux relevés assez concordants et ce pour une patiente ayant bénéficiée d'une prise en charge d'une heure pour la majorité de sa rééducation. Il peut donc être envisagé que le P.M.S.I. ne correspond pas aux attentes et aux obligations d'une prise en charge en chambre dans un secteur de gériatrie.

4.1.5. Le P.M.S.I., un outil complexe nécessitant une formation à son utilisation

Les professionnels ayant besoin d'utiliser le P.M.S.I. ont reçu une formation à son utilisation. Au sein de la structure, ce sont les professionnels présents sur le site qui ont assuré les formations à l'utilisation des outils informatiques. Des documents d'informations et de formations sont mis en place, disponibles et dispensés par l'A.T.I.H., les centres hospitaliers ou des organismes de formations privés.

Les règles de codages ainsi que les recueils d'actes sont en perpétuelle évolution pour s'adapter aux exigences du traitement P.M.S.I. C'est avec cette démarche que le catalogue des actes C.S.A.R.R. est en cours de mise en place pour une généralisation en juillet 2013. Il a pour vocation de corriger les défauts du précédent catalogue en améliorant la description des actes de rééducation réadaptation [13]. L'A.T.I.H. et les agences régionales de santé ont commencé un travail de formation en cascade à l'utilisation de ce nouveau catalogue en 2012. Il s'agit de former des référents nationaux formant à leur tour des référents locaux, présents

dans les établissements de santé, et qui seront aptes à transmettre les informations à tous les professionnels [14].

La formation des professionnels de santé doit suivre ces évolutions pour éviter un décalage et une mauvaise utilisation des outils informatiques engendrant des problématiques financières.

4.2. I.P.A.Q.S.S. et prise en charge masso-kinésithérapique

4.2.1. I.P.A.Q.S.S. et S.S.R.

L'évaluation de la qualité doit répondre à la multidisciplinarité et à la finalité des S.S.R. Ceux-ci regroupent des professionnels de santé hétérogènes (personnel soignant, personnel de rééducation et médecin, il existe plus de 29 professions répertoriées dans le C.D.A.R.R.) afin de prendre en charge 12 catégories d'affections différentes [12]. La masso-kinésithérapie, de par ses champs d'application, tient une place plus ou moins importante dans ces différents domaines. Les I.P.A.Q.S.S. évaluent les différents S.S.R. avec la même méthodologie. Ils n'évaluent pas la qualité de la prise en charge des différents professionnels mais les S.S.R. dans leurs globalités. Les I.P.A.Q.S.S. ont comme référence le patient et son parcours de soin. Il n'est pas question ici de juger de la qualité des différents acteurs mais de leur présence ou non dans le parcours de soin du patient. Ces indicateurs mettent donc en lumière le travail de l'équipe pluridisciplinaire, centrés sur le patient (projet thérapeutique, suivi de la dépendance...) qui est la base des S.S.R.

4.2.2. La masso-kinésithérapie à travers ces indicateurs

L'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins est réalisée en se basant sur 5 critères tirés du dossier patient (D.P.A.). La grille d'évaluation est présentée dans l'annexe III (Annexe III) [15].

Les I.P.A.Q.S.S. évaluent le D.P.A. dans sa globalité, en intégrant les informations d'ordre médicale, soignante et de rééducation. Le masseur kinésithérapeute peut se sentir mis à l'écart, car l'évaluation ne repose pas sur une analyse spécifique des informations qu'il trace dans le dossier kiné (bilan masso-kinésithérapique, plan de traitement). Il évalue par contre la finalité de la prise en charge kinésithérapique qui se doit d'être en phase avec le projet thérapeutique du S.S.R.

Pour exemple, les I.P.A.Q.S.S. évaluent l'intérêt des réunions pluridisciplinaires intégrant l'évaluation de la dépendance et du projet thérapeutique du patient. Les items « tenue du dossier patient » (T.D.P.) 7, 10, 11 et 13 analysent ainsi la traçabilité des réunions.

Dans une prochaine version, les I.P.A.Q.S.S. évalueront certainement la qualité de la prise en charge pluridisciplinaire et sa cohérence avec les incapacités et restrictions de participation liées à la pathologie du patient.

