



EHESP

Directeur d'Hôpital

Promotion : **2008-2010**

Date du Jury : **Décembre 2009**

**L'amélioration de la filière des soins
de suite et de réadaptation comme
levier de l'optimisation qualitative de
l'offre de soins : mise en œuvre d'une
coordination sur le territoire de la
Vienne**

Frédéric LUTZ

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Monsieur Renaud BEGUE, Directeur Campus Santé et directeur référent du pôle de Gériatrie et du pôle Femme-Mère-Enfant du CHU de Poitiers, pour m'avoir aidé dans le choix de ce sujet de mémoire et pour son accompagnement et sa disponibilité, ainsi que Mademoiselle Clarisse MENAGER, Directrice Stratégie Territoire du même établissement pour ses conseils avisés et le temps qu'elle a pu consacrer à m'accompagner dans ce mémoire.

J'adresse également mes remerciements à mon maître de stage hospitalier, Valérie ASTRUC, Directrice du Personnel Médical du CHU de Poitiers, à Monsieur Jean-Pierre DEWITTE, Directeur Général et à toute l'équipe de direction pour leur accueil et leur disponibilité tout au long du stage.

Je tiens à remercier en outre Madame Christelle ROUTELOUS, pour avoir accepté d'être mon encadrant mémoire et m'avoir donné accès dans ce cadre à des travaux de recherches sur l'organisation des soins.

Mes remerciements vont également à tous ceux qui ont accepté de m'accorder un entretien en particulier Monsieur Angel FERNANDEZ, Directeur de l'Hôpital local de Lusignan, Monsieur Florian JAZERON, Directeur du CH de Saint-Jean-d'Angély et Monsieur le Professeur KEMOUN, Chef du service de Médecine Physique et Réadaptation du CHU de Poitiers.

Enfin, que tous mes proches qui ont su faire preuve de compréhension pendant ce travail soient remerciés.

Sommaire

Introduction	1
1 La mise en œuvre d'une coordination des SSR : la réponse à un besoin territorial	5
1.1 Une réforme nationale visant à la construction d'une véritable filière de prise en charge	5
1.1.1 Une prise en charge à la fois globale et graduée du patient.....	5
1.1.2 Une mise en place de coordinations des SSR recommandée dans le cadre d'un dispositif visant à fluidifier le parcours du patient.....	8
1.2 Une offre de soins à développer en Poitou-Charentes mais risquant d'être fragilisé par la démographie médicale.....	10
1.2.1 Une offre de soins légèrement insuffisante dans la région et dans le territoire ...	11
1.2.2 Une démographie médicale fragile	13
1.3 La nécessité d'une meilleure coordination et d'une meilleure fluidification des parcours des patients	16
1.3.1 Une hétérogénéité et un manque de lisibilité de l'offre de soins à l'origine d'orientations inadaptées.....	16
1.3.2 Un manque de fluidité des transferts entre le court-séjour et les SSR	18
2 La mise en œuvre de la coordination dans la Vienne : une appropriation d'un modèle existant par les acteurs locaux.....	21
2.1 L'objectif régional : la mise en place d'une coordination régionale appuyée sur un système d'information	22
2.1.1 Une véritable coordination régionale à partir de coordinations territoriales	22
2.1.2 Un système d'information régional de gestion des SSR intégré dans le projet régional d'échange d'information entre les acteurs de santé	23
2.2 Un modèle de coordination transposable : les coordinations de la région Rhône-Alpes.....	26
2.2.1 Les coordinations de la région Rhône-Alpes : des modèles aboutis de coordinations territoriales SSR	26
2.2.2 L'outil Trajectoire : un outil « clés en mains »	27
2.2.3 La coordination Rhône-Réadaptation, vers un modèle de réseau de soins intégrés ?	30
2.2.4 D'autres modèles de coordination à analyser.....	31

2.3	Proposition de méthodologie de déploiement visant à emporter l'adhésion des acteurs	35
2.3.1	La nécessité d'une implication des acteurs locaux.....	36
2.3.2	Proposition d'un pilotage du projet assurant une intégration normative des acteurs locaux	38
2.3.3	La nécessité d'un investissement fort de l'Agence Régionale.....	40
3	Les conditions d'une optimisation qualitative de l'offre de soins dans un contexte financier incertain	41
3.1	Une optimisation de l'offre de soins induite par le passage au financement à l'activité	42
3.1.1	Un modèle de financement encore incertain	42
3.1.2	L'impact du modèle envisagé : une menace mais aussi une opportunité de restructuration de l'offre de soins	45
3.2	Une optimisation de l'offre de soins au niveau régional nécessitant une concertation par territoire	47
3.2.1	Un renforcement d'une offre de soins graduée	47
3.2.2	La nécessité d'une réflexion par territoire sur l'optimisation de l'offre de soins....	48
3.3	Préconisations pour un décloisonnement entre acteurs : vers un système de soins intégrés	49
3.3.1	Étendre la coordination avec les structures et les soins d'aval	50
3.3.2	Développer les alternatives à l'hospitalisation.....	51
3.3.3	Insérer les hôpitaux dans des filières de soins complètes	54
	Conclusion	57
	Sources et bibliographie	59
	Liste des annexes	I
	Annexe 1 : Liste des personnes interrogées dans le cadre de la rédaction du mémoire	II
	Annexe 2 : Carte des territoires de santé de proximité de la région Poitou-Charentes	III
	Annexe 3 : Carte des territoires de santé de recours de la région Poitou-Charentes	IV

Liste des sigles utilisés

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

ATIH : Agence Technique d'Information sur l'Hospitalisation

CdARR : Catalogue des Actes de Rééducation-Réadaptation

CH : Centre Hospitalier

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CORIM : Collège Régional de l'Information Médicale

DAF : Dotation Annuelle de Financement

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DOM : Département d'Outre-Mer

DPPR : Dossier Patient Réparti Régional

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ETP : Equivalent Temps Plein

EVC : Etat Végétatif Chronique

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FEDMER : Fédération Française de Médecine Physique et de Réadaptation

FHF : Fédération Hospitalière de France

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GHJ : Groupe Homogène de Journées

GHM : Groupe Homogène de Malades

GIR : Groupe Iso-Ressources

GMD : Groupe de Morbidités Dominantes

HAD : Hospitalisation À Domicile

HCL : Hospices Civils de Lyon

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IRDES : Institut de Recherche et de Documentation Économique en Santé
IVA : Indice de Valorisation de l'Activité

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
MECS : Maison d'Enfant à Caractère Sanitaire
MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

ORUPACA : Observatoire Régional des Urgences de Provence-Alpes-Côte-d'Azur
OURAL : Observatoire des Urgences Rhône-Alpes

PEPS : Plateforme d'Echange pour les Professionnels de Santé
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations
PMT : Projet Médical de Territoire

RHS : Résumé Hebdomadaire Standardisé
ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources
RRF : Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles

SAE : Statistique Annuelle des Établissements (de santé)
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SROS III : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de troisième génération
SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
STIC : Serveur Télématique d'Identités Commune

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

Les soins de suite et de réadaptation ou SSR ont pour objet la prise en charge de patients dont l'état de santé nécessite la prolongation de soins et un retour à l'autonomie, notamment après la phase aiguë d'une pathologie médicale ou chirurgicale récente ou après un accident évolutif récent d'une affection chronique.

Les soins de suite et de réadaptation se situent donc à l'interface entre soins de courte durée et retour à domicile ou unités de soins de longue durée ou secteur médico-social. De ce fait, le champ des soins de suite et de réadaptation représente un secteur stratégique de l'offre de soins. Il représente en outre un secteur important puisqu'il concerne 1 760 établissements¹, publics et privés à but lucratif et non lucratif, et regroupe environ 100 000 lits et places.

Ce secteur « connaît un développement continu, compte tenu des besoins de soins liés aux maladies chroniques, aux événements de santé invalidants et au vieillissement de la population. Cette offre est également de plus en plus sollicitée du fait de la diminution des durées moyennes de séjour dans le champ MCO notamment du fait de la T2A au profit de prises en charge de plus en plus techniques. Pour toutes ces raisons, l'activité de SSR peut constituer une voie d'évolution d'activité pour les établissements appelés à s'engager dans une opération de restructuration de leurs services aigus et/ ou de regroupement des plateaux techniques. »²

« C'est également un secteur qui connaît des difficultés structurelles : l'offre de soins est souvent peu lisible, elle est parfois inadaptée, le niveau de ressources mobilisées est souvent insuffisant. »³ En outre, selon les projections de la FEDMER⁴, les effectifs nationaux des médecins spécialistes en médecine physique et réadaptation devraient s'effondrer dans les prochaines années pour passer de 1 800 aujourd'hui à environ 700 praticiens aux alentours de 2025⁵.

¹ STATISTIQUES ANNUELLES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ, 2007.

² Circulaire n° DHOS/01/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n°2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation.

³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA SOLIDARITÉ, 2006, *Synthèse des recommandations du groupe de travail sur les soins de suite et de réadaptation*. 78 p.

⁴ Fédération Française de Médecine Physique et de Réadaptation.

⁵ FEDMER, 2009, *Médecine physique et réadaptation : enjeux démographiques de la médecine du handicap*. Disponible sur internet : <http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/DemogrMPR2009.pdf>.

C'est pourquoi, afin de clarifier les missions et l'organisation des soins de suite et de réadaptation, le cadre réglementaire applicable a été redéfini par deux décrets du 17 avril 2008, complétés d'une circulaire d'application en date du 3 octobre 2008. Cette réforme qui modifie les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement avait pour objectif de donner de la lisibilité au secteur d'activité des soins de suite et de réadaptation et d'accompagner le développement du secteur. Dans le cadre de cette réforme⁶, il est prévu la révision des dispositions des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (SROS III) concernant les soins de suite et de réadaptation afin de restructurer cette activité sur les territoires.

Enfin, en vue d'avoir une lisibilité de l'offre et d'améliorer la fluidité et la prise en charge des patients, la circulaire du 3 octobre 2008 préconise la mise en place de coordinations territoriales des SSR. A cet effet, selon le SROS III révisé de la région Poitou-Charentes et conformément aux préconisations de la circulaire du 3 octobre 2008, une coordination des SSR doit être mise en place respectivement sur le territoire de la Vienne et de la Charente Maritime Nord, avec pour objectif le déploiement d'une coordination régionale.

L'amélioration de la coordination des SSR devrait améliorer la fluidité des parcours de patient : il s'agit d'un prérequis à la constitution d'une véritable filière de soins. Toutefois, l'objectif de la réforme est en fin de compte de susciter une véritable restructuration de l'offre, afin de l'adapter au plus près des besoins des patients.

Cette réforme de la structuration de l'activité de soins de suite et de réadaptation se double d'une réforme du financement en cours. En effet, les SSR étaient jusqu'en 2008 financés par dotation globale pour les établissements publics⁷ et les établissements participant au service public hospitalier⁸. Un modèle d'allocation des ressources à l'activité doit être mis en œuvre à l'horizon 2012. Dans l'attente de la construction de ce modèle, il a été mis en place à compter du 1^{er} mars 2009 un modèle intermédiaire de financement modulant la dotation globale sur une fraction de 2% en fonction de l'activité. Les soins de suite et de réadaptation se trouvent donc dans un contexte de financement incertain, avec un risque de restructuration induit par la tarification à l'activité.

⁶ Article 4 du décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.

⁷ Les établissements privés à but lucratif étant financés par prix de journée.

⁸ Cette catégorie juridique d'établissement est remplacée depuis la loi n° 2009-879 du 21 juillet portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires par la catégorie des établissements de santé privés d'intérêt collectif.

Dans ces conditions, en quoi la mise en place d'une coordination des soins est-elle un levier d'amélioration de la filière des soins de suite et de réadaptation sur le territoire de la Vienne ?

Cette question amène plusieurs sous-questions :

- Quels éléments rendent nécessaires la mise en place d'une coordination des SSR sur le territoire de la Vienne ?
- Quelles modalités de mise en œuvre de la coordination des SSR sur le territoire et dans la région de manière à ce qu'elle soit le fondement d'une véritable filière de soins ?
- Quelles sont les conditions complémentaires à la mise en œuvre de la coordination pour optimiser qualitativement l'offre de soins, dans un contexte financier contraignant?

D'un point de vue théorique, on peut rattacher cette réflexion à la réflexion sur les systèmes de soins intégrés développée par plusieurs auteurs. Nous avons vu que les SSR sont placés dans une problématique de devoir répondre au mieux qualitativement et quantitativement aux besoins de la population tout en étant vraisemblablement bientôt placés dans un contexte financier plus contraignant, par une meilleure coordination des soins. Or plusieurs auteurs font de l'intégration des soins une réponse dans ce type de contexte aux besoins de la population et à la nécessité d'une meilleure coordination des soins⁹. L'intégration des soins est définie par ces auteurs comme « le processus consistant à créer et à maintenir, au cours du temps, une gouvernance commune entre des acteurs (et des organisations) autonomes dans le but de coordonner leurs interdépendances pour leur permettre de coopérer à la réalisation d'un projet collectif ». ¹⁰La mise en œuvre de la coordination territoriale dans la Vienne sera donc aussi analysée au regard des conditions de réussite de la coordination des soins et des conditions de constitution d'un réseau de soins intégrés dégagées par la doctrine.

