



Etude sur les soins de suite ou de réadaptation

Annexe I la méthodologie

Etude Régionale
Soins de Suite et de Réadaptation 2003

Annexe I

MÉTHODOLOGIE

SOMMAIRE

I. CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ENQUETE	3
2. FINALITES DE L'ÉTUDE	5
3. OBJECTIFS DE L'ETUDE	5
4. MATERIEL ET METHODE	6
Annexe I - 1. Projet de lettre du Directeur de l'ARH aux établissements de SSR	11
Annexe I - 2. Proposition de lettre des Médecins-conseils	12
Annexe I - 3. Liste des Etablissements	13
Annexe I - 4. Code Diagnostics	16
Annexe I - 5. Guide de remplissage de la grille nationale AGGIR.....	17
Annexe I - 6. Soins techniques infirmiers	22
Annexe I - 7. Soins de Nursing	23
Annexe I - 8. Tableau de transcodage proposé	24
Annexe I - 9. Guide de remplissage fiche service	25
Annexe I - 10. Fiche service - Activité SSR	26
Annexe I - 11. Guide de remplissage fiche structure	28
Annexe I - 12. Fiche structure	29
Annexe I - 13. Guide de remplissage fiche hospitalisation complète	31
Annexe I - 14. Fiche Malade SSR - Hospitalisation complète	36
Annexe I - 15. Guide de remplissage fiche hospitalisation à temps partiel	38
Annexe I - 16. Fiche Malade SSR - Hospitalisation à temps partiel	41

ENQUÊTE SSR - PRÉSENTATION

I. CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ENQUETE

1.1. Contexte de l'étude

Une enquête nationale de l'assurance maladie, réalisée en 2 étapes (janvier 1995 et 1996, résultats novembre 1998) cherchait à sonder :

- l'offre des soins distribués dans les établissements de soins de suite et de réadaptation, caractérisée par une typologie,
- et la demande en soins de suite et de réadaptation, recueillie dans les services de court séjour d'amont, (chirurgie et médecine).

Les différences constatées, avaient abouti en 1998, au sein de chaque région, à des recommandations tendant à faire évoluer les soins distribués vers la prise en charge de malades plus lourds, en particulier au plan du nursing.

Cinq ans plus tard, les réseaux de soins de suite et réadaptation semblent toujours encombrés. Dans certains secteurs sanitaires la situation a même empiré. Le tableau apparaît comme suit :

- Dans les services de SSR s'observe un double constat :
 - d'une part l'alourdissement des prises en charge de malades sortant de services de médecine et chirurgie plus rapidement que dans le passé, avec des soins plus lourds qu'auparavant,
 - d'autre part, dans un nombre de cas à préciser un allègement des soins, des prises en charge médicales faisant place à des prises en charge sociales de type hébergement et aide ménagère.

Il en résulte une occupation non réellement motivée des capacités de soins de suite et de réadaptation.

- En amont des services de SSR, un certain nombre de lits de soins de courte durée, principalement en établissement public, se voient immobilisés pour continuer à héberger des malades nécessitant pourtant une prise en charge liée à la convalescence et/ou à la rééducation, pour lesquels ces services de médecine et chirurgie ne sont ni organisés ni équipés.
 - Dans ces services-là, ces malades ne peuvent pas bénéficier de soins de suite distribués par une structure hospitalière adéquate, malgré le coût prohibitif de leur maintien en soins de courte durée.

Il en résulte des dysfonctionnements qui retentissent en amont :

- sur les capacités en court séjour qui deviennent insuffisantes,

- sur la filière d'hospitalisation à partir des services des urgences, aboutissant à des demandes d'augmentation de capacités des unités d'hospitalisation de très courte durée de ces services.
- Enfin en aval des services de SSR, les personnes ayant perdu leur autonomie ne trouvent pas de place en service de soins de longue durée, elles restent en SSR sans projet de vie adapté à leur état. Leur retour au domicile s'avère lui aussi très difficile à organiser. Le problème est encore plus douloureux lorsque la perte d'autonomie est brutale (AVC).

Or l'augmentation du nombre de personnes de plus de 75 ans a été de 24 % entre les 2 recensements de 1991 et 1999, contre 10 % pour la population globale. Ce constat accroît la demande et nécessite une amélioration du maintien à domicile, souvent souhaité, et susceptible de réguler pour partie le système.

Une augmentation des capacités en soins de suite et/ou en structures de prise en charge des personnes dépendantes s'avèrera peut-être nécessaire. Néanmoins, la nature des dysfonctionnements devra être mesurée et précisée afin que les moyens proposés correspondent en qualité et en quantité aux besoins des personnes.

Depuis 4 ans le PMSI a progressivement été mis en œuvre dans les établissements de soins de suite et de réadaptation. Il consiste entre autres en un recensement hebdomadaire des soins de rééducation distribués et de la dépendance des patients.

La Direction du service Médical de la CNAMTS a diffusé en avril 2001 une méthodologie qui permet d'actualiser les données du Gain SSR (offre de soins) à partir du PMSI SSR.

Il est donc possible de réactualiser les résultats de l'enquête Gain, dans un but d'évaluation, par une étude relativement légère, en utilisant le recueil fait chaque semaine par les services de SSR.

1.2. Experts consultés

- Professeur Mathé - CHU Nantes,
- Docteur Colin - l'Arche,
- Docteur Mattelin - Centre Gallouedec.

1.3. Référentiels techniques

- Critères de prise en charge en MPR, FEDMER - novembre 2001.
- Gain SSR soins distribués, janvier 1995.
- Grille "ADL" activities of daily living, utilisées dans le Gain pour qualifier les soins de nursing. Un transcodage est réalisable simplement à partir du recueil PMSI.
- Grilles "SIIPS" soins infirmiers individualisés à la personne soignée, dans la partie soins techniques infirmiers.

1.4. Référentiels réglementaires

- PMSI SSR,
- "SROS SSR" Schéma régional d'Organisation des Soins, volet SSR mai 2000,
- Carte sanitaire des Soins de suite et de réadaptation, MAJ au 01 avril 2003.
- Circulaire DH/EOA/97 N°841 du 31 décembre 1997.
- Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/DGAS/N°2002.288 du 3 mai 2002.

1.5. Groupe de travail chargé de la méthodologie

- docteur Jean-Yves Gagner , MSA
- madame le docteur Lhopitault, ELSM Angers
- monsieur le docteur Pierre Poisson, ELSM Nantes
- monsieur Jean-Loïc Retaud, CRAM
- madame le docteur Sankalé-Delga, ELSM Nantes
- madame Arlette Serand CRAM,
- madame le docteur Patricia Tassin, ELSM Le Mans

2. FINALITÉS DE L'ÉTUDE

La Préparation du Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire de 3^{ème} génération en 2004, devra être réalisée à partir de bases actualisées portant sur l'offre de soins existante, sur les moyens mis en œuvre et leur cadrage au regard des nécessités, sur son adéquation aux besoins de la population requérant les soins, sur son adaptation à l'évolution de ces besoins. Les questions nécessitant une réponse spécifique devront apparaître.

3. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

3.1. Objectif général

Décrire l'offre de soins de suite et de réadaptation de la région à partir des caractéristiques de la population traitée dans les établissements, des filières empruntées, des moyens existants.

3.2. Objectifs opérationnels

3.2.1. *Evaluer les évolutions opérées dans le recrutement des malades pris en charge en SSR, entre 1995 et 2003*

- Mesurer l'offre en soins de suite et réadaptation en 2003,
- Décrire la population traitée et son évolution en 7 ans,
- Comparer la typologie des établissements à celle affectée en 1995 à l'issue du Gain SSR,

- Préciser l'écart constaté, par nature de soins distribués,
- Réaliser une étude comparative des structures (capacités/population desservie, personnel).

3.2.2. Rechercher les modalités de régulation de l'offre et de la demande

- Proposer, après analyse, l'affectation de renforts aux établissements pour réaliser la mutation souhaitée,
- Proposer une amélioration de la gestion des disponibilités en lits de SSR,
- Proposer simultanément aux établissements des contrats d'engagement à :
 - * Modifier les durées de séjour, restées fixées au minimum à 21 jours,
 - * Récuser les malades légers, ne relevant pas du secteur sanitaire, mais de l'hébergement temporaire,
 - * Accueillir les malades lourds pouvant bénéficier de soins de suite et de réadaptation.

4. MATÉRIEL ET MÉTHODE

4.1. Champ de l'enquête

Elle sera réalisée en septembre 2003, dans tous les établissements de soins de suite et de réadaptation de la région. Elle sera exhaustive concernant tous les patients présents un jour donné, afin de garantir la représentativité de la population enquêtée.

Elle aura été annoncée, par une lettre du directeur de l'ARH aux établissements, au second trimestre 2003 (annexe n°1), les informant que dans la perspective du SROS de 3^{ème} génération, une étude sera réalisée en septembre 2003 et qu'elle fera appel aux données du PMSI SSR.

Chaque médecin-conseil enquêteur précisera, au début du mois de septembre 2003, les modalités de réalisation de l'étude par un courrier au directeur et aux médecins responsables (proposition de modèle en annexe n°2).

4.2. Déroulement de l'enquête

Il s'agit d'une enquête descriptive, d'évaluation, sans objectif de contrôle ni de contentieux, tant à l'égard des patients que des professionnels et des structures.

Elle comportera 2 volets, un "volet services" et un "volet patients"

4.2.1. Volet services et structures

Il étudie les moyens en personnel des services de SSR et sera examiné par la cellule des affaires sanitaires de la CRAM.

La liste des établissements et de leurs capacités autorisées est établie par cette cellule (annexe n°3).

Une fiche structure et une fiche service (une pour chaque service) seront adressées au début du mois de septembre 2003 par les médecins-conseils, au responsable administratif de l'établissement, simultanément à leur lettre annonçant les modalités de leur enquête (annexe n°2).

Les données requises portent sur le mois de septembre 2003, elles seront renseignées par l'établissement.

Ces documents seront récupérés lors de la coupe transversale.