Les I.P.A.Q.S.S. utilisent donc des données brutes extraites des dossiers. Le kinésithérapeute est peu sensibilisé sur ce point qui constitue la partie visible de l'iceberg S.S.R., mais qui révèle « les bons des mauvais S.S.R. » aux yeux des usagers. Ces évaluations doivent être rendues publiques, et le centre hospitalier régional Metz-Thionville ne déroge pas à cette règle [16].

4.3. Place du masseur kinésithérapeute dans les réunions pluridisciplinaires.

4.3.1. Masseur kinésithérapeute et l'élaboration du projet thérapeutique

C'est lors des réunions pluridisciplinaires, à l'entrée du patient, que le projet thérapeutique est mis en place. « *Il convient d'accueillir en SSR uniquement le patient pour lequel un projet thérapeutique pourra être défini en termes d'objectifs de soins médicaux, de rééducation et de réadaptation* » [2]. Dans le cas de nos différentes prises en charge dans le S.S.R. spécialisé en gérontologie, le projet thérapeutique est formulé par le médecin sans concertation avec le reste de l'équipe, celle-ci n'en manifestant pas l'envie ou n'étant tout

simplement pas au courant de son importance. C'est pour cette raison que le projet thérapeutique a été rattaché à la prise en charge médicale (tab. I).

La totalité des projets thérapeutiques sont présentés ici comme une réautonomisation en vue d'un retour à domicile. Ils ne tiennent pas compte de la spécificité de chaque patient. C'est pourquoi il est nécessaire de faire cette évaluation de façon pluridisciplinaire, chaque corps de métier ayant un regard différent et complémentaire sur la prise en charge de la pathologie et de la dépendance, pour l'élaboration d'un projet thérapeutique efficient.

4.3.2. Rôle du masseur kinésithérapeute dans la cotation de la dépendance

Il est écrit dans la présentation du P.M.S.I. S.S.R. de l'A.T.I.H. que les infirmières et aides soignantes cotent le score de dépendance [17]. En réalité, cette cotation doit se faire lors des réunions pluridisciplinaires ou chaque corps de métier peut s'exprimer sur les différents items. L'évaluation des dépendances est la base du projet thérapeutique.

Nous avons vu ici que la plupart des patients ne sont pas autonomes sur les items toilette/habillage et déplacement/locomotion (tab. III). C'est sur ces deux points que vont s'orienter les différentes prises en charge pour améliorer le score de dépendance.

L'item déplacement/locomotion inclut cinq actions : les différents transferts (transfert lit-chaise-fauteuil, transfert aux toilettes et transfert à la douche), la locomotion et l'utilisation des escaliers [7]. Le masseur kinésithérapeute a une compétence particulière sur cet item puisqu'il met en place un travail de rééducation et de bilan sur la marche et les transferts. Cependant, il n'est pas le seul à juger de l'autonomie du patient sur cet élément. Les infirmières et aides soignantes ont aussi leurs avis à donner puisque ce sont elles qui accompagnent ou non le patient aux toilettes, à la douche et qui mettent en pratique les différents transferts.

Pour l'item toilette/habillage, le masseur kinésithérapeute n'est pas sollicité dans la cotation. Malgré tout, celui-ci a une action de conseil, de mise en place d'appareillage (chasse bas de contention...) ou de rééducation (travail sur l'amplitude de la hanche pour pouvoir mettre seul les chaussures...). Bien que le kinésithérapeute ne participe pas

directement à l'élaboration de cette cotation, celle-ci permet d'orienter sa prise en charge de rééducation, de mettre en place des exercices en vue de l'amélioration de cet item et de la qualité de vie du patient.

Les autres sujets de dépendances (alimentation, continence, comportement, relation) ne sont pas non plus évalués par les M.K. Bien que nous ayons un avis sur l'item relation et comportement, celui-ci peut être faussé par le faible temps passé avec le patient ou par la relation particulière que nous avons avec celui-ci. Nos compétences de rééducateur n'entrent pas en jeu sur ces différents éléments.

Le rôle du masseur kinésithérapeute sur la dépendance est incontestable mais l'évaluation du codage de cette autonomie nous échappe. Une approche multidisciplinaire de celle-ci permettrait d'enrichir le projet thérapeutique.