Cette réflexion intéresse également le directeur d'hôpital dans sa pratique professionnelle car elle permet d'aborder des notions incontournables dans l'évolution actuelle de l'environnement encadrant l'activité des établissements publics de santé :

⁹ CONTANDRIOPOULOS A-P., DENIS J-L., TOUATI N., et al., 2001, « Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol.8, n° 2, pp. 38-52. REGIE REGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE, 2001, « Réseau de services intégrés : ses principes, concepts et composantes », 35 p. [20/09], disponible sur internet :

http://www.SANTÉestrie.qc.ca/publication_documentation/documents/reseaux_integres.pdf

¹⁰ CONTANDRIOPOULOS A-P., DENIS J-L., TOUATI N., et al., op. cit.

- Le financement à la tarification à l'activité, qui de fait est un levier de restructuration de l'offre de soins ;
- l'intégration des hôpitaux dans une organisation territoriale des soins, notamment avec la mise en place de Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) mais également avec le renforcement des coopérations entre le secteur public et le secteur privé ;
- le développement des filières de soins, comme prise en charge coordonnée autour du patient.

La principale difficulté rencontrée a été le calendrier de la mise en œuvre du projet de coordination au niveau du territoire de la Vienne, dans la mesure où le projet n'a réellement été lancé que vers le début du mois d'août 2009, pour un déploiement de la coordination prévu début 2010 donnant par conséquent un caractère plus prospectif à ce mémoire qui devait être rendu pour le 30 septembre 2009. Le caractère prospectif est renforcé par l'incertitude quant au modèle définitif de financement des SSR. De ce fait, la réflexion développée dans le mémoire est basée au moins autant sur les éléments documentaires recherchés que sur les éléments impliquant les acteurs de terrain.

En conséquence pour répondre à la question, la méthodologie suivante a été adoptée, combinant plusieurs moyens :

- La participation aux réunions de travail sur le projet de mise en place de la coordination des soins de suite et de réadaptation, au CHU et à l'ARH.
- La collecte de données nationales sur les enjeux des SSR : études relatives à la durée moyenne de séjour et au délai d'attente dans les services de MCO et dans les structures de SSR, données relatives à la démographie médicale.
- La recherche de données régionales et territoriales, notamment à travers le suivi des résultats des travaux du groupe de travail du SROS SSR et des travaux du groupe de travail du Projet Médical de Territoire (PMT).
- Le recueil de données sur la coordination des SSR mises en place dans les autres régions.
- Les entretiens avec des acteurs du projet de coordination territoriale, des acteurs d'autres projets aboutis et des acteurs des SSR dans la région Poitou-Charentes.

1 La mise en œuvre d'une coordination des SSR : la réponse à un besoin territorial

1.1 Une réforme nationale visant à la construction d'une véritable filière de prise en charge

La réforme de l'organisation des soins de suite et de réadaptation mise en œuvre par les deux décrets du 17 avril 2008 et la circulaire du 03 octobre 2008 concerne en premier lieu les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement de l'activité, mais visent également à la restructuration de l'offre et à la construction de véritables filières de soins appuyées sur l'amélioration de la coordination de l'orientation des patients.

1.1.1 Une prise en charge à la fois globale et graduée du patient

Les nouvelles conditions réglementaires d'implantation et les nouvelles conditions techniques de fonctionnement visent à organiser le parcours du patient par une gradation des soins et par le principe d'une prise en charge globale.

- A) D'une segmentation verticale à une gradation entre soins polyvalents et soins de recours

Le décret 2005-76 du 31 Janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins et le décret n°2005-434 du 6 mai 2005¹¹ distinguaient, parmi les structures de soins soumises à autorisation, des structures de « Soins de Suite » d'une part et de « Rééducation et Réadaptation fonctionnelles » (RFF) correspondant à la Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) d'autre part. Il n'y avait pas de conditions d'implantation et de conditions techniques de fonctionnement dans le secteur public. Par ailleurs, plusieurs textes régissaient les structures privées de soins de suite ou de réadaptation pour enfants et adolescents : réglementation relative aux maisons de repos et de convalescence et aux maisons de régime, réglementation relative aux maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS), réglementation relative aux pouponnières. Cette

¹¹ Décret n° 2005-434 du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) et le code de l'action sociale et des familles (deuxième partie : partie Réglementaire).

organisation des autorisations aboutissait à une segmentation « verticale »¹² des activités de soins de suite et de réadaptation, c'est-à-dire une segmentation par type de patients et par type de prise en charge.

Le décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation supprime cette segmentation et réunit les deux types d'activités en une seule activité de soins de suite et de rééducation (SSR). Les dispositions relatives aux maisons de repos et de convalescence et de réadaptation fonctionnelle ainsi que les dispositions particulières relatives aux MECS (sauf les conditions d'agrément des directeurs) sont abrogées.

L'activité SSR est désormais définie comme ayant « pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients, et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. Elle comprend, le cas échéant, des actes à visée diagnostique ou thérapeutique »¹³. Désormais, l'autorisation de SSR n'est accordée que si l'établissement est en mesure de combiner soins médicaux, de rééducation et de réinsertion afin de limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux, de prévenir l'apparition d'une dépendance et favoriser l'autonomie du patient, et d'assurer des actions de prévention et d'éducation thérapeutique du patient et de son entourage, ainsi que des actions de préparation et d'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire et professionnelle. La Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) constitue une des principales spécialités médicales mises en œuvre au sein des SSR. Ainsi, le décret pose le principe d'une prise en charge globale du patient.

Le décret prévoit une seule modalité d'autorisation concernant de façon générique les soins de suite et de réadaptation. Cette autorisation est précisée le cas échéant par :

- « une autorisation d'exercer l'activité de soins au seul titre des SSR adultes : cela correspond au SSR indifférencié ou polyvalent ;

¹² CAUSSE D, 2007, Schéma d'évolution du droit des autorisations en SSR, Fédération Hospitalière de France. [visité le 29/09/2009], disponible sur internet : [http://www.fhf.fr/content/view/full/9639/\(language\)/fre-FR](http://www.fhf.fr/content/view/full/9639/(language)/fre-FR).

¹³ Article R 6123-118 du Code de la Santé Publique tel qu'issu de l'article 2 du décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.

- la mention de la prise en charge des enfants et/ ou adolescents, à titre exclusif ou non ; cette mention est transversale et peut donc être conjuguée avec une ou plusieurs autres mentions listées ci-dessous ;
- la mention d'une ou plusieurs prises en charge spécialisées en SSR pour les catégories d'affections suivantes : affections de l'appareil locomoteur ; affections du système nerveux ; affections cardio-vasculaires ; affections respiratoires ; affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien, affections onco-hématologiques ; affections des brûlés ; affections liées aux conduites addictives ; affections des personnes âgées polyopathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance. »

Ces activités de SSR spécialisées constituent un niveau d'expertise et de recours au bénéfice des structures de soins de suite et de réadaptation polyvalents considérés quant à eux comme des soins de proximité. Cette graduation de l'offre de soins doit être mise en œuvre à l'échelon régional, dans le cadre des SROS et des procédures d'autorisations. Il est précisé dans le décret n° 2008-377 que les volets SSR des SROS doivent être révisés dans un délai de 18 mois après la publication des décrets soit avant le 22 octobre 2009. A cette réorganisation de l'offre de soins s'ajoutent des nouvelles normes de fonctionnement.

B) Des nouvelles normes de fonctionnement visant à promouvoir une prise en charge globale du patient

Le décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 édicte des normes techniques de fonctionnement pour toutes les activités de SSR, en vue de garantir une prise en charge globale du patient. En ce qui concerne l'ensemble des soins de suite, le titulaire de l'autorisation doit notamment constituer une équipe pluridisciplinaire de compétences médicales, paramédicales, psychologiques, sociales et éducatives, coordonnées par un médecin coordinateur. L'équipe pluridisciplinaire doit réaliser pour chaque patient un bilan initial lors de son admission et élaborer avec lui un projet thérapeutique. Enfin, le texte énonce des conditions tenant aux chambres d'hospitalisation et au plateau technique de rééducation.

Des conditions particulières pour la prise en charge des enfants et des adolescents et pour les 9 types de prise en charge spécialisées s'ajoutent aux conditions générales énoncées ci-dessus. Ces conditions tiennent à la qualification du médecin coordinateur, aux compétences indispensables dans l'équipe pluridisciplinaire, au plateau technique de rééducation. Le texte définit également des modalités de prise en charge minimales

requis. Ces conditions sont complétées par des « fiches de prise en charge spécialisées en SSR », jointes en annexe de la circulaire du 03 octobre 2008. Ces fiches, « conçues comme des outils d'aide à la décision » pour les établissements et les ARH dans la procédure d'autorisation décrivent les critères d'orientation pour la prise en charge spécialisée visée, les services attendus (types de patients et pathologies pris en charge, compétences nécessaires) et les moyens matériels requis. Il s'agit de normes minimales qui ne permettent pas d'isoler les prises en charge les plus lourdes, mais qui posent le principe d'une prise en charge globale du patient.

En outre, le décret n° 2008-376¹⁴ énonce le principe d'une évaluation préalable des besoins médicaux de chaque patient avant toute admission en SSR, en vue de valider ou non l'adéquation de son orientation. A cet effet, la circulaire du 3 octobre 2008 préconise la réalisation d'une « fiche de pré-admission médicale ». Cet outil est un document établi de façon partagée entre le médecin prescripteur (médecin traitant ou médecin du court séjour) et le médecin des SSR. Il est logique dans ces conditions que l'amélioration de la prise en charge du patient s'appuie sur une meilleure coordination des différents acteurs.

1.1.2 Une mise en place de coordinations des SSR recommandée dans le cadre d'un dispositif visant à fluidifier le parcours du patient

Dans la circulaire du 3 octobre 2008, il est demandé aux Directeurs d'Agences Régionales d'Hospitalisation et aux Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales de veiller à la mise en place de coordinations en SSR. L'annexe 2 de la circulaire reprend la définition des missions des coordinations qui avaient été proposées par le groupe de travail sur les soins de suite et de réadaptation¹⁵ :

- « aider à recenser et référencer l'offre de SSR accessible à partir d'un territoire donné, [...] identifier les besoins et les lacunes, [...] rendre lisible le fonctionnement de filières de prise en charge, [...] contribuer à l'élaboration des projets médicaux de territoire et au suivi de la réalisation du SROS, [...] favoriser les échanges et la communication inter établissements et services entre professionnels des SSR pour construire une dynamique de réseau ;
- [...] favoriser le rapprochement fonctionnel entre les services de court séjour et les SSR, [...] animer le réseau ainsi constitué, [...] développer les outils et

¹⁴ Nouvel article D 6124-77-5 du Code de la Santé publique tel qu'issu de l'article 1 du décret : « le titulaire de l'autorisation organise les modalités d'identification des besoins des soins de chaque patient et s'assure que la ou les prises en charge qu'il offre sont adaptées à ses besoins ».

¹⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA SOLIDARITÉ, op. cit. p 1.

supports de transmission et d'échanges (fiches d'admission communes, supports informatiques, site internet,...) [...] être force d'appui, d'expertise et de conseil auprès des services en amont, [...] faciliter la souplesse des interventions des professionnels pour répondre à des besoins ponctuels, [...] être force de proposition pour mettre en place des réponses adaptées aux besoins sur le plan sanitaire ;

- [...] être l'interlocuteur privilégié des dispositifs et acteurs des secteurs en aval (personnes âgées, personnes handicapées, enfance, médecine de ville, services de soins à domicile, associations...) pour faire part des besoins issus de la sortie des personnes de SSR et contribuer à la mise en place de réponses adaptées sur le plan social et médico-social. »

La circulaire relative à la campagne tarifaire 2009 des établissements de santé¹⁶ prévoit au niveau national 13 millions d'euros en vue du financement de la création de dispositifs de coordination SSR et de postes d'assistantes sociales en SSR.

La circulaire recommande également l'appui de l'orientation entre MCO et SSR par des outils internet offrant un annuaire des structures SSR avec une aide au choix de la structure adéquate et permettant la standardisation des demandes de transfert en SSR. Cet outil devra offrir également un support télématique, la télématique signifiant l'ensemble des services informatiques fournis à travers un réseau de télécommunications¹⁷ ainsi que selon les termes de la circulaire « la proposition de réseaux ».

Ces coordinations s'intègrent dans un dispositif réglementaire visant à insérer les structures de SSR dans les filières de prise en charge. Ainsi, le décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 prévoit des coopérations en amont pour les établissements autorisés à l'activité de SSR : participation au réseau de prise en charge des urgences prévus dans le Code de la Santé publique¹⁸, convention avec les structures dispensant des soins de courte durée ou de longue durée pour les cas où l'état de santé des patients le nécessite. Le décret prévoit également des coopérations avec les structures d'aval sanitaires et médico-sociales pour la préparation et l'accompagnement à la réinsertion ainsi que pour la coordination et le suivi de la prise en charge des patients. Le décret n° 2008-376 prévoit

¹⁶ Circulaire n° DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2009/78 du 17 mars 2009 relative à la campagne tarifaire 2009 des établissements de santé.

¹⁷ Selon le Petit Larousse 2003.

¹⁸ Réseau de prise en charge des urgences prévus aux articles R 6123-26 à R 6123-32 du Code de la Santé publique.

dans les conditions techniques de fonctionnement que le titulaire de l'autorisation de SSR polyvalents puisse passer des conventions avec d'autres établissements pour organiser la continuité des soins médicaux. Enfin, la circulaire du 3 octobre 2008 précise que l'activité de SSR s'inscrit dans certaines filières de prise en charge (gériatrie, addiction, brûlés...) et demande aux destinataires de veiller à la bonne articulation de l'application de la circulaire avec les circulaires d'organisation des filières de soins.