4.2.2. Volet patients

Il sera réalisé par les services médicaux des échelons locaux du régime général avec la collaboration de médecins-conseils des régimes de la CMR et la Mutualité Sociale Agricole :

- en Loire Atlantique :
 - . Dr Gralon (CMR) pour le centre hospitalier d'Ancenis et l'hôpital local de Vertou,
 - . Dr Gagner pour les hôpitaux locaux de Clisson et Corcoué-sur-Logne,
- en Maine et Loire :
 - . Dr David pour les hôpitaux locaux de Doué la Fontaine et Martigné Briand,
- en Mayenne :
 - . Dr Helleux pour les hôpitaux locaux d'Evron et Vilaine-la-Juhel,
- dans la Sarthe :
 - . Dr Fuseau pour les sites de Sablé et La Flèche du centre hospitalier intercommunal Pôle santé Sarthe et Loire et l'hôpital local de la Ferté-Bernard,
- en Vendée :
 - . Dr Viarouge pour la clinique Saint-Charles, le centre Marie-Noëlle aux Essarts et l'hôpital local de la Châtaigneraie.

Afin de limiter dans le temps la période de recueil et l'éventualité de malades déjà sortis, il serait utile que tous les médecins-conseils hospitaliers participent au recueil des données, dans la semaine du 30 septembre au 7 octobre 2003.

Dans les structures importantes comportant plusieurs services, il est préférable de réaliser la coupe à plusieurs médecins-conseils, afin de réduire le temps de présence dans l'établissement.

Il faut compter environ 40 dossiers par jour.

Pour une structure de périphérie disposant d'une trentaine de lits (situation de nombreux hôpitaux locaux), on prévoira également une journée pour tenir compte du trajet.

4.2.3. Les fiches de recueil patients

- Pour les services de soins de suite une fiche "hospitalisation complète" sera établie par le médecin conseil pour chaque malade présent la semaine considérée.
- De même, pour les services de médecine physique et de réadaptation une fiche "hospitalisation complète" et, le cas échéant une fiche "hospitalisation à temps partiel", seront établies pour chaque malade.

Un guide de remplissage apporte pour chaque variété de fiches les précisions utiles.

4.2.4. Les variables étudiées

- données socio-environnementales, descriptives du malade,
- données sur sa trajectoire, permettant de qualifier la provenance, afin de formuler ultérieurement des propositions de modification des filières qui aboutissent à des inadéquations,
- diagnostics regroupés par grandes catégories (annexe n°4),
- mention de l'existence ou non d'un état végétatif chronique ou paucirelationnel,
- caractérisation de la perte d'autonomie, par recueil du GIR des malades dépendants (annexe n°5),
- descriptifs des soins reçus à partir des données relevées en routine dans le PMSI SSR soins de rééducation- réadaptation et soins de nursing, et par ailleurs à partir des soins techniques infirmiers distribués (annexe n°6) pour aboutir à la typologie des établissements, définie dans l'enquête gain SSR de 1995,
- adéquation de la structure aux soins requis par le malade, sinon structure en théorie adéquate,
- précisions ciblées sur quelques situations régulièrement rencontrées par les praticiens-conseils, identifiées de façon parcellaire, qui seront là quantifiées précisément.

4.2.5. La saisie des informations concernera les malades présents le 30 septembre 2003

- Elle portera sur les données PMSI recueillies dans la semaine précédente (7 jours) soit du 22 au 28 septembre 2003. En cas de semaine incomplète, les soins seront reconstitués à partir du projet de soins.
- La source d'information sera le résumé hebdomadaire standardisé (RHS) recueilli dans les services de SSR. En effet au niveau du DIM les données sont anonymisées et il ne serait pas possible de recueillir ensuite l'indicateur soins infirmiers sur des fiches anonymes.
- Les variables de rééducation, recueillies dans le PMSI et dans le Gain SSR, sont les mêmes (les temps de rééducation sont légèrement sous cotés dans le PMSI, car ne contiennent pas les temps de bilans, et les temps de rééducation sans la surveillance du professionnel concerné).

- Le relevé des variables de dépendance du PMSI n'est pas le même que celui du Gain (annexe n°7). Cependant le transcodage s'avère simple à réaliser (annexe n°8).

4.2.6. Recherche de collaboration

Pendant le déroulement de l'étude, le médecin-conseil sera aidé par un cadre infirmier, pour apprécier les soins infirmiers et pour interroger le personnel aide-soignant pour le transcodage de la variable soins de nursing.

4.2.7. Transmission des documents papier

- Les fiches papier établies par les médecins-conseils des régimes de la CMR et de la M.S.A seront adressées, pour saisie informatique, à l'échelon du service médical correspondant à l'établissement enquêté,
- Les fiches services ainsi que les fiches structures récupérées lors de la coupe transversale seront adressées par la poste par chaque échelon à l'adresse suivante :
"CRAM des Pays de la Loire, Département des affaires sanitaires, Systèmes d'information, 2 place Bretagne, 44 034 Nantes Cedex".

4.2.8. Gestion informatique de l'étude

- Le logiciel de saisie et le logiciel d'exploitation du volet patient de l'étude sont réalisés par l'échelon local du service médical de Nantes.
- La saisie sera effectuée dans chaque échelon, après validation des fiches par chaque praticien conseil effecteur.
- Les fichiers de saisie seront transmis entre le 15 et le 31 octobre 2003. Ils seront adressés à l'assistante d'exploitation de données du service médical de Nantes, par messagerie Hermès (catherine.labalec@elsm-nantes.cnamts.fr) et simultanément par disquette. Le délai du 31 octobre 2003 devra impérativement être observé pour permettre le respect des délais suivants : exploitation, analyse, discussion, rédaction d'un rapport, remise à l'ARH en vue de la préparation du SROS SSR III.

4.2.9. Relevés d'activité

Trois types de relevés seront à établir par les échelons locaux du service médical :

- Esprit :
La saisie Esprit sera réalisée au niveau régional, selon le modèle joint pour information (annexe n°9)
Le recueil des vacations consacrées à l'étude par chaque intervenant sera transmis, entre le 15 et le 31 octobre 2003 au référent local de l'échelon local de Nantes (michel.piquiaud@elsm-nantes.cnamst.fr).

- Comptabilité analytique : code A 31 (production), A32 (réflexion)
- Bilan Loi de financement de la sécurité sociale.

5. BIBLIOGRAPHIE

- Communauté des établissements de la Sarthe
Etat des lieux des soins de suite et de réadaptation en Sarthe - 2000 -
Rapport docteurs Patricia Tassin et Armelle Leroi
- ARH des Pays de la Loire
Etude sur les modes de sortie des patients hospitalisés en soins de courte durée et les transferts en soins de suite et rééducation dans les établissements de la région.
Rapport 2001 docteur Pierre Gottle
- J.P.Mineur, R. Leroux, J.M. Vétel, J. du Coudray, P. Prévost
L'hospitalisation des personnes âgées de 75 ans et plus dans le département du Cher
Techniques Hospitalières, 2001; n°660: 25-33
- PRH Pays de la Loire 2002
Prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus dans les services de court séjour de médecine des Pays de la Loire. Rapport 2003 docteur Jean-Yves Gagner
- Prise en charge sanitaire et sociale des traumatisés crâniens
Réadaptation , décembre 2002; n°495 - Dossier -: 5-64
- ARH des Pays de la Loire
Bilan à mi-parcours du SROS SSR - Décembre 2003 -

Projet de lettre du Directeur de l'ARH aux établissements de SSR de la région (1)

Objet : SROS III

Madame, Monsieur le Directeur, le Président

Dans la perspective de la préparation du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) de troisième génération, les services médicaux de l'assurance maladie réaliseront une étude sur les services de soins de suite et de réadaptation de la région, dans le courant du second semestre de l'année 2003. Cette étude sera couplée avec l'examen du recueil des données du PMSI.

Les résultats seront comparés à ceux de l'enquête GAIN SSR réalisée par l'assurance maladie en janvier 1995, afin d'évaluer les évolutions intervenues dans la prise en charge des personnes orientées vers ces services, en vue de leur réinsertion et de leur réadaptation.

Cette étude permettra également d'identifier les attentes de placement dont la connaissance aidera la recherche des évolutions structurelles nécessaires. J'attire d'ailleurs votre attention sur les possibilités offertes par le codage PMSI (code Z75.1) pour mentionner cette information.

Je vous demande de réserver le meilleur accueil aux praticiens en charge de ce travail et vous prie d'agréer, Madame, Monsieur le Directeur (le Président de la CME) l'expression de ma considération distinguée.

Le directeur de l'ARH,

Benoît Péricard

**PROPOSITION de LETTRE /
MEDECINS CONSEILS à DIRECTEURS et Pt de CME des établissements de SSR**

M(e).....l... Directeur,
M(e)..... l....Président de la CME,

Le programme hospitalier régional (PRH 2003) de l'assurance maladie comprend une étude sur les services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR).

Les enquêtes nationales GAIN, réalisées par l'assurance maladie en 1995 et 1996, avaient qualifié l'offre des soins distribués par les structures de SSR et recensé les besoins de soins de suite et de réadaptation à la sortie des services de court séjour.

Les résultats publiés en 1998 recommandaient des évolutions.

Depuis, l'activité de SSR fait l'objet d'un recueil PMSI.
L'actualisation de ces résultats est donc rendue réalisable à partir des données de rééducation et de nursing ainsi colligées.

Une enquête sur les soins dispensés en SSR est organisée, dans tous les établissements de SSR de la région, selon les modalités suivantes.

L'enquête concernera les patients présents le 30 septembre 2003. Je vous serais bien obligé(e) de mettre à ma disposition les données du PMSI SSR de la semaine du 22 au 28 septembre 2003, et de m'accorder l'appui du cadre infirmier de chaque service concerné pendant la durée de recueil de l'information (en moyenne 40 dossiers par jour).

Je vous reprendrai, à cette occasion, la fiche service ci-jointe destinée à identifier le personnel affecté à chaque service en équivalents ETP, ainsi que le personnel vacataire.

L'étude comportant la mention du GIR des malades pris en charge, une évaluation de la perte d'autonomie faite la veille par le personnel le plus approprié, serait dans la mesure du possible nécessaire. Je vous remercie par avance pour votre collaboration.