5. CONCLUSION

Nous montrons ici que le masseur kinésithérapeute n'est pas une entité propre, mais qu'il est un des maillons d'une chaîne représentant l'équipe pluridisciplinaire. Sa place n'est pas isolée au sein d'un S.S.R., elle est indissociable des autres professionnels œuvrant pour l'avenir des patients.

La composante permettant de signer notre prise en charge par l'intermédiaire du P.M.S.I. nous est propre, mais les outils utilisés sont imprécis et en cours de corrections. Le C.d.A.R.R. laisse progressivement sa place au C.S.A.R.R. dans les différents établissements pour une entrée en vigueur en juillet 2013.

Les autres composantes de notre prise en charge sont intégrées au travail de l'équipe pluridisciplinaire, avec l'élaboration du projet thérapeutique et le suivi de la dépendance. C'est par le biais de cette équipe, qui concentre son action collective sur le devenir du patient, que la qualité de la prise en charge est évaluée. Les I.P.A.Q.S.S. jugent la qualité des services tous les 2 ans. Ils ont permis une évolution dans la traçabilité des actes renforçant la démarche des équipes pluridisciplinaires.

Ces différents filtres permettent de visualiser les prises en charge en S.S.R. non pas en pointant le travail des professionnels mais en se focalisant sur le patient. Le masseur kinésithérapeute n'a pas de place spécifique à travers ces indicateurs. Ceux-ci montrent la capacité d'une équipe multidisciplinaire à cibler les attentes du patient lors de son parcours thérapeutique et à améliorer ses potentialités. Nous avons voulu montrer à travers ces 5 cas l'importance de cet enjeu pour la kinésithérapie.

BIBLIOGRAPHIE

- [1]. **DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES.** *L'activité des établissements de santé en 2008 en hospitalisation complète et partielle.* Février 2010. http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/Collecte_2011/usr/er716-3.pdf (page consultée le 4 mai 2013)
- [2]. **MINISTÈRE DE LA SANTÉ.** *Circulaire DHOS/O1 no 2008-305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets no 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation.* Octobre 2008. < http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-10/ste_20080010_0100_0116.pdf> (page consultée le 4 mai 2013)
- [3]. **CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.** *Article R6122-25.* Juin 2008. < http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=E7B5CDE26CB4A89CC247E162D798B6E5.tpdjo11v_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000019069800&dateTexte=20130505&categorieLien=id#LEGIARTI000019069800> (page consultée le 4 mai 2013)
- [4]. **DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOIN.** *Financement des établissements de santé.* Novembre 2011. < <http://www.sante.gouv.fr/financement-des-etablissements-de-sante,6619.html#modes>> (page consultée le 4 mai 2013)

[5]. **MINISTÈRE DU TRAVAIL DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ.** *Rapport 2011 au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A).* Septembre 2011. <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_T2A_au_Parlement_2011_transmis_1509_11.pdf> (page consultée le 4 mai 2013)

[6]. **APM INTERNATIONAL.** *SSR: le gouvernement reporte l'utilisation de la nouvelle classification après 2013.* Avril 2013. <<http://intranet.apmnews.info/story.php?mots=Report+T2A+SSR+2016&numero=235927&ctx=b1e1ff231298241e38f5bb171f0f203c>> (page consultée le 10 avril 2013 sur l'intranet du CHR Metz Thionville)

[7]. **AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION.** *Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en soins de suite et de réadaptation.* Décembre 2012. <<http://www.atih.sante.fr/openfile.php?id=4129>> (page consultée le 4 mai 2013)

[8]. **HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.** *IPAQSS : l'utilisation des indicateurs dans la certification.* In H.A.S. [En ligne]. <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_869881/fr/ipaqss-l-utilisation-des-indicateurs-dans-la-certification> (page consultée le 4 mai 2013)

[9]. **HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.** *Indicateurs de qualité généralisés en SSR, campagne 2011.* Septembre 2012. <<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/ipaqss-rapport-ssr-v4.pdf>> (Page consultée le 4 mai 2013)

[10]. **HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.** *Calendrier des recueils.* In H.A.S. [En ligne]. <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1274536/calendrier-des-recueils> (page consultée le 4 mai 2013)

[11]. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. *Amélioration de la qualité : 222 établissements retenus dans le cadre de l'expérimentation sur l'incitation financière*. In H.A.S. [En ligne] <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1333448/amelioration-de-la-qualite-222-etablissements-retenus-dans-le-cadre-de-lexperimentation-sur-lincitation-financiere> (page consultée le 4 mai 2013)