Il convient de noter que les coordinations, au-delà de leur mission de fluidification des parcours soignants (recensement de l'offre, coordination entre l'amont et l'aval des SSR) ont également des missions de propositions stratégiques : missions de contribution au projet médical de territoire et suivi des réalisations du SROS et mission de proposition pour une réponse adaptée aux besoins sur le plan sanitaire. Toutefois, au-delà de la recommandation réglementaire, la mise en œuvre de coordinations territoriales répond à un besoin d'amélioration de l'offre de soins dans la région Poitou-Charentes.

1.2 Une offre de soins à développer en Poitou-Charentes mais risquant d'être fragilisé par la démographie médicale

La Région Poitou-Charentes est découpée par le SROS III en 4 niveaux de territoire de santé : les territoires de premier recours, les territoires de proximité, les territoires de plateau technique et le territoire régional. Le territoire de premier recours correspond au bassin de vie (c'est-à-dire là où les habitants ont accès aux services et à l'emploi). Pour les soins cela concerne l'accès au généraliste, à la pharmacie. Ces territoires sont au nombre de 89 dans la région. Les territoires de proximité s'articulent autour d'un établissement de santé comprenant au moins un service de médecine de court-séjour. La région Poitou-Charentes se compose de 17 territoires de proximité (cf annexe 2).

Les territoires de plateau technique ou territoires de recours regroupent plusieurs territoires de proximité autour d'un établissement de recours. Ces territoires sont au nombre de 5 dans la région (cf annexe 3) : le territoire de la Vienne autour du CHU de Poitiers qui correspond grosso modo au département du même nom, le territoire des Deux-Sèvres correspondant à peu près au département éponyme autour du CH de Niort, le territoire correspondant au département de la Charente autour du CH d'Angoulême, le territoire de la Charente Maritime Sud autour du CH de Saintes et le territoire de la Charente Maritime Nord autour du CH de La Rochelle. Chaque territoire de « plateau technique » possède une conférence sanitaire. Le territoire de la Vienne regroupe par exemple quatre territoires de proximité : celui du CH de Loudun, celui du CH de Châtelleraut, celui du CH de Montmorillon et celui du CHU de Poitiers.

Le territoire de la Vienne et la région Poitou-Charentes présentent les mêmes caractéristiques qu'au niveau national pour les SSR à savoir un taux d'équipement légèrement insuffisant. Le renforcement de l'offre nécessaire risque toutefois d'être fragilisé par les difficultés de démographie médicale.

1.2.1 Une offre de soins légèrement insuffisante dans la région et dans le territoire

L'état des lieux dans le volet du SROS consacré au secteur SSR et révisé en 2009¹⁹ fait apparaître au niveau régional un taux d'équipement légèrement insuffisant. L'indice d'équipement en SSR est sensiblement inférieur à la moyenne nationale : 1, 52 lits et places pour 1000 habitants en capacités autorisées et 1,41 en capacités installées, pour une moyenne d'1,58 lits et places pour 1000 habitants au niveau national. La capacité d'hospitalisation complète en soins de suite était en 2007 de 2 411 lits, répartis pour 57% dans les établissements publics et pour 43% dans les établissements privés.

Territoire	Lits et places autorisées		Lits et places installées	
	Hors lits d'EVC			
	Nombre	Indice/Population	Nombre	Indice/Population
Charente	500	1,41	465	1,31
Charente-Maritime nord	594	1,63	467	1,48
Charente Maritime sud	380	1,42	322	1,20
Deux-Sèvres	553	1,55	550	1,54
Vienne	658	1,58	617	1,48
Région	2605	1,52	2421	1,41

L'analyse des données PMSI-SSR (Programme de Médicalisation du Système d'Information) effectuée en préparation du SROS par un groupe de travail CORIM-SSR (Collège Régional de l'Information médicale SSR) montre en revanche qu'il n'y pas de fuites extra-régionales à l'exception des prises en charge pneumologiques et pédiatriques²⁰. Les fuites concernent principalement les régions limitrophes de l'Aquitaine (notamment pour la pneumologie), des Pays de la Loire (notamment pour les enfants) et du Centre (principalement en digestif et en cardiologie). Il a été conclu dans les travaux préparatoires au SROS qu'il s'agissait de fuites liées à des raisons « historiques » et « géographiques » et donc difficiles à enrayer pour les soins pneumologiques et pédiatriques. Ces faibles taux de fuite extra-régionale semblent laisser penser que l'offre

¹⁹ Le volet SSR du SROS III de la région Poitou-Charentes qui datait de mars 2006 a donné lieu à un nouveau volet révisé en date du 10/06/2009 suite à la parution des décrets du 17 avril 2008.

²⁰ Schéma régional d'organisation sanitaire de Poitou-Charentes. 10/06/2009. Révision du volet

de soins répond aux besoins de la population, contrairement à ce que laisse entendre les taux d'équipements. Toutefois, certains besoins en SSR ne trouvant pas de réponse sont en fait assurés dans des services MCO, comme le montrent les durées moyennes de séjour supérieures aux DMS nationales dans le PMSI-MCO. A titre d'exemple, 41,7 % des séjours longs (séjours supérieurs à 30 jours) de MCO au CH de La Rochelle sont des sorties en soins de suite²¹.

Dans la Vienne, on observe que le taux d'équipement en lits est presque équivalent à la moyenne nationale et est supérieur à la moyenne régionale. Le Territoire de la Vienne comprend 8 structures de SSR (5 publiques et 3 privées), deux structures de MPR (une publique et une privée) et deux structures privées spécialisés respectivement en alcoologie et en rééducation cardiaque.

Outre le fait que l'offre régionale soit globalement insuffisante, les besoins devraient augmenter pour la prise en charge des personnes âgées en SSR gériatriques et polyvalents, la région Poitou-Charentes étant une région particulièrement marquée par le vieillissement. Lors du recensement de 1999, la région présentait un pourcentage de population de plus de 65 ans supérieur à la moyenne nationale (20,6 % contre 16,7%)²². Cette situation est encore plus marquée pour les plus de 75 ans qui représentaient 9,7% de la population générale contre 7,6% au niveau national. Les projections de l'INSEE permettent d'estimer en 2005 à 10,4% la part des 75 ans et plus dans la population régionale et de prévoir que ce taux atteindra 11,9 % à l'horizon 2015²³.

Dans ces conditions, les besoins de prise en charge des personnes âgées vont augmenter. Or, la réponse à ces besoins semble déjà insuffisante à l'heure actuelle : *l'Atlas hospitalier et médico-social de la FHF*²⁴ montre, sur la base de la fourchette haute de besoins en SSR gériatriques émises par le rapport intitulé *Un programme pour la gériatrie* dit « rapport Vigouroux »²⁵ c'est-à-dire un ratio de 8 lits pour 1000 habitants de plus de 75 ans, un besoin de 13% de places en plus au niveau national. Par ailleurs, une

sur les soins de suite et de réadaptation.

²¹ *Compte-rendu de la réunion du groupe de travail CORIM SSR du 16 octobre 2008.*

²² Volet prise en charge des personnes âgées du SROS III de la région Poitou-Charentes.

²³ Ibid.

²⁴ FHF, 2007, *Atlas hospitalier et médico-social de la FHF, plan d'action pour développer le service public*, édition 2007-2008, Paris : Héral, 112 p.

²⁵ JEANDEL C., PFITZENMEYER P., VIGOUROUX P., 2006, *Un programme pour la gériatrie*. 54 p. [27/09/2009], disponible sur internet :

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000419/0000.pdf>

étude nationale réalisée sur les patients de soins de longue durée a montré qu'une partie de ces patients relevaient d'une prise en charge en SSR gériatrique²⁶.

En région Poitou-Charentes, l'atlas de la FHF fait état d'un besoin de 617 lits de SSR gériatriques dont 110 sur le territoire de la Vienne²⁷. En effet, dans la Vienne, le taux d'équipement en SSR gériatriques et polyvalents est actuellement de 7,31 lits pour 1000 habitants de plus de 75 ans avec 285 lits sur les établissements du territoire. On peut relativiser le besoin, par rapport à la fourchette basse du rapport Vigouroux qui n'est que de 3 lits de SSR pour 1000 habitants de plus de 75 ans mais il n'en demeure pas moins que les besoins vont augmenter. Il s'avère de plus que ce type de prise en charge nécessite une prise en charge à proximité du domicile du patient, afin que la famille et les proches puissent accéder aux structures dans un délai raisonnable, ce qui n'est pas toujours le cas à l'heure actuelle.

1.2.2 Une démographie médicale fragile

Les SSR regroupent plusieurs métiers médicaux, paramédicaux et sociaux dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire du patient. Les médecins concernés sont à la fois des spécialistes de médecine physique et réadaptation mais aussi des médecins d'autres spécialités notamment dans les SSR spécialisés (rhumatologues, chirurgiens orthopédistes, neurochirurgiens, neurologues, cardiologues, pneumologues, diabétologues, endocrinologues, gastro-entérologues, oncologues, médecins formés en alcoologie, etc...) ainsi que des pédiatres pour la prise en charge des enfants et adolescents et des gériatres pour les SSR polyvalents et gériatriques. En ce qui concerne les compétences paramédicales et sociales, elles concernent infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, psychomotriciens, orthoprothésistes, prothésistes, orthésistes, diététiciens, psychologues, neuropsychologues.

La densité des professionnels de santé est plus faible en région Poitou-Charentes que la moyenne nationale, tant pour les médecins²⁸ que pour les professionnels

²⁶ PRÉVOST P., VUILLEMIN C., FENDER P., 2001, *Etude PATHOS sur l'échantillon «Ernest» 2001 : les soins de santé en maisons de retraite, foyers logements et services de soins de longue durée au niveau national*, CNAMTS/DSM. 65 p.

²⁷ FHF, op. cit.p 12.

²⁸ Chiffres 2006 : ATTAL-TOUBERT K., VANDERSCHULDEN M., 2009, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », *Etudes et résultats DREES*, n° 679, février 2009.

paramédicaux²⁹ : infirmiers (sauf la Vienne), ergothérapeutes, pédicures-podologues et psychomotriciens. Elle est nettement inférieure pour les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes : 83 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants (et notamment 73 dans la Vienne, 72 dans les Deux Sèvres et 60 en Charente) contre 108 au niveau national, et 18 orthophonistes pour 100 000 habitants contre 30 au niveau national³⁰.

Il n'existe pas d'études sur l'évolution démographique de ces personnels paramédicaux ; Néanmoins, l'augmentation des effectifs constatée les années précédentes devrait se poursuivre, en raison de l'augmentation du numerus clausus dans les formations paramédicales. Il n'en demeure pas moins que des difficultés de recrutement de masseurs-kinésithérapeutes et d'orthophonistes notamment peuvent perturber les développements souhaités de structures et d'activités.

En ce qui concerne les médecins, une projection de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du Ministère de la Santé et des Sports)³¹ montre une augmentation du nombre de médecins et de leur densité dans la région Poitou-Charentes à l'horizon 2030 : passage de 4 998 médecins (2006) à 6296 soit une augmentation de 26% et passage d'une densité de 291 médecins à 336 pour 100 000 habitants pour une moyenne nationale qui baisserait au contraire de 327 à 292.

Une attention particulière doit néanmoins être apportée aux effectifs de médecins de MPR, qui occupent un rôle central dans les SSR. Il n'existe pas de projections démographiques pour les effectifs de médecins spécialisés en MPR sur la région Poitou-Charentes. Cependant, au vu de la combinaison des projections démographiques nationales et des effectifs actuels de spécialistes dans la région et sur le territoire de la Vienne, la démographie médicale locale paraît très fragile.

Au niveau national, le Conseil National de l'Ordre des médecins recense au 1^{er} janvier 2008 1 756 médecins spécialistes en Médecine Physique et de Réadaptation³² en France métropolitaine et DOM. Rapporté à une offre de soins au 31 décembre 2006 de 100 453

²⁹ SICART D, 2009, « Les professions de santé au 1^{er} janvier 2009, document de travail », *Série statistiques DREES*, n° 131, avril 2009.

³⁰ Ibid.

³¹ Sur la base des évolutions prévues du numerus clausus et d'un scénario de maintien des comportements actuels des médecins et des répartitions entre spécialités. ATTAL-TOUBERT K., VANDERSCHULDEN M., op. cit. p 13.

³² LE BRETON-HEROUVILLOIS G., 2008, *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2008*. Etude n° 41. 164 p.

lits et places de soins de suite et de réadaptation³³, le taux est de 17,48 médecins pour 1000 lits et places. Les médecins exercent pour les deux tiers une activité salariée, et pour un tiers une activité libérale exclusive ou prédominante. Leur pyramide des âges est marquée par une féminisation (42 % de femmes) et surtout par un vieillissement : la majorité des spécialistes ont 50 ou plus (moyenne d'âge de 53 ans pour les hommes et de 48 ans pour les femmes). La projection de la DREES citée plus haut³⁴ conclut à une baisse particulièrement marquée des effectifs médicaux pour la rééducation et la réadaptation fonctionnelle en 2030 : réduction des effectifs de 1778 (2006) à 940 soit une baisse de 47,1%. Selon la FEDMER (Fédération Française de Médecine Physique et de Réadaptation), le pic de départ devrait être maximal de 2009 à 2025 sur la base d'un départ à 65 ans, et devrait se traduire par une baisse massive du nombre de spécialistes amenant à un nombre de moins de 800 spécialistes à l'horizon 2025³⁵.