(le cas échéant : Afin de raccourcir la durée de présence dans votre établissement, je réaliserai l'étude dans les différents services avec la collaboration des docteurs x, y et z , médecins-conseils.)

Vous remerciant par avance de l'aide que vous pourrez proposer pour la réalisation de cette étude, je vous prie de croire, Madame la Directrice, Monsieur le Président de la CME, à l'expression de

Raison Sociale	Commune	Réadaptation		Soins de suite		Total
		HC	HTP	HC	HTP	
Centre Hospitalier de Maubreuil	Carquefou	75	21	-		96
La Tourmaline	Saint Herblain	50	22	-		72
Centre Hospitalier F. Robert	Ancenis			25		25
Centre Hospitalier Bellier	Nantes			74		74
Centre Hospitalier	Châteaubriant			60		60
Hôpital Intercommunal Sèvre et Loire	Le Loroux Bottereau			52		52
Hôpital Local	Corcoué sur Logne			40		40
Hôpital Local	Nozay			30		30
Maison de Convalescence Villa Maria	Le Gâvre			40		40
Le Doyenne de Roz Arvor	Nantes			80		80
Centre Thérapeutique en Alcoologie La Baronuais	Bouguenais			65	10	75
Hôpital Intercommunal Sèvre et Loire	Vertou			45		45
Hôpital Local Pierre Delaroché	Clisson			40		40
Hôpital Saint Jacques	Nantes	160	18	150		328
Pouponnière et Maison d'Enfants La Civelière	Nantes		8	38	5	51
Association Hôpital à domicile	Nantes			30		30
Centre de Convalescence Le Bois Rignoux	Vigneux De Bretagne			100		100
		285	69	869	15	1 238
Centre Hospitalier Le Moulin du Pé	Saint Nazaire	20	12	-		32
Centre de Réadaptation Fonctionnelle Les Termes des Océanides	Pornichet		19	-		19
Centre Marin de Pen Bron	La Turballe	122	12	-		134
Hôpital Local Intercommunal de La Presqu'île	Guérande			40		40
Hôpital Local Intercommunal de La Presqu'île	Le Croisic			40		40
Hôpital Local Pays de Retz	Paimboeuf			23		23
Hôpital Local Pays de Retz	Pornic			23		23
Hôpital Local Loire et Sillon	Savenay			21		21
Maison de Convalescence Le Bodio	Pontchâteau			80		80
Clinique Mutualiste Centre de Convalescence (2 sites en préparation)	Saint Nazaire			80		80
		142	43	307		492
Centre Hospitalier Régional Universitaire	Angers			50		50
Hôpital Local du Pays Baugeois	Baugé			30		30
Hôpital Local	Beaufort en Vallée			25		25
Hôpital Local Aimé Jallot	Candé			15		15
Hôpital Local	Chalonnnes Sur Loire			18		18
Hôpital Local	Doué La Fontaine			24		24
Hôpital Local Lucien Boissin	Longue Jumelles			50		50

Hôpital Local Marie Morna	Martigné Briand			17		17
Hôpital Local Thierry de Langeraye	Pouancé			30		30
Maison de Convalescence La Chancelière	Villemoisian			31		31
Maison de Convalescence Les Récollets	Doue La Fontaine			40		40
Centre Médical du Chillon	Le Louroux Béconnais			136		136
Centre Hospitalier	Saumur			50		50
Centre Médical pour Jeunes Enfants	Bauné			48		48
Centre de Basse Vision Régional	Angers		10	-		10
Maison de Convalescence Saint Claude	Angers			44		44
Centre de Moyen Séjour du Chu d'Angers	Saint Barthélemy d'Anjou			160		160
Centre Régional de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle	Angers	120	30	-		150
Maison de Convalescence d'Orgemont	Angers			40		40
		120	40	808		968
Centre Hospitalier	Cholet	34	5	40		79
Hôpital Local Intercommunal Lys Hyrome	Chemillé			23		23
Hôpital Hospice Saint Joseph	Chaudron en Mauges			15		15
Maison de Convalescence Saint Charles	Montfaucon sur Moine			40		40
Hôpital Local Intercommunal Lys Hyrome	Vihiers			20		20
Hôpital Privé Saint Martin	Beaupreau			20		20
Centre de Convalescence Jean Jaurès	Cholet			40		40
		34	5	198		237
CH Intercommunal du Haut Anjou	Segré			11		11
Centre Hospitalier Intercommunal du Haut Anjou	Château Gontier			30		30
Hôpital Local Saint Jean	Craon			20		20
Hôpital Local	Ernée			63		63
Hôpital Local	Évron			35		35
Centre Hospitalier du Nord Mayenne	Mayenne			42		42
Hôpital Local Louis Daudier	Renazé			10		10
Centre Hospitalier	Laval	28	8	50		86
Hôpital Local Jules Doitteau	Villaines La Juhel			29		29
Centre Médical La Fontaine au Bac	Le Bignon du Maine	40		40		80
Centre de Convalescence Thérèse Vohl	Laval			20		20
Centre de Soins de La Bréhonnière	Astille			32		32
		68	8	382		458
Centre Hospitalier	Le Mans		14	120		134
Centre Hospitalier	Château Du Loir			25		25
Hôpital Local	Le Lude			40		40
Centre Médical Georges Coulon	Le Grand Lucé	20		136		156

Centre Médical François Gallouedec	Parigné L'Évêque	89	25	80		194
Château de Segrais	Saint Mars d'Ouille			50		50
Centre Hospitalier	Mamers			20		20
CH Intercommunal Pole Santé Sarthe et Loir	Sable Sur Sarthe			36		36
Centre Hospitalier	Saint Calais			25		25
Centre de Réadaptation Fonctionnelle de l'Arche	Saint Saturnin	110	62	-		172
Hôpital Local	Bonnétable			21		21
Centre Hospitalier Paul Chapron	La Ferté Bernard			20		20
Hôpital Local Les Tilleuls	Sille Le Guillaume			20		20
Ch Intercommunal Pôle Santé Sarthe et Loir	La Flèche			19		19
Maison de Convalescence Enfant Jésus Accueil	Le Mans			30		30
Centre de Soins de Suite Georges Coulon	Le Mans			60		60
		219	101	702		1 022
CHI Loire Vendée Océan	Machecoul	20		50		70
Clinique Saint Charles	La Roche Sur Yon			23		23
Chd La Roche Sur Yon Luçon Montaigu	La Roche Sur Yon			75		75
Centre Hospitalier Loire Vendée Océan	Challans			22		22
Centre Hospitalier	Fontenay Le Comte			20		20
Hôpital Local Dumonte	Île D'Yeu			6		6
Chd La Roche sur Yon Luçon Montaigu	Luçon	63	6	29		98
Chd La Roche sur Yon Luçon Montaigu	Montaigu			50		50
Hôpital Local	Saint Gilles Croix De Vie			29		29
Centre Hospitalier Cote de Lumière	Les Sables D'Olonne			25		25
Centre de Réadaptation Villa Notre Dame	Saint Gilles Croix de Vie	90	13	-		103
Centre Gériatrique La Chimotaie	Cugand	52		61		113
Hôpital Local	La Châtaigneraie			30		30
Maison de Convalescence et de Repos Notre Dame de Bon Secours	La Guérinière			41		41
Centre de Post Cure Le Frédéric	La Roche Sur Yon			22	5	27
Maison de Convalescence Marie Noël	Les Essarts			40		40
Ctre Médecine Physique et Réadaptation	Saint Jean de Monts	100	12	-		112
Centre de Post Cure Sophia	Les Sables d'Olonne			15		15
		325	31	538	5	899

CODES DIAGNOSTICS

- 1 Certaines maladies infectieuses et parasitaires
- 2 Tumeurs
- 3 Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire
- 4 Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques
- 5 Troubles mentaux et du comportement
 - 6.1 Hémiplégie
 - 6.2 Traumatisme crânien
 - 6.3 Lésion médullaire
 - 6.4 Autres déficiences neurologiques
- 7 Maladies de l'œil et de ses annexes
- 8 Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde
- 9 Maladies de l'appareil circulatoire
- 10 Maladies de l'appareil respiratoire
- 11 Maladies de l'appareil digestif
- 12 Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
 - 13.1 Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif sauf rachis
 - 13.2 Rachis douloureux (lombalgies chroniques - lombosciatiques - troubles statiques opérés ou non)
 - 13.3 Amputation (traumatique ou vasculaire)
- 14 Maladies de l'appareil génito-urinaire
- 15 Grossesse, accouchement et puerpéralité
- 16 Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale
- 17 Malformations congénitales et anomalies chromosomiques
- 18 Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs
- 19 Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes

Guide de remplissage de la grille nationale AGGIR

L'outil AGGIR, Autonomie gérontologique groupes iso ressources, permet d'évaluer la perte d'autonomie à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne seule.

Son remplissage exclut tout ce que font les aidants et/ou les soignants, afin de mesurer seulement ce que fait la personne âgée. En revanche, les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne : lunettes, prothèses auditives, fauteuil roulant, poche de colostomie...

La grille AGGIR comporte donc 10 variables dites discriminantes, se rapportant à la perte d'autonomie physique et psychique, et 7 variables dites illustratives, se rapportant à la perte d'autonomie domestique et sociale.

Chaque variable possède trois modalités :

A : fait seul, totalement, habituellement et correctement ;

B : fait partiellement, ou non habituellement ou non correctement ;

C : ne fait pas.

Habituellement est la référence au temps.

Correctement est la référence à l'environnement conforme aux usages.

La notion " seul " correspond à " fait spontanément seul ". Elle suppose qu'il n'est besoin ni d'incitation ni de stimulation de la part d'un tiers.

Une stimulation ponctuelle est à différencier d'une stimulation totale, nécessitant une présence permanente de l'aidant pour la réalisation de l'acte considéré. Dans ce dernier cas, la personne " ne fait pas ".

Ces variables permettent une différenciation très nette des individus selon trois modalités : forte perte d'autonomie, perte d'autonomie partielle et pas de perte d'autonomie.

ATTENTION à bien utiliser la modalité B.