[12]. AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION. *Catalogue des activités de rééducation-réadaptation*. Novembre 2009. <<http://www.atih.sante.fr/openfile.php?id=2667>> (page consultée le 4 mai 2013)

[13]. AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION. *Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation (CSARR) Version 1 pour utilisation en 2013 en SSR*. Janvier 2013. < <http://www.atih.sante.fr/?id=0009B0000CFF>> (page consultée le 4 mai 2013)

[14]. AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION. *Formations CSARR 2012 - catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation*. Mars 2013. < <http://www.atih.sante.fr/openfile.php?id=4305>> (page consultée le 4 mai 2013)

[15]. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. *Grille de recueil des indicateurs du dossier patient SSR*. Décembre 2011. < http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-06/ipaqss_ssr_grille_dpa.pdf> (page consultée le 4 mai 2013)

[16]. C.H.R. METZ-THONVILLE. *Qualité et sécurité des soins, le CHR Metz-Thionville s'engage !* In C.H.R. Metz-Thionville. [En ligne]. < <http://www.chr-metz-thionville.fr/la-demarche-qualite-au-chr-metz-thionville/qualite-et-securite-des-soins>> (page consultée le 4 mai 2013)

[17]. **AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION.**
*Programme de médicalisation des systèmes d'information en soins de suite ou de
réadaptation (PMSI-SSR).* In A.T.I.H. [En ligne]. <
<http://www.atih.sante.fr/?id=0002A00001FF>> (page consultée le 4 mai 2013)

ANNEXES

ANNEXE I : Fiche projet thérapeutique en SSR



PROJET THERAPEUTIQUE en SSR

SERVICE DE SSR

Etiquette Patient

Après évaluation médico-psycho-sociale et familiale
OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE DU SEJOUR

Date :	
Réévaluation Date :	

Attente du patient :	
Adhésion du patient et/ou de son entourage au projet thérapeutique	

Suivi de la dépendance		DATE							
Selon Références FOSSE-SSR	Trouble Habillage (1 à 4)								
	Altération (1 à 4)								
	Conscience (1 à 4)								
	Comportement (1 à 4)								
	Rehaus (1 à 4)								
	Déplacement/locomotion (1 à 4)								
Déplacement et locomotion	Indépendant								
	Tiers personne								
	Famille vivant (FR)								
	Dépendant								
	Dépendant (patient grabataire)								

1. Indépendance complète ou modifiée 2. Supervision ou arrangement 3. Assistance partielle 4. Assistance totale (Service ATRE)

Prise en charge spécialisée	
Kléidothérapeute	<input type="checkbox"/>
Ergothérapeute	<input type="checkbox"/>
Diététicien	<input type="checkbox"/>
Neuropsychologue	<input type="checkbox"/>
Psychologue	<input type="checkbox"/>
Orthophoniste	<input type="checkbox"/>

Devenir présumé du patient et projet de vie	
Domicile +/- aides	<input type="checkbox"/>
En famille +/- aides	<input type="checkbox"/>
En institution (EHPAD ou USLD)	<input type="checkbox"/>
Sans précaire +/- assistance	<input type="checkbox"/>
Sortie prévue vers le :	

DATE	SYNTHESE/REMARQUES

ANNEXE II : Items du C.D.A.R.R. utilisés lors du PMSI SSR

Code	Intitulés	Temps
DL02	Pose, adaptation des aides de marche	25
DL03	Entraînement à la marche dans l'établissement, avec ou sans aide de marche	25
RF10	Synthèse de rééducation	20
RL05	Bilan orthopédique	10
RL08	Bilan de la force musculaire	20
RL09	Cotation fonctionnelle articulaire	10
RL12	Bilan de l'équilibre	5
RL14	Bilan de la fonction de locomotion	30
RL18	Mobilisation articulaire passive	15
RL21	Mobilisation articulaire active – Tonification, renforcement musculaire	20
RL25	Verticalisation	20
RL26	Rééducation à la marche	15
RL39	Application d'une thermothérapie chaude : bain de boue, paraffine	10
RL45	Mise en œuvre et suivi d'une stimulation transcutanée antalgique ambulatoire(TENS)	10
RL67	Apprentissage analytique de tous types de transferts	10
RL68	Rééducation de la fonction d'équilibration chez l'adulte	15
RR02	Bilan respiratoire à l'effort	30