Ces difficultés démographiques risquent d'être particulièrement aiguës dans le secteur public qui ne regroupe aujourd'hui qu'une partie des médecins de MPR. La FEDMER insiste d'ores et déjà sur le manque de spécialistes dans les hôpitaux avec par exemple un nombre de candidats reçus au concours de PH 2008 dans la spécialité MPR égal à 30% des postes ouverts.

Au niveau de la région Poitou-Charentes, on recensait au 1^{er} janvier 2008 des effectifs de 41 médecins³⁶ spécialistes en MPR, dont 37 % de femmes. Au 1^{er} janvier 2007, on dénombrait 2411 lits³⁷ et places de soins de suite et réadaptation dans la région pour 44 médecins de MPR³⁸ soit un taux de 18,25 pour 1000 lits et places, supérieur à la moyenne nationale (17,48). La tendance est en revanche à la baisse puisque le nombre de médecins est passé à 41 au 1^{er} janvier 2008, soit pour 2411 lits un taux de 17 médecins pour 1000 lits et places. Le territoire de la Vienne compte au 1^{er} janvier 2008 8 médecins spécialistes³⁹, soit un nombre plus faible que les autres départements (11 en Charente, 10 en Charente-Maritime, 12 en Deux-Sèvres). La Vienne comptant à la même

³³ DREES. *Les établissements de santé, un panorama pour l'année 2006*. Edition 2008. 89 p.

³⁴ Sur la base des évolutions prévues du numerus clausus et d'un scénario de maintien des comportements actuels des médecins et des répartitions entre spécialités. ATTAL-TOUBERT K., VANDERSCHULDEN M., op. cit. p 13.

³⁵ FEDMER, op. cit. p 1.

³⁶ LE BRETON-HEROUVILLOIS G., 2008, op. cit.

³⁷ DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES, 2008, *STATISS 2008 Poitou-Charentes*, édition juin 2008, Poitiers.

³⁸ LE BRETON-HEROUVILLOIS G., 2008, *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2007 annexes*. Etude n° 40. 31 p.

³⁹ LE BRETON-HEROUVILLOIS G., 2008, op. cit. p.15.

période 580 lits et places de SSR soit un taux de 13,79 médecins pour 1000 lits et places. La Vienne se caractérise donc par une densité très faible des médecins de MPR.

En outre, les flux de formation des médecins en MPR semblent faibles au niveau régional, comme au niveau national. Les effectifs en formation étaient en 2006 de 35 internes en première et en deuxième année au niveau national⁴⁰. Dans la région Poitou-Charentes, le nombre de médecins nouvellement inscrits à l'ordre en MPR est inférieur (2 au lieu de 3) au nombre de diplômés DES sur les années 2001 à 2005, ce qui montre un départ vers une autre région⁴¹.

Dans ces conditions, il est fort probable que la région Poitou-Charentes et en particulier le territoire de la Vienne soient confrontés à d'importantes difficultés de démographie médicale pour la spécialité MPR. Ces difficultés risquent de fragiliser l'offre de soins. L'insuffisance de l'offre et sa fragilité rendent donc encore plus nécessaire l'optimisation des ressources par une meilleure coordination des soins.

1.3 La nécessité d'une meilleure coordination et d'une meilleure fluidification des parcours des patients

Si l'offre de soins est légèrement insuffisante, son hétérogénéité et son manque de lisibilité peuvent être en outre à l'origine d'orientations inadaptées. Les difficultés d'orientation en SSR se répercutent en outre sur la durée de séjour en court-séjour. Une meilleure coordination de l'orientation des patients entre court séjour et SSR est donc nécessaire.

1.3.1 Une hétérogénéité et un manque de lisibilité de l'offre de soins à l'origine d'orientations inadaptées

L'offre de soins demeure hétérogène et peu lisible sur la région Poitou-Charentes. La région compte 78 entités assurant des soins de suite et de réadaptation⁴², allant des établissements assurant aussi une activité MCO comme le Centre Hospitalier Universitaire ou les autres Centres Hospitaliers aux centres très spécialisés comme par exemple les centres spécialisés dans les suites de cure alcoolique en passant par les maisons d'enfants à caractère sanitaire, les maisons de repos ou de convalescence : la multiplicité des dénominations ne facilite pas la lisibilité de l'offre. Ce sentiment d'imprécision sur l'offre de SSR constaté tant dans le SROS III que dans le projet de

⁴⁰ OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTÉ. *Le rapport 2006-2007. Tome 2 : les internes en médecine, démographie et répartition*. 96p.

⁴¹ Ibid.

⁴² Source : site de l'ARH Poitou-Charentes.

Projet Médical de Territoire est aggravé par l'absence d'organisation en réseau des structures, et ne facilite pas l'orientation des patients par les structures d'amont. Ainsi, des patients âgés domiciliés à proximité de Lusignan sont-ils adressés par méconnaissance de l'offre SSR dans un centre de convalescence privé à Civray (à 37 km de Lusignan) alors qu'il existe un service de SSR dans l'hôpital de Lusignan.

En outre, le volet révisé du SROS relatif aux SSR fait état de disparités dans les modes de prise en charges. Il existe en effet une disparité de moyens, en termes de personnel mis à disposition, de pratiques de soins dispensés, de protocoles utilisés, de technologie disponible. On constate ainsi par exemple une disparité dans les effectifs médicaux des différentes structures de SSR polyvalents et gériatriques sur le territoire de la Vienne : 4,6 Equivalents Temps Pleins (ETP) de médecins pour 100 lits au CHU de Poitiers, 3,6 ETP pour 100 lits au CH de Châtelleraut, 1,8 ETP pour 100 lits au CH de Montmorillon, 3,2 ETP pour 100 lits au CH de Loudun et 6,3 lits pour 100 lits à l'Hôpital Local de Lusignan⁴³. Cette disparité se retrouve dans la prise en charge du patient : « Pour l'hémiplégie par exemple, certains patients sont pris en charge en SSR et d'autres le sont en MPR, sans que cela corresponde à un choix délibéré. Or les patients traités en SSR bénéficient d'une rééducation nettement moins importante qu'en MPR. »⁴⁴ De même certains établissements accueillant des patients hémiplégiques ne peuvent proposer de prestations d'ergothérapie et d'orthophonie.

De ce manque de lisibilité et des disparités de l'offre découlent des inadéquations d'orientation : « devant la nécessité de libérer des lits aigus et en l'absence d'une connaissance suffisamment affinée des structures de SSR, les unités de MCO multiplient les demandes d'admission en SSR et adressent leurs patients à la première structure qui répond positivement, alors que la vocation ou les prestations de cette dernière ne correspondent pas nécessairement au profil et aux besoins du patient concerné. »⁴⁵ Cette situation plaide par conséquent pour la mise en place d'une meilleure coordination entre structures de court séjour et structures de SSR qui permettrait de recenser et référencer l'offre de SSR sur les territoires et de rendre lisible le fonctionnement des filières de prise en charge,

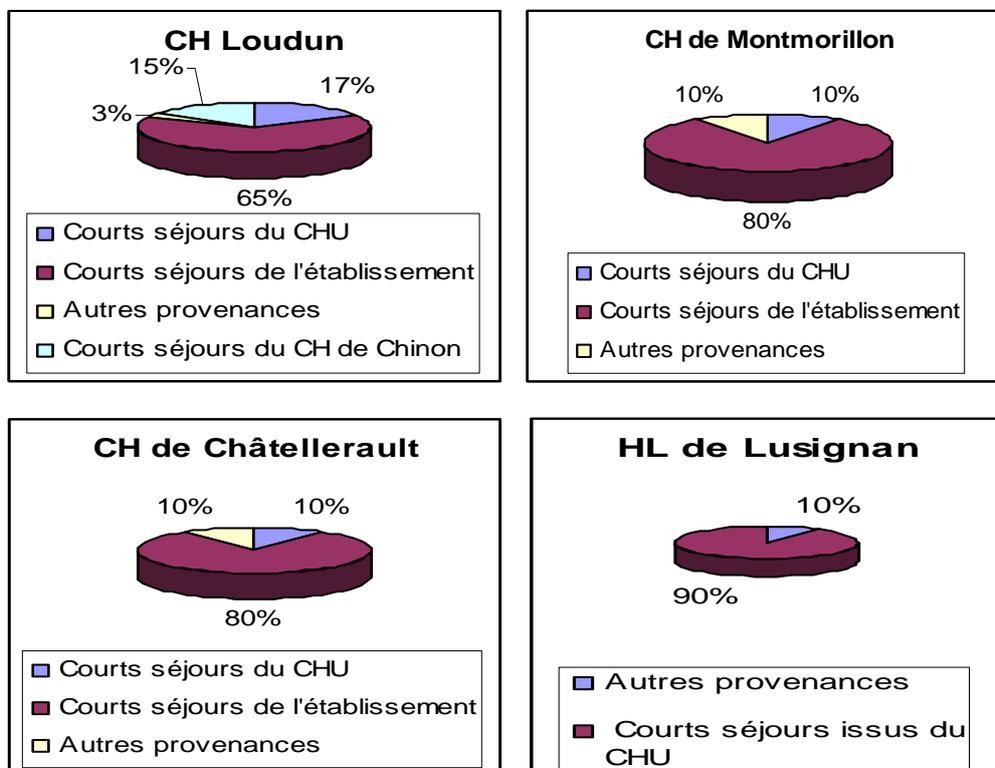
⁴³ Source : projet de Projet Médical de Territoire de la Vienne.

⁴⁴ Volet SSR révisé du SROS III de la région Poitou-Charentes.

⁴⁵ Ibid.

1.3.2 Un manque de fluidité des transferts entre le court-séjour et les SSR

Les services de soins de suite occupent une place particulière en aval des services de court séjour. Ainsi, dans les structures publiques de SSR sur le territoire de la Vienne, la grande majorité des patients sont issus des services de court-séjour du territoire.



Une partie des sorties de MCO est de même constituée par des transferts en SSR. Ainsi au CHU de Poitiers, les séjours donnant lieu à une sortie SSR représentaient en 2007 1 940 séjours (dont 1 625 vers le SSR du CHU et 315 vers un SSR extérieur) sur 129 650 séjours de court-séjour (soit 1,5% des séjours). Au premier semestre 2008, ils représentaient 939 séjours (dont 737 vers le SSR du CHU et 202 vers un SSR extérieur) des 69 130 séjours de court-séjour (1,4%)⁴⁶. On constate donc une interdépendance forte entre les services de courts séjours et les services de SSR, ainsi qu'une interdépendance forte entre le CHU et les autres établissements du territoire, compte tenu de l'activité de recours départemental et régional en soins aigus du CHU.

Toutefois, on observe tant dans la région qu'au niveau national un manque de fluidité entre le secteur MCO et le secteur SSR. Plusieurs études montrent de façon générale une prolongation des durées d'hospitalisation en court séjour en raison de l'attente de places en SSR. Ainsi, une étude des demandes de transfert des patients des services de court séjour de médecine ou de chirurgie du CHU de Grenoble vers les structures de SSR

internes ou externes montre que la durée d'hospitalisation augmente en moyenne de 10 jours en chirurgie et de 19 jours en médecine lorsqu'un transfert en SSR est attendu (durée de séjour de 17,8 jours en moyenne pour les patients en attente de transfert SSR contre DMS de 4 jours tous patients confondus pour la chirurgie, durée de 24 jours contre une DMS de 4,9 jours tous patients confondus en médecine)⁴⁷.

Ces patients en attente de places de SSR encore hospitalisés en MCO représentent une part importante de lits MCO. Selon les propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2010 (document préparatoire au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010)⁴⁸, « 15% des hospitalisations en court séjour ne seraient dues qu'à l'absence de capacités d'accueil adéquat en aval ». Trois enquêtes « flash » (enquêtes réalisées un jour donné) réalisées respectivement dans certains établissements publics des régions Ile de France⁴⁹, Lorraine⁵⁰ et Nord-Pas-de-Calais⁵¹ pour la FHF montrent un taux encore plus important de patients médicalement sortants mais encore hospitalisés dans les services de MCO : 20 % en Ile-de-France, 22% en Lorraine et 25% dans le Nord-Pas-de-Calais. Une part importante de ces patients relève d'une prise en charge en SSR : 9 % des patients hospitalisés en médecine et en chirurgie dans le Nord-Pas-de-Calais et 10 % en Lorraine (153 patients sur 1521 patients). En Ile-de-France, 53% des patients médicalement sortants sont en attente d'orientation en SSR (soit 36% en soins de suite, 13% en rééducation et 4% en soins de suite spécialisés c'est-à-dire soins pour la maladie d'Alzheimer, soins d'alcoologie, soins palliatifs).

Cette attente de transfert en SSR représente un nombre important de jours cumulés d'attente : 600 jours pour les 163 patients en attente dans le Nord-Pas-de-Calais, 771 jours pour les 153 patients en attente en Lorraine. Ces chiffres ne montrent toutefois pas le nombre total de jours d'hospitalisation d'attente puisqu'il s'agit d'une enquête un jour donné et que les patients concernés ont pu attendre encore un certain temps après

⁴⁶ Information émanant de l'unité d'information médicale du CHU de Poitiers 24/11/2008.

⁴⁷ CUGNIET R., PASCAL C., PIOCH S. « Demandes de transfert des patients de court séjour vers des structures de soins de suite et de réadaptation. Résultats d'une étude au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble. » *Risques et qualité* -2007- Volume IV – n°1. pp 33-40.