La modalité B, en aucun cas, n'est à utiliser lorsque l'évaluateur ne sait pas. Elle correspond à une définition précise. Dans le doute, il convient d'observer à nouveau ce que fait la personne et de se demander si elle peut faire seule, de façon partielle, correcte, habituelle.

A. - Les variables discriminantes

1. Cohérence

Converser et/ou se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes admises par la société dans laquelle on vit.

Précisions :

- logique : de raison, raisonnable ;

- sensée : qui a du bon sens, le sens commun ;

- correcte : conforme aux convenances et usages admis et acceptés en référence aux normes sociales.

Observation :

Dans le cas où la personne est cohérente et logique mais dans son propre système de pensée, il convient d'évaluer en tenant compte des écarts par rapport à ce qui est considéré comme logique et correct par la société.

Exemples :

La modalité est C :

- si une personne se promène toute nue hors de chez elle ;

- si une personne fait ses besoins dans des réceptacles non prévus à cet effet...

La modalité est B :

- si une personne a, par moment, une conduite et un raisonnement logiques et, par moment, illogiques ;

- si une personne prétend à tort, de façon répétée, qu'elle a été volée et que, par ailleurs, elle ne pose pas de problème ;

- si elle a des comportements déplacés.

On retrouvera des troubles de la cohérence dans d'autres variables, par exemple " habillage ", si la personne met sa chemise par dessus sa veste, ce qui n'est pas correct.

2. Orientation

Se repérer dans le temps, les moments de la journée, dans les lieux.

Précisions :

Il ne faut pas demander à la personne âgée " quel jour est-on ? " car peu d'entre nous sauraient répondre le 23 ou le 24 juin durant une période de vacances...

Questions à se poser :

**Est-ce que la personne sait se situer par rapport aux saisons (été, hiver..), par rapport aux moments de la journée (matin, soir), dans des lieux de vie habituels (maison, appartement, quartier, unité de vie...) ?
Connaît-elle l'année, le mois ?**

Exemples :

La modalité est C :

- si une personne se trompe pratiquement toujours de logement, de chambre ;
- si une personne ne différencie pas le jour et la nuit ;
- si l'heure des repas est à rappeler quotidiennement.

La modalité est B :

- si une personne se trompe rarement de logement.

ATTENTION : vérifier la cohérence du remplissage des variables.

Ainsi, si cohérence et orientation ne sont pas " A ", il est très improbable d'avoir " A " sur l'ensemble des autres variables discriminantes ; ce n'est pas le logiciel qui corrigera les erreurs de codification !

3. Toilette : généralités

Elle concerne l'hygiène corporelle.

Précisions :

Pour " seul ", il est indispensable que l'acte soit spontané, sans incitation.

A domicile, les installations - la salle de bains, la baignoire ou douche - ne doivent pas influencer l'évaluation de cette variable. On peut être propre sans posséder de telles installations.

Questions à se poser :

Il est essentiel de demander à l'entourage si l'on est obligé de dire toujours à la personne âgée d'aller faire sa toilette pour qu'elle l'effectue.

Il importe aussi de ne pas imposer ses propres règles d'hygiène à une personne qui est propre mais avec d'autres règles culturelles.

Exemples :

La modalité est C si la toilette n'est jamais effectuée.

La modalité est B si la toilette est effectuée correctement, mais s'il est nécessaire d'inciter régulièrement la personne ou de préparer les affaires de toilettes ou le bain, sans pour autant laver la personne.

La variable Toilette comprend toilette du haut et toilette du bas.

Pour renseigner la variable Toilette, il convient d'abord de codifier l'autonomie pour la toilette des parties hautes puis des parties basses du corps qui font l'objet de précisions dans les deux points suivants.

Pour passer de ces deux variables à une seule variable Toilette, on utilisera le raisonnement suivant :

- si les modalités de Toilette haut et bas sont A, celle de Toilette est A ;
- si elles sont C, celle de Toilette est C ;
- dans tous les autres cas, elle est B : soit CC = C ; AA = A ; autres = B.

3.1. Toilette du haut

Visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage.

Précisions :

Le dos n'a volontairement pas été pris en compte, car, après 80 ans, il est difficile pour la majorité des personnes de se laver le dos seules, totalement, habituellement et correctement.

Pour le coiffage, c'est le coup de peigne ou de brosse qui est retenu. Le travail de la coiffeuse professionnelle n'est évidemment pas évalué ici.

Le nettoyage de la denture a été supprimé car il s'avère qu'il fait perdre toute sensibilité à l'évaluation sur une variable très importante.

3.2. *Toilette du bas*

Régions intimes, membres inférieurs, pieds.

Précisions :

Ne sont pas pris en compte les ongles des orteils.

4. Habillage : généralités

Il comporte l'habillage, le déshabillage et la présentation.

Questions à se poser :

Faut-il préparer les vêtements pour que la personne soit vêtue correctement ?

La tenue des vêtements, leur lavage, leur repassage, les travaux de couture ne sont pas évalués ici mais dans la variable Ménage.

Exemples :

La modalité est C :

- si l'habillage est totalement incorrect : non conforme aux usages, incompatible avec la météo...
- si la personne ne s'habille pas seule.

La modalité est B :

- si la personne ne s'habille que lorsqu'elle y est invitée et/ou que ses vêtements ont été préparés ;
- si elle utilise souvent des vêtements sales ;
- si elle assure l'essentiel de l'habillage, mais pas la totalité.

Habillage à partir de " habillage haut, moyen et bas "

On cotera la variable après avoir évalué les 3 variables décrites ci-dessous : Habillage du haut, Habillage moyen et Habillage du bas.

On utilisera alors le raisonnement suivant :

- si les trois modalités de Habillage du haut, moyen et du bas sont A, habillage est A ;
- si elles sont C, habillage est C ;
- dans tous les autres cas, la modalité d'habillage est B : soit CCC = C ; AAA = A ; autres = B.

4.1. Habillage du haut

Vêtements passés par les bras et/ou la tête

Précisions :

On ne tient pas compte des chapeaux éventuels qui ne sont pas indispensables sous nos climats.

4.2. Habillage moyen

Fermeture sur le corps, c'est-à-dire boutonnage des vêtements, fermetures éclairs, ceintures, bretelles, pressions.

4.3. Habillage du bas

Vêtements passés par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas, les chaussures.

Précisions :

- suivant la saison été/hiver, on peut être A, B ou C.

5. Alimentation : généralités

Les deux variables qui permettent de codifier l'alimentation sont : se servir et manger.

Elles évaluent une double activité partant du fait que les aliments sont préparés en cuisine.

" Se servir " : couper la viande, ouvrir un pot de yaourt, peler un fruit, remplir son verre...

" Manger " : porter les aliments à sa bouche et avaler.

Alimentation à partir de se servir et manger.

Pour passer des deux variables précisées plus loin, “ se servir ” et “ manger ”, à la variable Alimentation simplifiée, on utilise le raisonnement suivant :

- si les modalités de “ se servir ” et de “ manger ” sont A : Alimentation est A ;
 - si les modalités de “ se servir ” et de “ manger ” sont C : Alimentation est C ;
 - si la modalité de “ se servir ” est B et celle de “ manger ” est C : Alimentation est C ;
 - si la modalité de “ se servir ” est C et celle de “ manger ” est B : Alimentation est C ;
 - dans tous les autres cas : Alimentation est B.
- soit : CC = C ; BC = C ; CB = C ; AA = A ; autres = B.

5.1. Se servir

Précisions :

- si une personne bénéficie d'un portage de repas, est servie à table ou dans son lit à l'aide d'un plateau, se servir commence au moment où elle prépare les aliments avant de les mettre à sa bouche et de les avaler (couper la viande, peler un fruit..) ;
 - mettre le couvert, préparer la table, se retrouve dans les activités de ménage.
- Il convient d'observer que l'utilisation d'aliments prêts à être consommés (une salade de fruits au lieu d'un fruit à peler, par exemple) rend beaucoup plus autonome.

Exemples :

La modalité est C si une personne ne coupe pas sa viande, n'ouvre pas un pot de yaourt, ne pèle pas un fruit, ne remplit pas son verre.

La modalité est B si une partie de ces actes ne sont pas effectués, par exemple, si elle ne coupe pas seule sa viande.

5.2. Manger

Porter les aliments et boissons à la bouche et les avaler.

Précisions :

Si une personne âgée a une sonde gastrique qu'elle gère elle-même, elle doit être cotée A.

Exemples :

La modalité est C :

- si la personne ne met pas seule les aliments à sa bouche quelle que soit la cause somatique ou psychique ;
- si la personne n'avale pas, si la personne ne boit pas seule ;
- si la personne ne gère pas sa sonde de gavage.

La modalité est B :

- si la personne doit être incitée à se nourrir et/ou à boire,
- si elle renverse sur la table ou sur elle des aliments car le repas n'est pas correct à son goût.

6. Elimination urinaire et anale

Il ne s'agit pas de maîtriser l'élimination (l'incontinence est un diagnostic médical), mais d'assurer l'hygiène de l'élimination.

Les problèmes d'hygiène des sanitaires (chasse d'eau et autres) font partie des activités ménagères.

6.1. Elimination urinaire

La modalité est A si la personne âgée assure seule correctement son hygiène de l'élimination.

6.2. Elimination anale

Assurer l'hygiène de l'élimination anale. La modalité est A si une personne ayant une poche de colostomie assure seule et correctement, son changement.

Question à se poser :

Est-il nécessaire d'inciter la personne à aller aux toilettes ?

Exemples :

La modalité est C :

- si la personne renverse régulièrement le contenu de l'urinal ;
- si la personne est toujours incitée à se rendre aux toilettes pour qu'elle n'urine pas n'importe où ;

- si la personne ne place pas elle-même et n'enlève pas les protections à usage unique. Il faut se méfier des couches utilisées abusivement par les soignants ("couches d'accueil").