RL : Rééducation locomotrice

RF : Rééducation des fonctions

RR : Rééducation respiratoire

DL : Déambulation, locomotion

ANNEXE III : Grille de recueil des indicateurs du dossier patient SSR [15]

GRILLE DE RECUEIL DES INDICATEURS DU DOSSIER PATIENT SSR

Identification - structure		
DPA 1	Numéro FINESS enquêté	
DPA 2	Nom de l'établissement enquêté	
DPA 2.bis	L'établissement enquêté a un seul secteur d'activité	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Identification - niveau interne à la structure		
DPA 3	Service (ou pôle)	
Identification - tirage au sort et date de saisie		
DPA 4	Date de la saisie	/ /
DPA 5	Numéro du tirage au sort	
Identification - caractéristiques du séjour patient		
DPA 6	Groupe de morbidité dominante (GMD)	
DPA 7	Age du patient à la date d'entrée du séjour	
DPA 8	Sexe du patient	<input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin
DPA 9	Date de fin du séjour SSR	/ /
DPA 10	Durée du séjour	
Identification - caractéristiques du dossier à analyser		
DPA 11	Dossier	<input type="radio"/> Retrouvé <input type="radio"/> Non retrouvé <input type="radio"/> Incohérence PMSI (séjour < 8 jours, GMD) <input type="checkbox"/> Non mobilisable
DPA 12	Dossier Informatisé	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement
DPA 13	Si informatisation partielle, préciser	<input type="checkbox"/> Observations médicales <input type="checkbox"/> Prescription médicamenteuse <input type="checkbox"/> Examens complémentaires <input type="checkbox"/> Courrier de fin d'hospitalisation <input type="checkbox"/> Dossier de soins <input type="checkbox"/> Dossiers paramédicaux (kinésithérapeute, ergothérapeute) <input type="checkbox"/> Dossiers des travailleurs sociaux (assistant de service social) <input type="checkbox"/> Dossiers des psychologues
Information complémentaire (critères d'exclusion spécifiques pour DEC, TRE et DTN)		
DPA 14.1a	Le patient est-il décédé au cours du séjour ?	<input type="radio"/> Oui (exclusion de l'indicateur DEC) <input type="radio"/> Non
DPA 14.2a	Le patient a-t-il été muté ?	<input type="radio"/> Oui (exclusion de l'indicateur DEC) <input type="radio"/> Non
DPA 14.1b	Le patient est-il âgé de moins de 18 ans ?	<input type="radio"/> Oui (exclusion des Indicateurs DTN et TRE) <input type="radio"/> Non
DPA 14.2b	Au cours des 24 premiers jours de son séjour, le patient a-t-il été pris en charge en soins palliatifs ?	<input type="radio"/> Oui (exclusion de l'indicateur DTN) <input type="radio"/> Non
Informations communes au thème DPA		
DPA 15	Retrouve-t-on un courrier de fin d'hospitalisation ou un compte rendu d'hospitalisation ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
DPA 16	Si Oui, quels éléments retrouve-t-on ?	
DPA 16.1	L'identité du médecin destinataire (nom et adresse)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA
DPA 16.2	Une référence aux dates du séjour (date d'entrée et date de sortie)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
DPA 16.3	Une synthèse du séjour (contenu médical sur la prise en charge)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
DPA 16.4	Une trace écrite d'un traitement de sortie	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA
Indicateur 1 : Tenue du dossier patient (TDP)		
TDP 1	Retrouve-t-on le nom du médecin désigné par le patient (médecin traitant ou spécialiste) noté dans le dossier ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA
TDP 2	Si Oui, retrouve-t-on ses coordonnées ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 3	Le patient provient-il d'une unité d'hospitalisation ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 4	Si Oui, quels documents médicaux relatifs à l'admission retrouve-t-on ?	