⁴⁸ CNAMTS, 2009, *Les propositions de l'assurance maladie sur les charges et les produits pour 2010*. 90 p. [26/09/2009], disponible sur internet : <http://www.lesechos.fr/medias/2009/0804/300367290.pdf>

⁴⁹ BURNIER J-P, « Etude régionale des besoins : Région Ile-de-France » in FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, *Les SSR, poumon des filières de soins*, 9 juin 2009, Paris.

⁵⁰ DUMAY, « Etude régionale des besoins : Région Lorraine » in FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, *Les SSR, poumon des filières de soins*, 9 juin 2009, Paris.

⁵¹ THUMERELLE, « Etude régionale des besoins : Région Nord-Pas-de-Calais » in FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, *Les SSR, poumon des filières de soins*, 9 juin 2009, Paris.

l'enquête. L'enquête flash en région Ile-de-France relève que sur 359 patients médicalement sortants (pour tout type de placement) mais encore hospitalisés en court séjour, 48 patients sont en attente depuis plus de 20 jours (15% des patients en attente de SSR), 33 en attente depuis un délai entre 10 et 19 jours (9%) et 278 en attente depuis moins de 9 jours (76%).

Cet impact du placement en SSR sur les services de court-séjour se retrouve au niveau de la région Poitou-Charentes et du territoire de la Vienne. Une évaluation des demandes de transferts des patients de court séjour vers des structures de soins de suite et de réadaptation a été menée sur la semaine du 21 au 25 juin 2008 dans le cadre du projet d'établissement 2008-2011 du CHU de Poitiers⁵². Cette étude a concerné 97 patients hospitalisés dans un service de court séjour de l'établissement pour lesquels une demande de transfert en SSR a été effectuée. Elle relève que pour ces 97 patients, 162 demandes de transfert ont été effectuées, avec un nombre de demandes par patient allant de 1 à 7. Les demandes concernaient à 91,4 % des structures de SSR dans la région Poitou-Charentes et à 75,3 % dans la Vienne, ce qui donne donc un bon aperçu de la problématique sur le territoire. Sur les 162 demandes de transfert effectuées, une part très importante (53,1% soit 86 demandes) restait en attente⁵³. Les délais d'attente peuvent être longs : sur les 86 demandes en attente, 46 étaient en attente depuis plus de 5 jours soit depuis une durée plus longue que le délai médian de réponse positive. Les délais d'hospitalisation en attente d'une réponse étaient de 5 à 69 jours avec une médiane à 13 jours en médecine (ce qui signifie que la moitié des patients hospitalisés attendaient plus de 13 jours). Pour la chirurgie, les délais observés sont encore plus longs : de 6 à 84 jours avec une médiane à 16, ce qui signifie que plus de la moitié des patients en attente de places en SSR attendaient plus de 16 jours.

Parmi les facteurs contribuant à ces délais importants pour les transferts en SSR, les services de court séjour déplorent la complexité des procédures d'admission en SSR : multiplicité des formulaires d'admission, difficultés à obtenir des réponses de la part des structures. En tout état de cause, les délais de réponse des structures de SSR contribuent à ralentir les délais de transfert. L'étude réalisée au CHU de Grenoble montre un délai de réponses positives et négatives des structures SSR de respectivement 6 et 8 jours après la demande. L'étude des demandes de transfert des courts-séjours vers les SSR au CHU de Poitiers fait état d'un délai de réponse positive des structures SSR entre 0 et 34 jours

⁵² MIGEOT V., 2008, *Evaluation des demandes de transferts des patients de court séjour vers des structures de soins de suite et de réadaptation au CHU de Poitiers*. Document interne CHU de Poitiers.

avec une médiane à 5 jours. Le délai médian de réponse négative est de 4 jours (délai s'étendant de 0 à 13 jours).

Ces délais de transfert en SSR réduisent la qualité de prise en charge des patients concernés, puisque ces patients ne peuvent pendant ce temps bénéficier des soins de suite et de réadaptation dont ils ont besoin. Sur le plan économique, les patients de SSR encore hospitalisés en court-séjour représentent une charge financière mais génèrent de très faibles recettes supplémentaires liées à l'activité MCO du service pendant ce temps (s'ils dépassent la borne haute des durées de séjour). Ils génèrent de plus pendant cette période un encombrement des lits empêchant la prise en charge de patients relevant de l'activité MCO du service et générateurs de recettes optimales. Selon les spécialistes, le surcoût de cette attente en MCO se chiffrerait à 3 à 4 milliards d'euros au niveau national⁵⁴.

Ces délais de transfert importants montrent l'intérêt d'une meilleure coordination entre court-séjour et SSR, notamment dans la procédure d'admission. On constate ainsi que les structures de court-séjour et les structures de SSR sont placées en situation d'interdépendance, telle que définie par A-P. CONTANDRIOPOULOS, J-L. DENIS, N. TOUATI et al. reprenant au sujet de l'intégration des soins les travaux en anglais de J-M. BRYSON et B-C CROSBY⁵⁵: « il y a interdépendance quand des acteurs (ou des organisations) autonomes doivent résoudre des problèmes collectifs [...], c'est-à-dire quand aucun des acteurs concernés [ne] détient toutes les ressources, les compétences, la légitimité nécessaire pour apporter une réponse (scientifiquement, professionnellement, techniquement, socialement) légitime et valide aux problèmes auxquels chaque acteur (ou organisation) du champ est confronté. » Les auteurs en concluent que la coopération des acteurs est au centre de la problématique de l'intégration.

2 La mise en œuvre de la coordination dans la Vienne : une appropriation d'un modèle existant par les acteurs locaux

Compte tenu de la nécessité d'une meilleure coordination des SSR démontrée dans la première partie et conformément aux recommandations de la circulaire du 3 octobre 2008, le volet SSR révisé du SROS III de Poitou-Charentes prévoit la mise en place d'une

⁵³ 40 ont donné lieu à une réponse positive, 29 à une réponse négative et 7 ont été annulées.

⁵⁴ EUDES I, 2009, « SSR, une croissance à placer sous haute surveillance », *Espace social européen*, n°906, p 9.

coordination régionale appuyée sur un système d'information régionale de gestion des SSR. Ce projet est inspiré des coordinations mises en place dans la région Rhône-Alpes appuyées sur un logiciel développé à cet effet dont la transposition nécessite cependant une appropriation par les acteurs locaux.

2.1 L'objectif régional : la mise en place d'une coordination régionale appuyée sur un système d'information

L'objectif de mise en place d'une coordination régionale est un axe majeur du SROS III. Cette coordination régionale doit être mise en œuvre à partir d'une expérimentation sur deux territoires de santé. Il est prévu d'appuyer le dispositif sur un système d'information régional des SSR.

2.1.1 Une véritable coordination régionale à partir de coordinations territoriales

Le SROS énonce l'objectif de la mise en place d'une cellule de coordination des SSR au niveau régional. Cette cellule aura pour mission de :

- « Concevoir, organiser et mettre en œuvre les filières de soins identifiées comme nécessaires au plan régional ou local, dans le cadre de la politique régionale en faveur des soins de suite et de réadaptation et décrites dans chaque scénario local validé par l'ARH ;
- Optimiser les ressources en animant, dès le court séjour, la mise en œuvre optimum des procédures de prise en charge des patients conçues avec tous les offreurs en soins de suite et de réadaptation, y compris les soins ambulatoires et les institutions médico-sociales ou sociales ;
- Organiser une réflexion en MPR et en soins de suite médicaux en termes de formation, ressources humaines, veille sanitaire, système d'information ;
- Produire des évaluations régulières capables de faire évoluer constamment le dispositif régional des soins de suite et de réadaptation ».

La cellule sera placée sous l'autorité d'un médecin responsable qui aura pour tâches de structurer les relations entre les différents acteurs de la chaîne de soins, de définir les principes transversaux d'organisation des filières, d'associer les établissements partenaires offreurs de SSR dans la définition et l'application des règles d'organisation

⁵⁵ A-P. CONTANDRIOPOULOS, J-L. DENIS, N. TOUATI et al., op. cit. p 3.

des filières, de promouvoir le développement de nouvelles formes de prises en charge (comme par exemple l'hospitalisation à domicile) et de renforcer la coopération avec les structures médico-sociales en aval. Il est précisé que les principes d'organisation qui seront définis par le médecin coordinateur de la cellule devront être sous-tendus par une démarche qualité. Ainsi, si le projet de cellule régionale est conforme aux objectifs des coordinations SSR définis par la circulaire du 03 octobre 2008, il met particulièrement l'accent sur le rôle de la cellule dans la structuration des soins au niveau régional, l'organisation de filières⁵⁶ de soins et la qualité de prise en charge. Le SROS envisage même l'idée d'une éventuelle création d'une communauté d'établissements de santé en SSR.

Il est prévu dans un premier temps l'expérimentation de cellules de coordination territoriale sur deux territoires de la région avant de généraliser l'expérience à l'ensemble de la région avec une cellule de coordination unique. Il est prévu de rattacher chaque cellule territoriale au centre hospitalier de référence du territoire concerné. En effet, il ressortait des réunions du groupe de pilotage de la révision du SROS SSR que le niveau du territoire de santé était pertinent pour la régulation des admissions. En l'espèce, les territoires choisis pour l'expérimentation sont le territoire de la Vienne et le territoire de la Charente Maritime Nord. Les établissements supports des cellules territoriales expérimentales sont par conséquent respectivement le CHU de Poitiers et le CH de La Rochelle. Le calendrier de déploiement prévoit la mise en œuvre des coordinations territoriales expérimentales à partir du début de l'année 2010.

L'expérimentation préalable dans deux territoires de santé est une méthode de déploiement intéressante qui permet le cas échéant d'ajuster la mise en œuvre de la coordination au niveau régional en fonction des constatations opérées lors des expérimentations. Elle représente, pour les établissements supports, une opportunité pour améliorer leurs transferts vers les SSR mais représente également une charge qui devra être financée comme telle.

2.1.2 Un système d'information régional de gestion des SSR intégré dans le projet régional d'échange d'information entre les acteurs de santé

⁵⁶ Le SROS fait en effet référence à l'organisation de filières et non pas d'une filière de SSR, faisant vraisemblablement référence à l'organisation des différentes filières de SSR spécialisées en plus des SSR polyvalents.

Conformément à la circulaire du 03 octobre 2008, le projet de cellule régionale de coordination des SSR est appuyé sur un projet de système d'information régional de gestion des SSR. Ce système d'information est défini comme devant être accessible aux services de MCO et de SSR. Il devra permettre de recenser l'offre de soins de SSR, de connaître les définitions précises des différentes catégories de soins de suite, d'accéder à des règles régissant les relations entre structures SSR et services de soins de courte durée. Il devra aussi permettre l'utilisation télématique d'une fiche de liaison entre services de court-séjour et SSR. Le SROS prévoit à cet effet la mise à disposition de la cellule du logiciel Trajectoire, mis en place dans la région Rhône-Alpes.

Le projet de cellule de coordination régionale s'appuie donc de façon importante sur un projet de système d'information, dont le modèle d'intégration des soins développé par A-P. CONTANDRIOPOULOS, J-L. DENIS, N. TOUATI et R. RODRIGUEZ montre l'importance⁵⁷. En effet, ces auteurs montrent que l'intégration dans un système de soins intégrés présente plusieurs dimensions : une intégration clinique se décomposant en intégration des soins et en intégration des équipes cliniques, intégration normative correspondant à un système commun de référence entre les acteurs, une intégration fonctionnelle et enfin une intégration systémique. L'intégration fonctionnelle vise à créer une « gouverne commune » en coordonnant les fonctions administratives (gestion des ressources humaines, de la qualité et planification stratégique) avec les systèmes de financement et le système d'information. Enfin, l'intégration systémique consiste en la cohérence de l'intégration à tous les niveaux du système. La synthèse de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie⁵⁸ reprenant les travaux de plusieurs auteurs dont A-P CONTANDRIOPOULOS et ses coauteurs, insiste également sur l'importance d'un système d'information intégré pour contribuer à une distribution efficace des soins et à la gestion du réseau.

L'outil Trajectoire est un logiciel d'aide à l'orientation des patients sur internet qui a été développé par la Direction du Système d'Information des HCL sous le pilotage de la cellule de coordination territoriale des SSR sur les secteurs de Lyon et Villefranche-sur-Saône en Rhône-Alpes appelée Rhône-Réadaptation avec l'ensemble des coordinations territoriales de la région. L'outil fait partie de la plateforme de télésanté en Rhône-Alpes appelée plateforme SISRA (Système d'Information Santé Rhône-Alpes). Cette plateforme réunissant plusieurs outils télématiques au service des établissements et professionnels de santé de la région est mise en œuvre et gérée par un groupement de coopération

⁵⁷ CONTANDRIOPOULOS P., DENIS J-L., TOUATI N. et al. op. cit. p 3.

⁵⁸ Région administrative du Québec.

sanitaire (GCS), le GCS SISRA, qui regroupe établissements de santé et réseaux de soins de la région Rhône-Alpes. L'utilisation de l'outil Trajectoire suppose donc l'adhésion au GCS SISRA. Dans le cadre du projet de coordination en région Poitou-Charentes, la question se pose donc de savoir quelle est la meilleure instance pour adhérer au GCS SISRA et permettre ainsi l'appropriation du logiciel Trajectoire.