La modalité est B :

- si l'incitation pour aller aux toilettes est intermittente avec des actes spontanés ;
- **si le changement d'usage unique s'effectue parfois correctement, parfois incorrectement ou s'il n'est utile qu'à certains moments sur les 24 heures (nuit par exemple) et nécessite alors une aide. Le bassin est peu significatif, car d'utilisation périlleuse, même par un adulte en pleine forme.**

Elimination à partir d'élimination urinaire et élimination anale

Pour passer des deux variables "élimination urinaire" et "élimination anale", à la variable élimination, on utilise le raisonnement suivant :

- si la modalité de l'élimination urinaire ou de l'élimination anale est C, la modalité élimination est C ;
- si les deux modalités sont A, la modalité élimination est A.

Dans tous les autres cas, la modalité est B, soit :

CC = C ; CB = C ; CA = C ; BC = C ; AC = C ;

AA = A ; autres = B.

7. Transferts : se lever, se coucher, s'asseoir

Assurer ses transferts : passer d'une des trois positions à une autre, dans les deux sens.

Précisions :

Cette variable n'inclut que les changements de position et n'inclut pas la marche et les déplacements évalués dans les variables : déplacement à l'intérieur et déplacement à l'extérieur.

Un matériel adapté permet des activités impossibles sans lui : lit à hauteur variable, potences, sièges adaptés et peut donc conduire à un classement "A".

Exemples :

La modalité est C si les changements de position lever/coucher dans les deux sens ne sont pas effectués.

La modalité est B :

- si la personne se couche seule, mais ne se lève pas seule ou inversement ;
- si le transfert lit/fauteuil est effectué, mais pas le transfert assis/debout.

8. Déplacements à l'intérieur de la maison

Au domicile, le lieu de vie comporte les pièces habituelles ainsi que les locaux de service (local poubelles, hall où se trouvent les boîtes aux lettres...).

L'utilisation par la personne seule de cannes, déambulateur ou d'un fauteuil roulant peut lui permettre d'être B voire A.

Questions à se poser :

Le déplacement est-il effectif dans toutes les pièces de la maison ?

Dans le cas d'une personne en fauteuil roulant, le manipule-t-elle seule ?

La maison comporte-t-elle un escalier ?

Exemples :

La modalité est C si la personne n'effectue pas seule ses déplacements.

La modalité est B :

- si la personne manipule seule son fauteuil roulant mais n'accède pas à toutes les pièces ;
- si le déplacement n'a lieu que dans certaines pièces de la maison, par exemple lorsque la personne se déplace dans sa chambre mais ne descend pas l'escalier qui dessert la cuisine.

NB. Les variables suivantes : déplacements à l'extérieur, communication à distance et celles illustrant la perte d'autonomie domestique et sociale ne sont pas recueillies dans cette étude.

SOINS TECHNIQUES INFIRMIERS

Annexe I - 6

	Coefficient 1	Coefficient 4	Coefficient 10	Coefficient 20
Soins techniques	<p style="text-align: center;">Prédominance de SOINS LEGERS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prélèvement ou injection (de 1 à 2 par 24 h) - Surveillance des constantes (< 3 fois/24 h) - Médicaments per os : distribution <u>et</u> aide de la prise - Sondage vésical évacuateur simple chez la femme - Pose de Holter - Soins de bouche - Instillation oculaire - Lavage d'oreilles - Pose de stimulateur électrique musculaire ou antalgique - pansement simple 	<p style="text-align: center;">Prédominance de SOINS COURTS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trachéotomie chronique - Prélèvement répété (>4/24 h) - Injections répétées (de 4/24 h) - Perfusion simple. - Cathétérisme veineux. - Surveillance des constantes (4 à 8 fois/24 h) - Surveillance de drains. - Surveillance de sondes. - Surveillance d'irrigation. - Aérosols. - E.C.G. - Soins post-opératoires - Aide pour ponction - biopsie. - Soins de bouche complexes (difficulté d'ouverture de la bouche, risque de fausse route) - Pose de sonde naso-gastrique (tubage, aspiration gastrique, alimentation...) - Pose d'une sonde vésicale à demeure, homme et femme. - Sondage vésical évacuateur difficile chez homme ou femme (obésité, spasticité.....) - Aide à la prise des médicaments chez un patient difficile (traitement hypertenseur.....) - Prélèvements chez l'enfant. - Surveillance d'appareillage cystocath et réthrotomie. - Evaluation du résidu (échographie post mictionnelle) - Pose et surveillance d'attelles de posture d'orthèses ou prothèses simples - Soins périnéaux (irrigation vaginale...) - Lavage de vessie. 	<p style="text-align: center;">Prédominance de SOINS LOURDS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Irrigation continue - Cathétérisme cardiaque. - Trachéotomie. - Plasmaphérese. - Ponction complexe. - Pansement complexe. - Extension pour fracture. - Installation et surveillance de patients dépendants d'assistance respiratoire. - Sondage vésical intermittent (2 à 3 fois/j) - Sondage naso-gastrique < 4 fois/j) - Aide à la réalisation d'exams complexes (E.E.G., fibroscopie, potentiels évoqués, ponction pleurale...) - Pose de produits sanguins. - Pose de chimiothérapie (générale et régionale) et surveillance. - Pansements complexes (ulcère variqueux banal, plaie chirurgicale avec drains...) - Pose d'attelles de posture mise en place orthèses ou prothèses complexes répétées et surveillance - Lavages de vessies répétés. <p style="text-align: center;">SOINS LEGERS ET COURTS REPETES</p> <p style="text-align: center;">Surveillance des constantes (>8fois/24 h) Injections répétées (>6fois/24 h)</p> 	<p style="text-align: center;">Prédominance de SOINS TRES LOURDS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perfusion lourde + diurèse + surveillance des constantes toutes les heures Monitoring - Pansements lourds et très répétés. (+ 3 fois/24 h). (soins des brûlés, décapage mécanique d'escarres importantes...) - Assistance respiratoire avec aspiration trachéale répétée. - Surveillance intensive et constante toutes les heures et Monitoring. - Sondages urinaires répétés >3 fois. - Rééducation mictionnelle. - Soins liés à la sexualité.

SOINS DE NURSING

AIDE DELIVREE POUR CONTINENCE ET USAGE DES WC

Se rendre et revenir des toilettes, utiliser la cuvette des WC, effectuer les soins d'hygiène et ajuster les vêtements.

- 1 - Surveillance et/ou aide minime ou nulle
- 2 - Surveillance et/ou aide continue, ou aide totale chez malade incontinent ou non n'utilisant pas les WC (y compris les patients porteurs d'une couche).
- 3 - Accompagnement aux toilettes plusieurs fois par jour selon des horaires précis d'un incontinent urinaire et/ou fécal.

ALIMENTATION

- 1 - Surveillance et/ou aide minime ou nulle.
- 2 - Surveillance et/ou aide continue (mais usage possible fourchette + couteau).
- 3 - Nourriture à la cuillère par un tiers.
- 4 - Alimentation entérale ou parentérale.

MOBILITE

Aide délivrée pour changer de position, se coucher et se lever du lit, s'asseoir et se relever d'une chaise, rester debout.

- 1 - Surveillance et/ou aide minime ou nulle.
- 2 - Surveillance continue ou aide continue d'une seule personne.
- 3 - Aide continue de deux personnes ou aide pour un patient totalement alité.

Tableau de transcodage proposé

ITEM	CODAGE PMSI - SSR	CODAGE GAIN SSR
Continence	1..... 1	
	2..... 1	
	3..... 1	
	4..... 2	si couche ou sonde
	4..... 3	si accompagnement
Alimentation	1..... 1	
	2..... 1	
	3..... 3	si cuiller
	3..... 4	si parentérale partielle
	4..... 3	si cuiller
	4..... 4	parentérale totale ou gavage
Mobilité locomotion	1..... 1	
	2..... 1	
	3..... 2	si surveillance continue
	4..... 2	si aide 1 personne
	4..... 3	si deux personnes

Attention : contrairement à l'échelle GAIN, en PMSI pour le niveau 2, le soignant ne touche pas le patient

Guide de remplissage FICHE SERVICE

Identification : nom du service pratiquant une activité de soins de suite ou de médecine physique et de réadaptation.

Attention : compléter autant de fiches que de services concernés.

Code service : N° d'ordre du service dans l'établissement (01,02,03 etc.)

Nombre de lits installés : Il s'agit du nombre de lits SSR installés dans le service.

Nombre de places installées : Il s'agit du nombre de places SSR installées dans le service.

Nombre de places occupées à 100% : Il s'agit du nombre de venues de l'année 2002 divisé par 365. En cas de modification de capacité au cours de l'année 2002, effectuer une proratisation sur la base de la dernière autorisation.

Personnel

Le recensement des personnels s'effectue par catégorie.

- Personnel médical intervenant dans le service le mois de la coupe
- Personnel non médical (personnel de soins et personnel de rééducation, hors administratif) intervenant dans le service le mois de la coupe
- Personnel médical extérieur intervenant dans le service le mois de la coupe (en cas d'intervention à l'acte, procéder à une évaluation temps)

Le temps des personnels est exprimé en équivalent temps plein (ETP).

Tous les personnels rémunérés sont comptés en effectif, y compris les personnels en congés simples et en formation professionnelle.

Le personnel mis à disposition dans une autre entité est compté dans l'entité qui prend en charge sa rémunération.

Le personnel rémunéré par un syndicat inter-hospitalier est considéré comme rémunéré par l'entité dans laquelle il exerce son activité.

Ne sont pas comptabilisés :

- Les personnels en congés de longue maladie ou de longue durée.
- Les personnels en détachement, en disponibilité, qui ne sont pas rémunérés par l'établissement.
- Les élèves des écoles.