TDP 4.1	Compte rendu d'hospitalisation	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 4.2	Compte rendu opératoire	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA
TDP 5	Si Non, retrouve-t-on la demande argumentée du médecin adresseur ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 6	Quels éléments relatifs à l'examen médical d'entrée retrouve-t-on dans les 7 jours suivant l'admission ?	
TDP 6.1	Antécédents	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 6.2	Anamnèse (histoire de la maladie)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 6.3	Traitement habituel	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 6.4	Examen clinique initial	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 6.5	Conclusions de l'examen clinique initial	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 7	Retrouve-t-on la trace d'une évaluation de l'autonomie dans les 7 jours suivant l'admission ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 8	Retrouve-t-on la trace d'une évaluation sociale dans les 7 jours suivant l'admission ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 9	Retrouve-t-on la trace d'une évaluation psychologique dans les 7 jours suivant l'admission ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 10	Retrouve-t-on le projet thérapeutique du patient dans les 15 jours suivant l'admission ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 11	Si Oui, retrouve-t-on la trace de l'élaboration du projet par une équipe pluridisciplinaire ou en concertation avec les professionnels participant à la prise en charge du patient ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 12	Si Oui, retrouve-t-on la trace d'une participation ou de l'accord du patient à son projet (ou de son entourage si celui-ci n'est pas en état de recevoir des informations) ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA
TDP 13	Retrouve-t-on au moins une fois au cours du séjour la trace d'une réunion pluri professionnelle ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 14	Existe-t-il une (ou plusieurs) prescription(s) médicamenteuse(s) établie(s) pendant l'hospitalisation du patient ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA
L'analyse portera sur une période qui débute à la première prescription médicamenteuse et s'étend sur 72 heures		
TDP 15	Si Oui, quels éléments retrouve-t-on sur chaque prescription ?	
TDP 15.1	Nom et prénom du patient	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 15.2	Date de prescription	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 15.3	Signature du prescripteur	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 15.4	Nom du prescripteur	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 15.5	Dénomination des médicaments	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 15.6	Posologie	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 15.7	Vole d'administration	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 16	Existe-t-il une trace écrite d'un traitement de sortie ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA
TDP 17	Si Oui, quels éléments y retrouve-t-on ?	
TDP 17.1	Nom et prénom du patient	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 17.2	Date de prescription	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 17.3	Nom du médecin	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 17.4	Dénomination des médicaments	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

TDP 17.5	Posologie	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 17.6	Vole d'administration	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 17.7	Durée du traitement	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TDP 18	Le dossier est-il organisé et classé ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Indicateur 2 : Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC)		
DEC 1	Le courrier ou le compte rendu d'hospitalisation est-il daté ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
DEC 2	Si Oui, quelle est la date notée sur le courrier ou le compte rendu d'hospitalisation (JJ/MM/AAAA) ?	DD / MM / AAAA
Indicateur 3 : Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD)		
TRD 1	Retrouve-t-on au moins une mesure de la douleur notée dans le dossier du patient pendant le séjour ?	<input type="radio"/> Oui avec échelle (EVA, EN, EVS, Echelle d'hétéro-évaluation) <input type="radio"/> Oui sans échelle (commentaires) <input type="radio"/> Non
TRD 2	Si une mesure diagnostique une douleur avec une échelle, retrouve-t-on au moins une mesure de suivi de la douleur ?	<input type="radio"/> Oui avec échelle (EVA, EN, EVS, Echelle d'hétéro-évaluation) <input type="radio"/> Oui sans échelle (commentaires) <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA (le patient n'est pas douloureux)
Indicateur 4 : Dépistage des troubles nutritionnels (DTN)		
DTN 1	Dans la semaine suivant l'admission du patient, retrouve-t-on une mesure du poids ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
DTN 2	Si Oui, retrouve-t-on une autre mesure du poids dans les 15 jours suivant la 1 ^{re} mesure ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA
DTN 3	Dans la semaine suivant l'admission du patient, retrouve-t-on la mention de la variation du poids avant l'hospitalisation ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
DTN 4	Dans la semaine suivant l'admission du patient, retrouve-t-on l'indice de masse corporelle ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Indicateur 5 : Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre (TRE)		
TRE 1	Retrouve-t-on la trace d'une évaluation du risque d'escarre dans les 7 jours suivant l'admission ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TRE 2	Si Oui, cette évaluation tracée correspond-elle à l'utilisation ?	<input type="checkbox"/> D'une échelle <input type="checkbox"/> D'un jugement clinique
TRE 3	Suite à cette évaluation, retrouve-t-on une conclusion vis-à-vis du risque d'escarre pour le patient ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non