Or un projet de plateforme régionale de télésanté s'est mis récemment en place dans la région Poitou-Charentes, conformément aux orientations du volet système d'information du SROS III. La maîtrise d'ouvrage du projet est assurée par un GCS mis en place depuis le 6 mai 2009 et regroupant 41 établissements et structures de santé publics et privés de la région ainsi que l'Union Régionale de Médecine Libérale (URML) Poitou-Charentes et la Fédération des réseaux de santé du Poitou-Charentes : le GCS Echanges d'information entre les acteurs de santé du Poitou-Charentes. Ce GCS a pour objectif de faciliter, d'améliorer et de développer l'échange et le partage d'informations entre les acteurs de santé de la région, et notamment de développer la coordination et l'harmonisation des systèmes d'information de santé existants. La mise en œuvre du système d'information régional des SSR rentre par conséquent totalement dans le cadre des objectifs de ce GCS qui présente l'avantage de réunir établissements et structures à la fois publiques et privées de toute la région ainsi que l'URML et la fédération des réseaux.

Il a donc été décidé par l'ARH, sur proposition du CHU de Poitiers assurant le pilotage de l'expérimentation sur le territoire de la Vienne, de mettre en œuvre le système d'information régional et l'adhésion au système Trajectoire dans le cadre du GCS Echanges d'information entre les acteurs de santé du Poitou-Charentes. Cette solution présente l'avantage de répartir le coût de l'adhésion au GCS SISRA entre l'ensemble des acteurs adhérant au GCS qui seront les utilisateurs de la coordination. Le GCS rassemblant structures publiques et privées, cela permet également de tendre à mieux impliquer les structures privées dans le projet, alors que les établissements supports des expérimentations territoriales sont des établissements publics. Cela permet aussi d'intégrer le logiciel Trajectoire dans l'architecture de la plate-forme télésanté de la région, ce qui permettra peut-être à terme des interfaces avec d'autres dispositifs télématiques qui seraient mis en place au niveau régional. Enfin, il convient de noter que le GCS Echanges d'information entre les acteurs de santé du Poitou-Charentes constitue selon sa convention constitutive une personne morale de droit privé⁵⁹, ce qui entraîne la

⁵⁹ L'ancien article L 6133-1 du Code de la Santé publique en vigueur jusqu'à l'application le 23 juillet 2009 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires disposait qu'un GCS puisse se constituer sous la forme de

possibilité d'achat du logiciel Trajectoire sans être soumis aux dispositions du Code des Marchés publics.

2.2 Un modèle de coordination transposable : les coordinations de la région Rhône-Alpes

La circulaire du 03 octobre 2008 cite comme modèle de coordinations territoriales les coordinations développées en région Rhône-Alpes. Il s'agit en effet des modèles de coordinations territoriales les plus abouties. Nous avons vu de plus que le volet révisé du SROS SSR fait référence au logiciel Trajectoire qui a été développé en appui des coordinations SSR de la région Rhône-Alpes. Pourquoi cette référence à un logiciel donné ? Il est vrai qu'il s'agit d'un logiciel spécialement développé pour la coordination des SSR et prêt à être utilisé. Il convient toutefois d'analyser les autres coordinations qui se mettent en place, notamment en ce qui concerne les méthodes utilisées pour la transposition du modèle de la région Rhône-Alpes.

2.2.1 Les coordinations de la région Rhône-Alpes : des modèles aboutis de coordinations territoriales SSR

En 2002, dans le cadre du volet SSR du second SROS, l'ARH de la région Rhône-Alpes a promu et installé une cellule de coordination en SSR dans le centre de référence MCO de chaque secteur sanitaire. En parallèle avait été créée au premier semestre 2002 à l'initiative des Hospices Civils de Lyon (HCL) une communauté d'établissements rassemblant les HCL et les établissements de médecine physique et de soins de suite et de réadaptation ainsi que d'autres établissements partenaires des secteurs sanitaires de Lyon (3 secteurs) et Villefranche-sur-Saône (un secteur). Dans ce double cadre, la coordination appelée Rhône-Réadaptation a été créée sur les secteurs de Lyon et de Villefranche-sur-Saône. Cette coordination visait à promouvoir l'organisation de filières de soins, l'optimisation des structures d'hospitalisation en fonction des besoins, le développement des bonnes pratiques de soins ainsi que le renforcement des compétences pour une prise en charge globale du patient d'amont en aval du court-séjour. D'autres coordinations ont été mises en place à peu près à la même période ou dans les années qui ont suivi sur les autres secteurs de la région Rhône-Alpes.

A l'heure actuelle, l'intercoordination SSR adultes et personnes âgées de la région Rhône-Alpes réunit 10 coordinations territoriales couvrant l'ensemble des territoires de

personne morale de droit privé quand il n'est pas exclusivement composé d'établissements ou d'organismes publics ou exclusivement d'établissements ou de personnes privées.

santé de la région Rhône-Alpes. Trois de ces coordinations assurent également la coordination pour les SSR d'enfants et d'adolescents. Il convient cependant de signaler que l'intercoordination SSR adultes et personnes âgées de la région Rhône-Alpes n'est pas à proprement parler une coordination régionale. Il n'existe pas sur la région Rhône-Alpes de cellule régionale centralisée des SSR, sans doute pour des raisons liées à la taille de la région. L'intercoordination consiste en des réunions régulières pour partager les pratiques des différentes coordinations et entreprendre des travaux communs.

La coordination « Rhône-Réadaptation » est donc une des coordinations territoriales de la région Rhône-Alpes. Toutefois, c'est un modèle particulièrement intéressant de coordination territoriale dans la mesure où elle diffère des autres coordinations de la région qui assurent plutôt de fait des missions d'équipes mobiles. De plus la coordination a été à l'origine de la création et du développement de l'outil « Trajectoire ». Outre la coordination du flux de patients entre services de court-séjour et structures de SSR, l'action de la coordination Rhône-Réadaptation consiste à élaborer des analyses à partir des systèmes d'information disponibles, identifier les dysfonctionnements et faire des propositions pour l'amélioration des filières de soins. Ainsi, la coordination a élaboré pendant plusieurs années successives un rapport d'activité et a réalisé en mai 2007, à la demande de l'ARH, un bilan qualitatif de l'offre de soins et priorités de SSR pour les territoires de santé sur lesquels elle intervient. Ce bilan analyse notamment les besoins en SSR pour chaque type de prise en charge spécialisée, en fonction des flux de patients observés.

En ce sens, la coordination Rhône-Réadaptation, forte d'une expérience depuis 2002, assure, au-delà de la coordination des flux de court séjour vers les SSR, une véritable mission d'animation pour l'organisation et la structuration des SSR sur les territoires concernés, à l'interface entre les différents acteurs.

2.2.2 L'outil Trajectoire : un outil « clés en mains »

Le fonctionnement du logiciel Trajectoire repose sur un annuaire régional de toutes les structures détaillant l'offre de SSR et sur un thésaurus des pathologies requérant des soins de suite et réadaptation. L'aide à l'orientation du patient est basée sur l'identification médicale précise de sa situation : le thésaurus médical pilote la recherche dans l'annuaire de l'offre de SSR en fonction de la situation du patient c'est-à-dire en fonction de sa pathologie mais aussi en fonction des objectifs de prise en charge et des conditions liées au patient et à son environnement (possibilité de prise en charge à domicile ou en

ambulatoire, handicap, personne âgée, etc...). Le logiciel permet ainsi de trouver les unités de SSR les plus adaptées à la situation du patient. Le service prescripteur de la structure de SSR contacte alors directement le ou les structures d'accueil souhaitées, via une fiche de demande d'admission en ligne. Le service demandeur peut ensuite suivre sur le logiciel l'état de sa demande. Après l'acceptation de la demande, le service de soins aigus remplit à destination de la structure d'accueil une fiche de transfert qui récapitule un certain nombre de renseignements sur le patient.

L'annuaire des structures de santé de Trajectoire contient toutes les structures de santé de la région en Rhône-Alpes. Toutefois, seules les unités de SSR sont décrites dans le détail : discipline d'intervention, nombre de lits, type d'hospitalisation (complète, partielle, à domicile), type de patients admis (par exemple personnes âgées à partir de 60 ans), contacts pour l'admission. Sont également décrites de façon très précises les pathologies prises en charge ainsi que les ressources humaines et matérielles de l'unité : ressources en personnel médical et en personnel d'encadrement, paramédical et de rééducation, plateau technique de rééducation, soins techniques utilisés (exemple : aérosolthérapie, nutrition entérale, chimiothérapie, etc...). Les conditions d'hébergement dans les structures sont également décrites : nombre de chambres simples, de chambres doubles, équipements des chambres, possibilités éventuelles d'hébergement des familles. Les autres structures de santé sont seulement déclarées avec leur nom et leur adresse. L'annuaire répertorie aussi les professionnels de santé médicaux et paramédicaux concernés. Les informations contenues dans l'annuaire sont renseignées par les établissements eux-mêmes, sous leur responsabilité. La date de dernière mise à jour des données est affichée dans chaque page.

Le logiciel a été généralisé à l'ensemble de la région Rhône-Alpes en 2007 après une période de test. La version actuelle du logiciel intègre des outils complémentaires notamment un système d'orientation géographique via Michelin permettant le classement et l'affichage sur une carte géographique des résultats des orientations possibles du patient des structures les plus proches de son domicile aux structures les plus éloignées, ainsi qu'un tableau de bord de suivi des demandes et d'archivage des demandes pour chaque service prescripteur. Le logiciel incrémente également un observatoire des SSR à partir des demandes de transfert effectuées, soutenant par là la mission de contribution à l'organisation des soins assignée aux coordinations.

Le logiciel est également corrélé à d'autres outils de la plateforme régionale de télésanté en Rhône-Alpes SISRA :

- avec le serveur Oural (Observatoire des Urgences Rhône-Alpes). Oural est un serveur régional de veille et d'alerte sanitaire qui, conformément aux préconisations du plan urgences, recense des informations quotidiennes sur l'activité des SAMU, des services d'urgences, mais aussi sur les capacités en lits disponibles et les décès dans l'ensemble des établissements ; l'interface avec le serveur Oural permet ainsi de récupérer automatiquement et d'afficher le nombre de lits SSR disponibles dans chaque structure ;
- avec la plateforme d'échanges PEPS (Plateforme d'Echange pour les Professionnels de Santé) et le DPPR (Dossier Patient Réparti Régional); la plateforme PEPS permet aux professionnels habilités d'adresser et de consulter des informations médicales ou médico-sociales sur un patient suivi en réseau ; le DPPR permet aux professionnels de santé habilités de consulter toutes les informations stockées sur un patient dans les systèmes d'informations des établissements de la région ; l'interface de Trajectoire avec PEPS assure la transmission des données médicales rentrées dans la fiche de transfert du patient sur PEPS et dans le DPPR ;
- avec le serveur régional d'identités de patients STIC (Serveur Télématique d'Identités Commune) ; Le serveur STIC affecte à chaque patient une identification unique régionale, tout en laissant à chaque établissement son propre système d'identification des patients, dans un but de favoriser les échanges de données entre professionnels autour du patient et la coordination des soins ;

Ainsi, grâce notamment au thésaurus, aux informations données sur le patient lors de la recherche d'une orientation et aux données de l'annuaire, le logiciel Trajectoire permet de prendre en compte les spécificités du patient ou de son environnement. Il permet également de s'assurer que la ou les structures identifiées possèdent toutes les compétences humaines ou techniques requises. Il répond ainsi aux obligations posées par la circulaire du 3 octobre 2008 d'une fiche de préadmission médicale et à l'obligation d'évaluation des besoins du patient, en vue d'optimiser l'adéquation de l'orientation. Grâce à la fiche de transfert, le service d'accueil de SSR dispose de toutes les informations sur le patient pour organiser au mieux son accueil. Le logiciel est donc particulièrement utile pour répondre à plusieurs dysfonctionnements constatés dans les transferts de SSR : manque de lisibilité de l'offre en SSR, inadéquation des affectations de patients au vu de leur situation, délais importants de réponse aux demandes de transfert.

D'un point de vue pratique, le logiciel Trajectoire est par conséquent un outil qui peut être quasiment transposé « clefs en main » à toute coordination des SSR en construction, sauf pour les interfaces avec les autres outils de la plateforme SISRA et sous réserve d'élaboration de l'annuaire de l'offre dans le territoire concerné. Le thésaurus peut quant à lui être utilisé en l'état dans une autre région. C'est donc pour l'ensemble de ces raisons (outil développé pour les SSR, efficacité dans l'amélioration de l'orientation, facilité de transposition) que le volet SSR du SROS Poitou-Charentes a prévu, à juste titre, l'utilisation du logiciel Trajectoire par les coordinations de la région.

2.2.3 La coordination Rhône-Réadaptation, vers un modèle de réseau de soins intégrés ?

L'expérience de la coordination Rhône-Réadaptation appuyée sur le logiciel Trajectoire peut être comparée aux caractéristiques du modèle théorique de réseau de soins intégrés développé par A-P CONTANDRIOPOULOS⁶⁰ et ses coauteurs et repris par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie dans sa synthèse⁶¹ par rapport aux différentes dimensions de l'intégration.

Modèle du réseau de soins intégrés	Coordination Rhône-Alpes
Intégration clinique : elle repose d'une part sur une intégration des soins et des services consistant à coordonner l'intervention de chaque acteur et d'autre part sur une intégration des équipes cliniques (constitution d'équipes multidisciplinaires et articulation des équipes au réseau).	La coordination des SSR répond par essence à la définition de l'intégration des soins entre MCO et SSR. Comme les structures de SSR assurent une prise en charge pluridisciplinaire qui est répertoriée en détail dans le logiciel à disposition des structures de MCO, on peut également parler d'intégration des équipes cliniques.
Intégration normative : elle repose sur un système commun de référence.	L'orientation des patients proposée par un thésaurus élaboré en commun par les acteurs du territoire constitue une forte intégration normative.
Intégration fonctionnelle : elle repose sur une gouverne (répartition des responsabilités), un système de financement spécifique et un système	La coordination est fortement appuyée sur un système d'information. La gouverne est définie (rôle du prescripteur, rôle du service d'accueil). Il n'y a pas en revanche de

⁶⁰ CONTANDRIOPOULOS A-P., DENIS J-L., TOUATI N., et al., op. cit. p 3.