FICHE SERVICE - ACTIVITE SSR

Établissement

N° Finess géographique

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Service

Identification

Code service

--	--

N° d'ordre du service dans l'établissement

Nombre de lits installés

--	--	--	--

Nombre de places installées

--	--	--	--

Nombre de places occupées à 100%

--	--	--	--

(Nombre de venues de l'année 2002 divisé par 365)

Activité :

MPR

Soins de suite

PERSONNEL DE L'ÉTABLISSEMENT INTERVENANT DANS LE SERVICE LE MOIS DE LA COUPE
(effectif réel en ETP)

Personnel médical

Généraliste

--	--	--	--	--	--

Interne

--	--	--	--	--	--

Gérialtre

--	--	--	--	--	--

Autres

--	--	--	--	--	--

Rééducateur (rice)

--	--	--	--	--	--

Personnel non médical (hors administratif)

Aide soignant (e)

--	--	--	--	--	--

Infirmier (e)

--	--	--	--	--	--

Animateur (rice)-moniteur (rice)

--	--	--	--	--	--

Kinésithérapeute

--	--	--	--	--	--

Appareilleur

--	--	--	--	--	--

Moniteur (rice) -éducateur (rice)

--	--	--	--	--	--

ASH

--	--	--	--	--	--

Neuro Psychologue

--	--	--	--	--	--

Assistant (e) social (e)

--	--	--	--	--	--

Orthophoniste

--	--	--	--	--	--

Auxiliaire puériculteur (rice)

--	--	--	--	--	--

Orthoptiste

--	--	--	--	--	--

Cadre Infirmier (e)

--	--	--	--	--	--

Pédicure-Podologue

--	--	--	--	--	--

Diététicien (ne)

--	--	--	--	--	--

Psychomotricien (ne)

--	--	--	--	--	--

Éducateur (rice) spécialisé (e)

--	--	--	--	--	--

Psychologue

--	--	--	--	--	--

Éducateur (rice) sportif (ve)

--	--	--	--	--	--

Puériculteur (rice)

--	--	--	--	--	--

Ergothérapeute

--	--	--	--	--	--

Autres

--	--	--	--	--	--

PERSONNEL MÉDICAL EXTÉRIEUR INTERVENANT DANS LE SERVICE LE MOIS DE LA COUPE *
(effectif réel en ETP)

Médecine générale	□ □ □ □ □	Oto rhino laryngologie	□ □ □ □ □
Anesthésiste réanimation	□ □ □ □ □	Pédiatrie	□ □ □ □ □
Appareil digestif	□ □ □ □ □	Pneumologie	□ □ □ □ □
Cardiologie	□ □ □ □ □	Psychiatrie	□ □ □ □ □
Chirurgie	□ □ □ □ □	Rééducation réadaptation	□ □ □ □ □
Chirurgie orthopédique	□ □ □ □ □	Rhumathologie	□ □ □ □ □
Chirurgien dentiste	□ □ □ □ □	Stomatologie	□ □ □ □ □
Dermato vénéréologie	□ □ □ □ □	Urologie	□ □ □ □ □
Electroradiologie	□ □ □ □ □	Acupuncture	□ □ □ □ □
Endocrinologie	□ □ □ □ □	Homéopathie	□ □ □ □ □
Gynécologie obstétrique	□ □ □ □ □	Thermalisme	□ □ □ □ □
Médecine interne	□ □ □ □ □	Allergologie	□ □ □ □ □
Néphrologie	□ □ □ □ □	Angéiologie	□ □ □ □ □
Neurochirurgie	□ □ □ □ □	Echographie	□ □ □ □ □
Neurologie	□ □ □ □ □	Phlébologie	□ □ □ □ □
Neuropsychiatrie	□ □ □ □ □	Médecine nucléaire (in vivo)	□ □ □ □ □
Ophtalmologie	□ □ □ □ □	Laboratoire d'analyse médicales	□ □ □ □ □

* Les personnels concernés sont vacataires

Guide de remplissage FICHE STRUCTURE

Identification : Nom de l'établissement en clair.

Nombre de lits installés : Il s'agit du nombre de lits SSR installés dans l'établissement. Ce chiffre doit être égal au total des lits installés dans les services.

Nombre de places installées : Il s'agit du nombre de places SSR installées dans l'établissement. Ce chiffre doit être égal au total des places installées dans les services.

Nombre de places occupées à 100% : Il s'agit du nombre de venues de l'année 2002 divisé par 365. En cas de modification de capacité au cours de l'année 2002, effectuer une proratisation sur la base de la dernière autorisation.

Personnel

Le recensement des personnels s'effectue par catégorie.

- Personnel médical intervenant dans la structure le mois de la coupe
- Personnel non médical (personnel de soins et personnel de rééducation, hors administratif) intervenant dans la structure le mois de la coupe
- Personnel médical extérieur intervenant dans la structure le mois de la coupe (en cas d'intervention à l'acte, procéder à une évaluation temps)

Le temps des personnels est exprimé en équivalent temps plein (ETP).

Tous les personnels rémunérés sont comptés en effectif, y compris les personnels en congés simples et en formation professionnelle.

Le personnel mis à disposition dans une autre entité est compté dans l'entité qui prend en charge sa rémunération.

Le personnel rémunéré par un syndicat inter-hospitalier est considéré comme rémunéré par l'entité dans laquelle il exerce son activité.

Ne sont pas comptabilisés :

- Les personnels en congés de longue maladie ou de longue durée.
- Les personnels en détachement, en disponibilité, qui ne sont pas rémunérés par l'établissement.
- Les élèves des écoles.

FICHE STRUCTURE - ACTIVITE SSR

Établissement

N° Finess géographique

Identification _____

Statut juridique : Public Privé Privé PSPH

Mode de financement : Dotation globale OQN

Nombre de lits installés

Nombre de places installées

Nombre de places occupées à 100% (Nombre de venues de l'année 2002 divisé par 365)

PERSONNEL DE L'ÉTABLISSEMENT INTERVENANT DANS LA STRUCTURE LE MOIS DE LA COUPE (effectif réel en ETP)

Personnel médical

Généraliste	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Interne	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Gériatre	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Autres	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Rééducateur (rice)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>		

Personnel non médical (hors administratif)

Aide soignant (e)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Infirmier (e)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Animateur (rice)-moniteur (rice)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Kinésithérapeute	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Appareilleur	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Moniteur (rice) -éducateur (rice)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
ASH	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Neuro Psychologue	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Assistant (e) social (e)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Orthophoniste	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Auxiliaire puériculteur (rice)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Orthoptiste	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Cadre Infirmier (e)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Pédicure-Podologue	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Diététicien (ne)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Psychomotricien (ne)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Éducateur (rice) spécialisé (e)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Psychologue	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Éducateur (rice) sportif (ve)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Puériculteur (rice)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Ergothérapeute	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Autres	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>

PERSONNEL MÉDICAL EXTÉRIEUR INTERVENANT DANS LA STRUCTURE LE MOIS DE LA COUPE *
(effectif réel en ETP)

Médecine générale	□ □ □ □ □	Oto rhino laryngologie	□ □ □ □ □
Anesthésiste réanimation	□ □ □ □ □	Pédiatrie	□ □ □ □ □
Appareil digestif	□ □ □ □ □	Pneumologie	□ □ □ □ □
Cardiologie	□ □ □ □ □	Psychiatrie	□ □ □ □ □
Chirurgie	□ □ □ □ □	Rééducation réadaptation	□ □ □ □ □
Chirurgie orthopédique	□ □ □ □ □	Rhumathologie	□ □ □ □ □
Chirurgien dentiste	□ □ □ □ □	Stomatologie	□ □ □ □ □
Dermato vénéréologie	□ □ □ □ □	Urologie	□ □ □ □ □
Electroradiologie	□ □ □ □ □	Acupuncture	□ □ □ □ □
Endocrinologie	□ □ □ □ □	Homéopathie	□ □ □ □ □
Gynécologie obstétrique	□ □ □ □ □	Thermalisme	□ □ □ □ □
Médecine interne	□ □ □ □ □	Allergologie	□ □ □ □ □
Néphrologie	□ □ □ □ □	Angéiologie	□ □ □ □ □
Neurochirurgie	□ □ □ □ □	Echographie	□ □ □ □ □
Neurologie	□ □ □ □ □	Phlébologie	□ □ □ □ □
Neuropsychiatrie	□ □ □ □ □	Médecine nucléaire (in vivo)	□ □ □ □ □
Ophtalmologie	□ □ □ □ □	Laboratoire d'analyse médicales	□ □ □ □ □

* Les personnels concernés sont vacataires

GUIDE DE REMPLISSAGE

Fiche Hospitalisation complète

2. N° Echelon

44 -1, 44 -2, 49 -1, 49 -2, 53 -1, 72 -1, 85-1.

4. Code service

Un code service sera affecté à chaque service par le médecin-conseil : 01, 02, 03.....

Ce code service sera mentionné sur la "fiche service" par le médecin-conseil avant que cette dernière soit adressée à l'établissement au début septembre 2003. Il permettra de relier les données du personnel aux données d'activité.

5. N° séquentiel de fiche

à déterminer au moment de la saisie

6. Activité

Les soins de suite et réadaptation (SSR) recouvrent deux entités : la Médecine Physique et de Réadaptation ou MPR (anciennement réadaptation fonctionnelle) et les soins de suite.

On notera l'activité selon l'autorisation (au niveau des capacités autorisées à la carte sanitaire, il est fait la distinction entre réadaptation fonctionnelle = MPR et soins de suite).

Dans les établissements disposant des deux activités, on notera l'activité du service où est hospitalisé le patient au jour de la coupe, sauf si un transfert entre MPR et soins de suite (et vice versa) est intervenu dans les 7 jours précédents. Dans ce cas, on notera la « discipline » totalisant le plus de jours sur les 7 jours précédant la coupe.

S'il n'y a pas d'identification des lits de soins de suite et de MPR, on notera la « discipline » dans laquelle le patient est compté administrativement.

9. Environnement social

- seul entouré : signifie que le patient vit seul mais a de la famille à proximité qui l'entoure effectivement.
- en couple : on ne choisira pas cette modalité si le patient vit avec un conjoint malade ou handicapé dont il est habituellement l'aidant; dans ce cas on répondra par "1" à cet item.
- accueilli : signifie que le patient est hébergé chez ses enfants ou par une famille d'accueil.

9 bis. Avec aide

avec aidant rémunéré : aide ménagère, auxiliaire de vie, auxiliaire de vie sociale, famille rémunérée (majoration tierce personne ou allocation compensatrice)...

Cet item permet de savoir si une aide existait avant une hospitalisation.