⁶¹ REGIE REGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE, op. cit. p 3.

d'information intégré.	système de financement spécifique qui prendrait en compte la coordination du parcours du patient.
Intégration systémique : pour qu'il y ait une intégration à un niveau donné, il faut une cohérence avec les autres niveaux. L'intégration verticale est l'union de secteurs différents mais interdépendants. L'intégration horizontale est une affiliation d'organisations qui fournissent des services similaires. L'intégration virtuelle regroupe des organisations indépendantes, non reliées administrativement, dans le but commun d'assurer des prestations de services à une population ciblée.	La coordination Rhône-Réadaptation s'inscrit dans un réseau de coordinations couvrant tous les territoires de la région, et s'inscrit dans le cadre d'un GCS regroupant établissements et structures de MCO et de SSR. En outre, le logiciel Trajectoire est corrélé à d'autres outils de la plateforme régionale de santé de Rhône-Alpes. Il y a donc une intégration systémique verticale importante rentrant dans le cadre de l'intégration virtuelle. Une limite réside dans le fait que la coordination ne prend pas en charge les liens entre SSR et structures d'aval.

La coordination Rhône-Réadaptation constitue donc quasiment un réseau de soins intégrés au sens du modèle théorique développé.

2.2.4 D'autres modèles de coordination à analyser

Si l'expérience de la coordination Rhône-Réadaptation est effectivement un modèle intéressant avec un réseau fortement intégré et si le logiciel Trajectoire est un outil facilitant grandement l'orientation des patients et facilement transposable, il convient pour un benchmarking complet d'étudier également le GCS « Nantes soins de suite » qui est un autre modèle de coordination développé parallèlement aux modèles de la région Rhône-Alpes. Par ailleurs, les transpositions en cours du système Trajectoire dans d'autres régions peuvent donner des indications sur la méthode de déploiement.

A) Le GCS « Nantes soins de suite »

Il existe depuis 2004 dans l'agglomération nantaise un GCS associant des établissements publics et privés en vue de faciliter l'orientation des patients en soins de suite. Il s'agit du GCS « Nantes Soins de suite ». Il regroupe notamment le CHU de Nantes et des établissements de SSR de l'agglomération. Le fonctionnement du GCS repose sur une cellule de coordination et d'animation opérationnelle depuis février 2007. Elle assure pour les services de court séjour de l'agglomération nantaise l'orientation des patients vers les structures de soins de suite et de réadaptation.

Le fonctionnement de la cellule présente plusieurs particularités qui la différencie du modèle de la coordination Rhône-Réadaptation. Elle assure en premier lieu l'orientation des patients domiciliés dans l'agglomération nantaise lorsqu'ils relèvent d'une certaine lourdeur ou d'une certaine urgence (ceux issus d'un service de médecine ou de cancérologie et les patients polyopathologiques et très âgés). Cette restriction vise à faciliter en priorité la prise en charge de patients hémiparétiques ou cancéreux ou relevant de soins palliatifs. En outre, depuis septembre 2008, 95 lits sur les 109 des établissements de SSR du GCS bénéficient d'une tarification spécifique pour accueillir des patients particulièrement lourds (dépendants avec GIR 1, 2 ou 3⁶²), qui sont les plus difficiles à orienter en sortie de court séjour.

Une autre particularité réside dans le fait que la cellule assure directement l'analyse de la situation du patient à partir des données du formulaire de demande de transfert transmis par le service MCO d'origine. Dans la mesure où la cellule dispose de l'état des lits des structures de SSR du GCS, elle oriente le patient selon les protocoles médicaux définis conjointement par les usagers de la cellule (services d'origine et d'accueil) au moyen d'une fiche unique d'admission. L'établissement d'accueil souhaité conserve toutefois toujours la possibilité de refuser l'admission puisqu'il reste juridiquement responsable de l'admission.

Le GCS intervient également avec les structures d'aval, pour faciliter la sortie des patients des lits de SSR. Ainsi le GCS a initié des conventions de partenariat avec des établissements médico-sociaux pour des hébergements temporaires de personnes âgées en sortie de SSR, pour des séjours de 3 mois dans les cas où le patient ne nécessite plus de surveillance infirmière la nuit mais ne peut encore rentrer à domicile. Le GCS est également impliqué dans un projet de logements collectifs pour personnes âgées dépendantes. Enfin, le GCS vise également à favoriser en aval des SSR le placement des patients en maison de retraite, en contrepartie d'un retour facilité en structures de SSR en cas de rechute de l'état du patient.

L'action de la cellule de coordination du GCS Nantes soins de suite est donc particulièrement intéressante : elle permet en effet de prioriser et d'améliorer l'orientation des patients les plus lourds dans un contexte de manque de places de SSR, elle évite

⁶² Les GIR classent les patients dans 6 groupes iso-ressources en fonction de leur niveau de dépendance évaluée par rapport à une grille nationale. Le GIR 1 correspond aux personnes les plus dépendantes, le GIR 6 aux personnes les moins dépendantes.

l'envoi de demandes d'admission à plusieurs structures et optimise l'occupation des lits des structures SSR du groupement. Enfin, la cellule est une structure pionnière en termes d'appui à l'orientation des patients en aval des SSR. Dans ces conditions, selon les dispositions du PMT du territoire Nantes-Châteaubriant, les compétences de la coordination SSR doivent s'étendre à l'orientation dans l'ensemble des lits de soins de suite polyvalents ou à orientation gériatrique du territoire.

Une limite essentielle du système du GCS Nantes soins de suite résidait toutefois dans l'absence d'informatisation de l'aide à orientation qui limitait le déploiement de l'action de la coordination sur une plus grande échelle. C'est pourquoi, un logiciel en cours d'expérimentation au CHU de Nantes a été développé pour le support informatique de l'activité du GCS. Ce logiciel permettra aux services de MCO de transmettre directement les données relatives au patient par voie informatique. Le logiciel doit également fournir, à la différence de Trajectoire, des informations sur la disponibilité des lits de SSR, L'expérience de la coordination « Nantes Soins de suite » montre donc l'intérêt d'appuyer la coordination sur un système d'information. Dans le même sens, il existe également en Picardie des coordinations territoriales en SSR opérationnelles. Ces coordinations sont pour l'instant organisées à petite échelle et ne reposent pas sur des outils web. Le volet révisé du SROS de Picardie prévoit par conséquent de doter la région de l'outil Trajectoire après un déploiement expérimental sur une zone de dimension infraterritoriale⁶³.

Si l'expérience du GCS Nantes soins de suite montre l'intérêt d'un système d'information en appui d'une coordination SSR, il montre également qu'il existe un modèle de coordination alternatif au système Trajectoire. Ce modèle alternatif présente des avantages que le système Trajectoire ne possède pas (suivi de l'état des lits, demande unique). Dès lors, le choix de Trajectoire dans le SROS III de la région Poitou-Charentes peut paraître prématuré mais il est lié au fait que le logiciel Trajectoire est connu, opérationnel et en cours de déploiement dans plusieurs régions tandis que logiciel développé par le GCS Nantes soins de suite n'a été conçu qu'en 2008 et est en cours d'expérimentation. Le système nantais présente, par rapport à Trajectoire, l'inconvénient de mobiliser du personnel de la coordination pour déterminer l'orientation des patients. Ainsi pour l'accomplissement de ses missions, la cellule de coordination de Nantes est constituée d'un médecin référent, d'une cadre de santé coordinatrice à temps plein, de 1,5 ETP de secrétaires et de 0,75 ETP d'assistante sociale.

⁶³ Agence Régionale de l'Hospitalisation de Picardie, 2009, Schéma régional d'organisation sanitaire de Picardie, volet SSR révisé. [19/09/2009], disponible sur internet : [http://www.parhitage.SANTÉ.fr/re7/pic/doc.nsf/\\$All/sros_ss](http://www.parhitage.SANTÉ.fr/re7/pic/doc.nsf/$All/sros_ss)

Le logiciel Trajectoire permet en revanche aux structures MCO de gérer directement les orientations et les demandes d'admission, libérant ainsi le personnel de la coordination pour un travail d'analyse des dysfonctionnements dans l'utilisation du logiciel et des flux et des besoins sur le territoire ainsi que pour des missions de la formation et de proposition d'organisation des soins. Une limite essentielle du système Trajectoire réside toutefois dans l'absence de système de suivi des lits : l'efficacité optimale de l'action de la coordination des SSR à terme nécessite donc que le dispositif Trajectoire soit complété par un système d'information commun sur l'état des lits de SSR de la région.

B) Les transpositions du modèle Rhône-Alpes : des exemples de méthodologie de déploiement

Conformément à la circulaire du 3 octobre 2008, d'autres dispositifs de coordinations inspirés comme le projet des coordinations en Rhône-Alpes sont en cours de déploiement dans plusieurs autres régions : en Haute-Normandie, en Nord-Pas-de Calais, en Picardie, en Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

Dans la région Haute-Normandie, une coordination territoriale des SSR est en cours de création sur le territoire de santé de Rouen-Elbeuf. Ce projet présente des points communs avec le projet de coordination dans la région Poitou-Charentes : comme en Poitou-Charentes, il s'agit d'une expérimentation territoriale appuyée sur l'utilisation du logiciel Trajectoire dans l'objectif d'une extension éventuelle au niveau régional, avec des missions pour la coordination identiques à celles prévues en Poitou-Charentes. Compte tenu de ces similitudes, les modalités et les phases de déploiement prévues de ce projet sont donc particulièrement intéressante eu égard au projet de coordination sur la région Poitou-Charentes. Il sera donc utile de suivre la mise en œuvre de cette coordination pour le projet dans la Vienne.

Le projet de coordination Rouen-Elbeuf présente en outre l'intérêt de l'idée d'une extension possible du dispositif au champ de l'hospitalisation à domicile (HAD) en cas de réussite de l'expérimentation et de l'extension de la coordination aux liaisons entre SSR et structures d'aval. Cette partie du projet sur l'amélioration de l'orientation en aval des SSR se décomposera en trois phases : une phase de diagnostic partagé des difficultés constatées pour les demandes de transfert en sortie des SSR ; une phase de recensement de l'offre de soins et de définition partagée des profils pouvant bénéficier de

certain types de structures (Services de soins infirmiers à domicile, HAD, Maisons d'accueil Spécialisées, unités de soins de longue durée, établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes) ; une phase d'évaluation des actions réalisées et de propositions d'amélioration de l'offre de soins et de la coordination.

L'expérimentation d'une coordination dans la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA) apporte également des éléments de méthodologie pour la mise en œuvre d'une coordination dans la Vienne au vu des facteurs de réussite et d'échec. La transposition du logiciel Trajectoire a été expérimentée avec succès dans le territoire Alpes-Nord correspondant au département des Hautes-Alpes. Le médecin coordinateur a souligné l'importance de l'adhésion des acteurs (structures de SSR et services de MCO prescripteurs) et le rôle majeur du médecin coordinateur pour susciter cette adhésion. Dans le même sens, l'expérience *a contrario* négative d'implantation du logiciel Trajectoire dans la même région sur le territoire Var-Ouest souligne le caractère fondamental de l'adhésion des acteurs : en l'espèce, le projet a été abandonné au profit de la construction d'un annuaire des structures de SSR dans un répertoire opérationnel des ressources (ROR) qui doit être finalisé dans le cadre de l'Observatoire Régional des Urgences de PACA (ORUPACA). Cette solution a été préférée par les utilisateurs potentiels au logiciel Trajectoire considéré comme trop « sophistiqué » et ne prenant pas en compte les habitudes d'adressage entre structures. Ce risque de rejet fondé sur les habitudes d'adressage, souligné également par le Professeur KEMOUN, chef de service de MPR du CHU de Poitiers, est donc à prendre au sérieux.

2.3 Proposition de méthodologie de déploiement visant à emporter l'adhésion des acteurs

Les expériences de la région PACA montrent l'importance de l'adhésion des acteurs. En effet, si le thésaurus, la fiche d'admission et la fiche de transfert du logiciel Trajectoire tel qu'il est utilisé dans la région Rhône-Alpes peuvent être transposés en l'état, l'utilisation du logiciel dans la région Poitou-Charentes nécessite la réalisation locale du répertoire des structures et unités de SSR. Cette démarche nécessite l'implication des acteurs locaux, tout comme le fonctionnement optimal de la coordination. Il convient donc de choisir une méthodologie de mise en œuvre de la coordination les associant au maximum.

Dans la mesure où le contexte des SSR est un contexte identique à celui des modèles théoriques d'amélioration de la coordination entre acteurs de soins et de la mise en œuvre de réseaux de soins intégrés, la méthodologie de mise en œuvre de la coordination dans la Vienne peut être confrontée aux facteurs de réussite de ces modèles

théoriques. Au vu de ces modèles, la coordination des SSR exige notamment un investissement fort de l'ARH dégageant les moyens requis.