9 ter. Information obtenue auprès du malade

Cet item est destiné à préciser si l'information portant sur l'environnement social du malade est connue ou pas du personnel et s'il a été nécessaire de la rechercher auprès du malade. En effet le bilan d'entrée devrait comporter une estimation des orientations de sortie possibles, qui inclue une appréhension de cet environnement social.

11. Date d'entrée

Il s'agit de la date de début de prise en charge dans la structure. On ne tiendra pas compte d'éventuelles interruptions administratives de séjour pour permissions.

12. Provenance

- foyer logement : hébergement sans médicalisation, c'est un substitut de domicile.
- si code 1 ou 2 remplir l'item 12 bis, avec aide : il s'agit de toutes les formes d'aide permettant d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation :
 - . aidant rémunéré,
 - . avec soins infirmiers : comprend les soins distribués par une infirmière et ceux donnés par les aides soignantes dans le cadre des SSIAD, par délégation de l'infirmière coordonnatrice du SSIAD.
 - . inconnu : le fait qu'un service ne sache pas comment vivait la personne hospitalisée en SSR avant son arrivée peut être indicatif.

14. Motif d'admission

Il s'agit du motif figurant dans le dossier. Il ne préjuge pas de l'avis du médecin-conseil quant à l'adéquation.

Réponse 1 2 et 3 : correspondent à la suite d'1 épisode aigu récent.

Réponse 2 : traumatologie non opérée sera mentionnée séparément des motifs chirurgicaux et médicaux.

Réponse 4 : correspond aux hospitalisations pour "coupure" d'avec le milieu habituel.

Réponse 5 : absence temporaire de l'aidant habituel : ce motif d'admission correspond aux hospitalisations motivées par une défection de l'aidant habituel lui-même hospitalisé, en congé annuel...

Réponse 8 suivie d'une pathologie chronique : ne sera utilisée que pour les entrées à partir du domicile pour rééducation d'une pathologie chronique (ex : hémiplegie ou paraplégie anciennes, SEP...)

On peut être amené à choisir 2 motifs d'admission. On les inscrira alors tous les 2, sans les additionner ; ainsi, une suite d'intervention chirurgicale cumulée à l'absence temporaire de l'aidant habituel sera :

1

5

S'il existe plus de 2 motifs d'admission on privilégiera les 2 motifs les plus explicatifs du placement en SSR.

15. Diagnostic

On codera le diagnostic de l'affection à l'origine du séjour par référence au libellé des chapitres de la CIM (cf. *annexe 4*), c'est à dire avec un niveau de détail très faible, à l'exception des affections neurologiques et ostéo-articulaires qui sont plus détaillées.

On indiquera en clair le diagnostic précis, ce qui est plus agréable pour un médecin et peut permettre d'expliquer ultérieurement certains constats.

15 bis.

Cet item permet l'identification des états végétatifs chroniques (EVC) ou pauci relationnels (EPR), pris en charge dans des services de SSR, notion particulièrement utile dans le contexte de la circulaire du 3 mai 2002, à mettre en œuvre et de la préparation du SROS.

16. Perte d'autonomie

Le GIRAGE actualisé la veille de la coupe devrait être mis à la disposition du médecin-conseil (le résultat peut être sensiblement différent du GIR à l'entrée qui figure souvent dans les dossiers)

Si la fiche est établie après la sortie du patient, le GIRAGE à la date retenue pour la coupe (30 septembre 2003, date unique pour tous les services de la région) sera reconstitué avec l'aide du personnel soignant.

On attribue à chacune des variables l'une des trois modalités :

- A = fait seul, totalement, habituellement et correctement
- B = fait partiellement ou non, habituellement ou non correctement
- C = ne fait pas.

Remarque : la notion « seul » correspond à spontanément seul. Elle suppose qu'il n'est besoin, ni d'incitation ni de stimulation de la part d'un tiers (cf. guide de remplissage de la grille nationale AGGIR en *annexe 5*).

La détermination du GIR est faite ensuite dans chaque échelon en utilisant le logiciel Galaad. Seule la valeur du score final fera l'objet d'une saisie informatique.

17. Soins techniques infirmiers

Cotés de 0 (absence de soins) à 20, selon la grille SIIPS figurant en *annexe 6*.

On cotera les soins en fonction du soin le plus lourd effectué pendant les 7 jours précédant la coupe (ou pour les soins à venir pour les entrants).

A propos des pansements, la conseillère technique régionale de la Drass fournit les précisions suivantes:

- *pansement simple : nettoyage antiseptique suivi ou non de pose d'un pansement sec = Coefficient 1 soins légers,*
- *soins post-opératoires, ablation de fils, nettoyage antiseptique avec pose de tulle gras, nettoyage plaie suintante = Coefficient 4 soins courts,*
- *pansements complexes : ulcère variqueux banal, plaie chirurgicale avec drains..... = Coefficient 10 soins lourds.*

18. Nursing

Il s'agit de quantifier la lourdeur des soins de nursing selon l'échelle utilisée lors de l'enquête GAIN (ADL – cf *annexe 7*).

Pour éviter de solliciter l'équipe soignante, on utilisera les variables recueillies pour le PMSI et appliquera les critères de transcodage qui suivent.

Rappelons en préalable, que le codage ADL propose 3 ou 4 niveaux selon les items, alors que le codage PMSI propose toujours quatre choix :

- 1 Indépendance complète
- 2 Avec supervision ou arrangement (*le soignant ne touche pas le patient*)
- 3 Avec aide partielle
- 4 Avec aide totale

On utilisera le tableau de transcodage proposé en *annexe 8*.

Rééducation-réadaptation

Il s'agit de recueillir les temps de rééducation en minutes/semaine, tels que comptabilisés pour le PMSI :

19. Temps individuel total /semaine

Rappelons qu'en PMSI le temps hebdomadaire n'est pas saisi par intervenant mais par type de rééducation, quels que soient le ou les intervenants qui la délivrent.

Toutes les indications mentionnées sur le résumé hebdomadaire standardisé (RHS), dans la rubrique "rééducation réadaptation" seront additionnées pour constituer le temps individuel total de la semaine, à l'exclusion de l'item rééducation collective.

20. Rééducation collective

L'information est saisie à part, cette donnée doit figurer sur le RHS du PMSI. Si elle est absente coder 9999.

Temps global

Il est la somme du temps individuel et du temps collectif, le calcul sera effectué automatiquement par l'ordinateur.

Il n'est recueilli ici par le médecin enquêteur que pour souligner l'absence ou l'insuffisance de recueil de données de rééducation collective.

21. Intervenants auprès du malade

On répondra, pour chaque type d'intervenants par oui (1) ou non (2) à l'existence d'une intervention **au moins 1 fois dans la semaine écoulée** (*ou à venir, pour les entrants*).

22. Adéquation

réponse 6: le malade relève du secteur médico-social lorsque sa maladie chronique est devenue un handicap stabilisé, lui laissant une importante perte d'autonomie.

réponses 8 et 9 : un patient hospitalisé en soins de suite peut relever de MPR (nécessité d'une intensité de rééducation plus importante et d'intervenants inexistants en soins de suite). A l'inverse, un patient hospitalisé en MPR peut avoir peu de rééducation et beaucoup de soins infirmiers et relever de soins de suite.

Les critères de la profession différenciant les 2 activités sont les suivants, pour la MPR :

- à partir de deux interventions spécialisées par jour, ou
- rééducation > à une heure par jour,

avec surveillance et coordination médicale ainsi que recours à un plateau technique spécialisé.

Réponse 11 : l'hébergement temporaire peut être nécessité par l'indisponibilité de l'aidant naturel ou professionnel, qui nécessite la prise en charge du malade peu autonome, Pour mémoire l'hébergement temporaire peut se faire en maison de retraite ou en SLD selon le degré de la perte d'autonomie.

réponse 12 - HTP : il s'agit d'hospitalisation à temps partiel en SSR, sans préjuger de la durée de soins requise. Le malade est apte à être hébergé chez lui et à bénéficier d'une réadaptation de jour.

Pour toutes les réponses d'inadéquation au jour de la coupe, le médecin conseil précisera la date à partir de laquelle le malade aurait pu quitter le service, sans prendre en compte le motif

du maintien (attente d'une place, d'un placement ou d'une organisation de retour au domicile.....).

Par différence avec le jour de la coupe transversale, le 30 septembre 2003, pourront être calculés un temps de prise en charge inappropriée et le coût correspondant.

23. Si inadéquation le jour de la coupe

L'hospitalisation est-elle motivée par une simple immobilisation plâtrée, comme:

- poignet dominant immobilisé,
- ou botte plâtrée,

ne nécessitant qu'une injection d'anticoagulant.

Cette question fait l'objet d'un item spécifique car l'étude cherche à préciser l'existence ou non de ce type de recours au SSR et le cas échéant à la mesurer.

Estimation du temps

Dans les structures importantes comportant plusieurs services, il est préférable de réaliser la coupe à plusieurs médecins-conseils, afin de réduire le temps de présence dans l'établissement et le risque de malades déjà sortis.

Il faut compter environ 40 dossiers par jour (à préciser).

Pour une structure de périphérie disposant d'une trentaine de lits (situation de nombreux hôpitaux locaux), on prévoira également une journée compte tenu du trajet.

FICHE MALADE SSR - HOSPITALISATION COMPLETE

1. Date de recueil	<input type="text"/>	2. N° Echelon	<input type="text"/>
3. N° FINESS géographique	<input type="text"/>	4. Code service	<input type="text"/>
5. N° séquentiel de fiche	<input type="text"/>	6. Activité	1 - SS <input type="text"/> 2 - MPR <input type="text"/>
7. Sexe	<input type="text"/> 1 - masculin 2 - féminin		
8. Année de naissance	<input type="text"/>	9. Environnement social	<input type="text"/>
10. Code postal du domicile	<input type="text"/>	1 - seul 2 - seul entouré 3 - en couple 4 - accueilli 5 - institution	} si réponse 1 à 4 remplir 9 bis
11. Date d'entrée	<input type="text"/>	9 bis - avec aidant rémunéré 1 - oui 2 - non	
12. Provenance	<input type="text"/>	9 ter - information par le malade	<input type="text"/>
1 - domicile 2 - foyer logement 3 - maison de retraite ou Ehpad 4 - même établissement sanitaire 5 - autre établissement sanitaire 6 - établissement médico social adulte 7 - établissement médico social enfant 8 - autre	} si code 1 ou 2 remplir item 12 bis } si code 4 ou 5 remplir item 13	12 bis Aide	<input type="text"/>
			1 - avec aidant rémunéré 2 - avec soins infirmiers 3 - avec HAD 4 - sans aide 5 - inconnu
13. Type de service de provenance (si réponse 4 ou 5 à l'item 12)			<input type="text"/>
1 - urgences 2 - MCO 3 - psychiatrie		4 - Ssr 5 - soins longue durée	
14. Motif d'admission (2 choix possibles)			<input type="text"/>
1 - post-chirurgical 2 - traumatisme non opéré 3 - médical 4 - indication d'éloignement du milieu familial 5 - absence temporaire de l'aidant habituel 6 - affection au stade terminal 7 - post-cure alcoolique 8 - rééducation - réadaptation 9 - autre (en clair).....			
15. Diagnostic selon la liste en annexe 4 en clair			<input type="text"/>

15 bis. S'agit-il d'un Etat Végétatif Chronique ou Pauci Relationnel ? 1 - oui 2 - non

16. Perte d'autonomie A : fait totalement seul B : fait partiellement C : ne fait pas au jour de la coupe

cohérence orientation toilette habillage
 alimentation élimination transfert déplacement int.
 GIR (1 à 6)

SOINS RECUS PENDANT 1 SEMAINE DE PRESENCE (soit les 7 jours précédents pour les malades hospitalisés depuis au moins 1 semaine, soit les 7 jours reconstitués avec les soins à venir)

17. Soins techniques infirmiers (coefficient SIIPS)

18. Nursing (transcodage) 1 - oui 2 - non

continence (1 à 3) et usage des wc. alimentation (1 à 4) mobilité (1 à 3)

Rééducation - Réadaptation (PMSI) 1 - oui 2 - non

19. temps individuel total/semaine

20. rééducation collective

temps global

21. Intervenants auprès du malade 1 - oui (au moins une intervention/semaine) 2 - non

kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	orthophonie	<input type="checkbox"/>
ergothérapie	<input type="checkbox"/>	psychomotricité	<input type="checkbox"/>
psychologue	<input type="checkbox"/>	éducateur sportif	<input type="checkbox"/>
assistante sociale	<input type="checkbox"/>	autre	<input type="checkbox"/>

22. Adéquation à l'entrée si non, relevait de

1 - oui 2 - non au jour de la coupe si non, relève de

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------|
| 1 - domicile ou foyer logement | 7 - maison de retraite ou Ehpad |
| 2 - domicile avec aidant rémunéré | 8 - SLD |
| 3 - domicile avec soins infirmiers | 9 - SS |
| 4 - domicile avec rééducation | 10 - MPR |
| 5 - domicile avec HAD | 11 - hébergement temporaire |
| 6 - éts médico social | 12 - H.T.P |

13 - autre (en clair)

à partir de quelle date

23. Si inadéquation, l'hospitalisation est-elle motivée par une simple immobilisation plâtrée et/ou absence d'appui ? 1 - oui 2 - non

2. N° Echelon

44 -1, 44 -2, 49 -1, 49 -2, 53 -1, 72 -1, 85-1.

4. Code service

Un code service sera affecté à chaque service par le médecin-conseil : 01, 02, 03.....

Ce code service sera mentionné sur la "fiche service" par le médecin-conseil avant qu'il l'adresse à l'établissement. Il permettra de relier les données du personnel aux données d'activité.

5. N° séquentiel

A déterminer au moment de la saisie

9. Début de prise en charge

On considèrera une nouvelle prise en charge, après une interruption de plus de deux mois.

10. Adresseur

Réponse 1 : médecin de MPR de l'établissement.

Réponse 2 : patient adressé après consultation d'un médecin généraliste, d'un médecin du travail, d'un spécialiste autre qu'un médecin de MPR de l'établissement ...

11. Motif d'admission

Il s'agit du motif figurant dans le dossier. Il ne préjuge pas de l'avis du médecin-conseil quant à l'adéquation.

Réponses 1, 2 et 3 : correspondent à la suite d'un épisode aigu récent.

Réponse 4, suivi d'une pathologie chronique : sera utilisée pour les entrées à partir du domicile pour rééducation réadaptation d'une pathologie chronique (ex : hémiplegie ou paraplégie anciennes, SEP...) ou pour les enfants atteints de déficience chronique (IMC, myopathie...).

On peut être amené à choisir 2 motifs d'admission. On les inscrira alors tous les 2, sans les additionner

12. Diagnostic

On codera le diagnostic de l'affection à l'origine du séjour par référence au libellé des chapitres de la CIM (cf. *annexe 4*).

On indiquera en clair le diagnostic précis, l'information ne fera pas l'objet d'une saisie.

13. Soins technique infirmiers

Cotés de 0 (absence de soins) à 20, selon la grille SIIPS figurant en *annexe 6*.

On cotera les soins en fonctions du soin le plus lourd effectué pendant les 7 jours précédant la coupe (ou pour les soins à venir pour les entrants).

Rééducation-réadaptation

Il s'agit de recueillir les temps de rééducation en minutes/semaine, telle que comptabilisés pour le PMSI.

14. Temps individuel total /semaine

Rappelons qu'en PMSI le temps hebdomadaire n'est pas saisi par intervenant mais par type de rééducation, quels que soient le ou les intervenants qui la délivrent.

Toutes les indications mentionnées sur le résumé hebdomadaire standardisé (RHS), dans la rubrique "rééducation réadaptation" seront additionnées pour constituer le temps individuel total de la semaine, à l'exclusion de l'item rééducation collective.

15. Rééducation collective

L'information est saisie à part, cette donnée doit figurer sur le RHS du PMSI. Si elle est absente coder 9999.

Temps global

Il est la somme du temps individuel et du temps collectif, le calcul sera effectué automatiquement par l'ordinateur.

Il n'est recueilli ici par le médecin enquêteur que pour souligner l'absence ou l'insuffisance de recueil de données de rééducation collective.

16. Intervenants auprès des malades

On répondra, pour chaque type d'intervenants par oui (1) ou non (2) à l'existence d'une intervention **au moins 1 fois dans la semaine écoulée** (*ou à venir, pour les entrants*).

17. Nombre de venues

Au cours de la semaine précédant la coupe : noter le nombre de venues de la semaine.

18. Adéquation à une prise en charge en HTP

Les soins reçus, doivent répondre à au moins un des critères régionaux de prise en charge en HTP :

- Soins de rééducation pendant plus de 2 h par venue,
- Recours à un plateau technique spécialisé,
- Prise en charge multidisciplinaire.

On cochera les critères présents pour chaque malade.

S'il y a eu plusieurs venues dans la semaine précédant la coupe, pour déterminer que la durée de rééducation-réadaptation est supérieure à 2 heures à chaque venue, faire la moyenne des venues de la semaine.

S'il y a inadéquation, le patient peut relever :

Soit de soins de ville : item 19

- soins trop légers réalisables en ville chez l'adulte (ex S.E.P.) séquelles d'AVC ou chez l'enfant,
- handicaps lourds chronicisés ne relevant plus d'une rééducation active mais seulement de soins d'entretien réalisables en ville (ex SEP, séquelles d'AVC...)

GUIDE DE REMPLISSAGE

Fiche Hospitalisation à temps partiel

Annexe I - 15

Soit de prise en charge en structure médico sociale : item 20

Il s'agit généralement d'**enfants ou adolescents handicapés**, qui selon l'équipe de soins (qu'il ne faudra pas hésiter à interroger) pourraient bénéficier d'une prise en charge plus globale, ré-éducative, scolaire, éducative par un service d'éducation et de soins spécialisés à domicile (SESSAD) ou dans un établissement (en externat ou en internat d'un établissement médico-éducatif) mais qui sont maintenus en HTP en attente de place dans les structures adéquates.

21. à partir de quelle date : pour toutes les réponses d'inadéquation au jour de la coupe, le médecin conseil précisera la date à partir de laquelle le malade aurait pu quitter le service, sans prendre en compte le motif du maintien (attente d'une place, d'un placement ou d'une organisation de retour au domicile...).

FICHE MALADE "SSR" HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL

1. Date de recueil 2. N° Echelon

3. N° FINESS 4. Code service
géographique

5. N° séquentiel de fiche

6. Sexe 1 - masculin
 2 - féminin

7. Année de naissance

8. Code postal du domicile

9. Date de début de prise en charge

10. Adresseur

- 1 - médecin de MPR de l'établissement
- 2 - autre médecin
- 3 - court séjour
- 4 - SSR

11. Motif d'admission

- 1 - post-chirurgical
- 2 - traumatisme non opéré
- 3 - médical
- 4 - suivi d'une pathologie chronique
- 5 - alcoologie

12. Diagnostic *Annexe 4*

en clair

SOINS RECUS PENDANT 1 SEMAINE DE PRESENCE (soit les 7 jours précédents pour les malades pris en charge depuis au moins 1 semaine, soit les 7 jours reconstitués avec les soins à venir)

13. Soins techniques infirmiers (coefficient SIIPS)

Rééducation - Réadaptation (PMSI) 1 - oui 2 - non

14. temps individuel total/semaine

15. rééducation collective

temps global

16. Intervenants auprès du malade 1 - oui (au moins une intervention/semaine) 2 - non

kinésithérapie orthophonie

ergothérapie psychomotricité

psychologue éducateur sportif

assistante sociale autre

17. Nombre de venues la semaine précédente (ou soins prévus)

18. Adéquation au jour de la coupe critères régionaux : cocher les critères présents
1 - oui 2 - non

si non remplir item 19 ou 20 . > 2h par venue

et l'item 21 . recours à un plateau technique spécialisé

. prise en charge multidisciplinaire

19. relève de soins de ville 1 - kinésithérapie
2 - ergothérapie
3 - orthophonie
4 - autre

20. relève d'une structure médico-sociale 1 - oui 2 - non
(handicap stabilisé)

21. à partir de quelle date