2.3.1 La nécessité d'une implication des acteurs locaux

La mise en place du logiciel Trajectoire dans la région rend nécessaire la construction du répertoire des structures SSR : ce répertoire sera donc élaboré dans un premier temps sur chaque territoire d'expérimentation des cellules de coordination. Il est néanmoins d'ores et déjà nécessaire de l'étendre à la région pour les structures de recours régional. Une action commune des deux coordinations expérimentales peut être utile à cet effet. Le logiciel Trajectoire permet le remplissage direct des données les concernant par les différents établissements et structures de SSR. Toutefois, cela nécessite une adhésion de ces structures au projet. Si l'intérêt de la démarche semble compris des structures de SSR dont des représentants ont participé au groupe de travail ayant abouti au volet SSR du SROS, le fonctionnement optimal de l'outil Trajectoire nécessite également une précision et une exhaustivité des données, qui sera rendue possible par un accompagnement de la coordination.

De même, le fonctionnement optimal du logiciel Trajectoire exige aussi l'appropriation de la fiche de demande d'admission et de la fiche de transfert par les médecins et services prescripteurs. Une utilisation réussie de la fiche exige également de la part des prescripteurs, selon le Docteur DEBLASI, médecin de la Coordination Rhône-Réadaptation et animateur et concepteur de l'outil Trajectoire, une « prescription réfléchie, documentée, adaptée », un remplissage de la demande d'admission « informatif et complet » et un choix d'envoi dans les services de SSR prenant en compte les indications proposées par Trajectoire ainsi qu'un suivi attentif des échanges avec les services de SSR. Selon les acteurs de terrain, c'est unanimement l'adhésion des structures de MCO à la coordination et au logiciel qui sera la plus difficile à susciter.

Au-delà de l'appropriation de l'outil technique, les missions dévolues à la future coordination régionale (animer des procédures de prise en charge des patients, organiser une réflexion en MPR et soins de suite médicaux en terme de formation, ressources humaines, veille sanitaire et système d'information, produire des évaluations pour faire évoluer le dispositif régional de soins) supposent une implication et une concertation des structures prescrivant des soins et des offreurs de soins. L'implication des acteurs est ainsi une des préconisations du SROS dans la mise en œuvre de la coordination. Celle-ci ne sera obtenue qu'en donnant aux acteurs un système commun de références, partant de l'intérêt de la coordination à des pratiques partagées.

En effet, le bon fonctionnement d'une coordination ne naît pas simplement d'une injonction de l'autorité de tutelle mais de l'adhésion de tous les acteurs, d'autant que la mise en place de la coordination implique des changements dans leur pratique, or pour que le changement apparaisse, il faut selon A-P. CONTANDRIOPOULOS et ses coauteurs « qu'il soit perçu par une large coalition d'acteurs comme le moyen de réaliser un projet collectif excitant et pas seulement imposé de l'extérieur » puisque « Changer les pratiques est un exercice difficile, long et exigeant », particulièrement dans « des systèmes sociaux aussi complexes que celui des soins »⁶⁴.

Cela suppose donc une présentation claire de la démarche de mise en œuvre des coordinations et de l'outil Trajectoire. A cet effet, des réunions d'information et une communication est nécessaire. Ainsi, l'ARH de Poitou-Charentes et le CHU de Poitiers avait organisé conjointement dans le cadre de la révision du volet SSR du SROS au début de l'année 2009 une réunion de présentation du dispositif Trajectoire, avec l'intervention du Docteur Alain DEBLASI. L'ensemble des directeurs de la région ainsi que les médecins des MPR et de soins de suite et les chirurgiens avaient été conviés à cette présentation. Ce type de présentation mérite d'être réitérée sur chacun des territoires d'expérimentation d'une cellule d'orientation, en conviant de la même manière les directeurs de toutes les structures publiques ou privées de SSR, de court-séjour, des structures d'aval ainsi que les médecins des spécialités de SSR et des spécialités prescriptrices.

Au delà de l'acceptation du changement, il est hautement souhaitable d'obtenir une représentation commune sur l'utilité de la coordination des soins et des filières de soins chez les acteurs, c'est-à-dire une intégration normative. Il est d'autant plus important de susciter cette vision commune que la coordination rassemblera des acteurs de secteurs de soins différents (SSR, court-séjour, structures d'aval), avec parmi eux des établissements publics et des établissements privés, dont les logiques sont totalement opposées. Selon J-M CLEMENT⁶⁵ : « les barrières sont étanches entre ces deux catégories d'établissements : leur finalité sociale est opposée, leur mode de rémunération des médecins est différente, la constitution de leur capital social est incomparable, rien ne peut les rapprocher, hormis les soins qu'ils assurent ». Il convient donc de mettre en œuvre la coordination de manière à fédérer ces différents acteurs autour de ce qui peut

⁶⁴ CONTANDRIOPOULOS A-P., DENIS J-L., TOUATI N., et al., op. cit. p 3.

⁶⁵ CLEMENT J-M., 2006, « La coopération public-privé dans le domaine sanitaire », *Dossier BJPH*, n° 90, pp 12-15.

les rassembler : la réponse à des difficultés qui les affectent tous, l'amélioration de la qualité des soins par une prise en charge mieux organisée des patients.

Pour assurer cette intégration normative⁶⁶, plusieurs facteurs de succès sont jugés importants dans la littérature : la présence d'un leadership fort pour porter le plan stratégique, la nécessité de convaincre les acteurs de chacun des secteurs en les impliquant dès le départ dans la démarche, le développement d'une « culture réseau » ainsi que le développement d'une culture clinique orientée vers l'apprentissage de nouvelles méthodes.

2.3.2 Proposition d'un pilotage du projet assurant une intégration normative des acteurs locaux

Le volet SSR du SROS prévoit pour le déploiement de la coordination la possibilité de mise en œuvre d'un comité de pilotage au sein de chaque territoire de santé « afin d'aider le médecin dans sa mission ». Le SROS préconise en outre que le rassemblement de ces comités de pilotage permette de mettre en œuvre un réseau de professionnels qui deviendra un appui pour la coordination régionale. Il paraît effectivement indispensable d'assurer le suivi de la mise en place des coordinations territoriales et de leurs travaux pendant la phase d'expérimentation par un comité de pilotage. Il paraît tout autant indispensable d'appuyer la future coordination régionale par un réseau de professionnels, issus des différents secteurs impliqués. On peut toutefois imaginer que le réseau de professionnels nécessaire à l'appui de la coordination régionale mais aussi dans chaque territoire soit plus large que le comité de pilotage et que le comité de pilotage soit plus restreint autour d'une équipe qui aurait la responsabilité de l'impulsion, du suivi et du contrôle de la mise en œuvre de la coordination.

A l'heure actuelle, le dossier implique, au CHU de Poitiers, établissement support pour la coordination dans le territoire de la Vienne, le Directeur adjoint en charge du pôle Gériatrie comprenant plusieurs unités de SSR ainsi que le Directeur adjoint chargé de la Stratégie et des Territoires. Pour le territoire de la Charente Maritime Nord, le dossier implique le directeur adjoint du CH de La Rochelle en charge de la gériatrie et des SSR. Il est envisagé de créer un comité de pilotage regroupant autour de cette ossature les présidents de CME des établissements principaux concernés, de manière notamment à favoriser une implication des services de MCO. Des groupes de travail thématiques, associant directeurs, médecins, sur le modèle des groupes de travail du SROS pourront

⁶⁶ REGIE NATIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE, op. cit. p 3.

appuyer le travail de la coordination le cas échéant et favoriser aussi ainsi l'implication des acteurs locaux, dans la ligne de l'implication de ces acteurs dans la définition du SROS. Pour la problématique des soins de recours au niveau régional, il convient d'ores et déjà de construire des groupes de travail régionaux. On répondra ainsi à une des conditions de réussite de l'intégration normative.

Les cellules territoriales doivent reposer quant à elles sur un médecin responsable. Le mieux serait par conséquent de choisir un médecin qui soit à la fois un spécialiste des SSR ou de la médecine physique mais qui présente également la capacité de susciter l'adhésion de toutes les structures concernées, c'est-à-dire une personnalité à la fois implantée sur le territoire et la plus charismatique possible, dans le sens du leadership nécessaire à la réussite d'une intégration normative. Il a été convenu en ce sens entre l'ARH et les représentants des établissements supports pour les cellules expérimentales de la Vienne et de la Charente Maritime Nord que les équipes de chacun des établissements proposeraient un médecin coordinateur capable de susciter l'adhésion des acteurs du territoire.

Il convient en même temps de définir dans la méthodologie l'étendue précise des missions confiées aux cellules territoriales au vu des missions qui seront attribuées à la coordination régionale. L'organisation d'une réflexion en MPR et en soins de suite en termes de formation, ressources humaines, veille sanitaire ainsi que l'articulation avec les structures d'aval feront-elles partie de la compétence des coordinations territoriales au stade de l'expérimentation ? En tout état de cause, la dimension liée à la coordination avec les structures d'aval ne pourra être mise en place que dans un deuxième temps, dans la mesure où le logiciel Trajectoire ne la traite pas.

Il convient également de définir la durée de l'expérimentation, le planning des différentes phases de mise en place des cellules territoriales qui ne pourra être que progressif (constitution du comité de pilotage, affectation du médecin coordinateur, implantation de Trajectoire, réalisation du répertoire des structures SSR sur le territoire, expérimentation du logiciel par les services prescripteurs, période d'évaluation du fonctionnement et des dysfonctionnements éventuels) et les modalités d'évaluation des résultats de l'expérimentation. Ce n'est toutefois qu'à terme, une fois que les coordinations territoriales ou la coordination régionale seront pleinement opérationnelles notamment dans leur mission d'orchestration de la réflexion en SSR qu'on se trouvera vraiment dans une situation d'intégration normative avec une véritable culture réseau et le développement d'une culture clinique orientée vers l'apprentissage de nouvelles méthodes dans le cadre du réseau.

2.3.3 La nécessité d'un investissement fort de l'Agence Régionale

Parmi les conditions d'un changement réussi dans les organisations de soins à un niveau impliquant plusieurs acteurs, A-P. CONTANDRIOPOULOS, J-L. DENIS, N. TOUATI et R. RODRIGUEZ⁶⁷ citent du temps et des ressources, notamment des ressources matérielles et financières. L'expérimentation des cellules de coordination sur le territoire de la Vienne et de la Charente Maritime Nord n'échappe pas à cette règle. Elle suppose un investissement fort de l'ARH, de la même manière que la mise en œuvre de la coordination régionale est une priorité du SROS.

Outre l'investissement dans l'adhésion au club des utilisateurs du logiciel Trajectoire (30 000 €) et le local et le matériel requis pour le fonctionnement de la coordination, la mise en œuvre de chacune des coordinations territoriales nécessite au moins la mobilisation d'un mi-temps d'un médecin coordinateur spécialisé, voire d'un deuxième médecin à mi-temps lorsque la coordination assurera l'ensemble de ses missions, compte tenu de l'exigence énoncée plus haut d'un important travail d'accompagnement des acteurs à la fois dans la mise en place de la coordination et dans son fonctionnement. Il convient donc que l'ARH finance cette mise à disposition, qui aura une utilité non cantonnée au profit de l'établissement support mais au bénéfice de l'ensemble des établissements de MCO et de SSR de la région. A titre de comparaison, la cellule de coordination des SSR du territoire Alpes Nord (130 000 habitants) repose sur la mise à disposition d'un médecin coordinateur à 50% qui a mis en place l'outil Trajectoire et en assure le suivi. La cellule du territoire de Rouen-Elbeuf repose sur deux médecins coordinateurs mis à disposition chacun pour 4 demi-journées, soit l'équivalent total de 0,8 ETP, ainsi qu'un secrétariat à mi-temps. La situation de ces cellules est relativement comparable à la cellule de coordination qui devra être mise en œuvre dans la Vienne.

La coordination Rhône-Réadaptation comprend quant à elle, affectés comme membres permanents à la cellule, un médecin de coordination adultes, un médecin de coordination enfants, un conseiller qualité, et une secrétaire, auxquels s'ajoute un mi-temps de cadre socio-éducatif, mis à disposition par les HCL. Il est vrai toutefois que la situation de la coordination dans la Vienne n'est pas comparable à celle de la coordination Rhône-Réadaptation dont le personnel a assuré le développement du logiciel Trajectoire et assure le traitement et l'analyse des données issues de l'observatoire des SSR Trajectoire sur toute la région.

⁶⁷ CONTANDRIOPOULOS A-P., DENIS J-L., TOUATI N., et al., op. cit. p 3.

Rappelons que la circulaire relative à la campagne tarifaire 2009 des établissements de santé prévoit au niveau national 13 millions d'euros en vue du financement de la création de dispositifs de coordination SSR et de postes d'assistantes sociales en SSR. Dans ces conditions, il est indispensable que la coordination des SSR soit financée à hauteur des enjeux qu'elle représente.

Ainsi, tous les facteurs de réussite d'un changement en vue d'une intégration normative seront réunis. Néanmoins, si l'on se rapporte au modèle d'intégration des soins développés dans la littérature, l'intégration normative n'est qu'un volet de la constitution d'un système de soins intégrés, qui repose également sur une intégration clinique, sur une intégration fonctionnelle et sur une intégration systémique. Dès lors, l'implantation d'une coordination des SSR en Poitou-Charentes s'analyse comme une première étape de l'implantation d'un système de soins intégré. En effet, l'optimisation quantitative ou qualitative de l'offre de soins en SSR nécessite la construction d'un véritable système intégré de soins.

3 Les conditions d'une optimisation qualitative de l'offre de soins dans un contexte financier incertain

La mise en œuvre de la coordination des SSR en Poitou-Charentes s'inscrit dans un contexte de réforme du financement de ce secteur. Cette réforme, consistant en un passage à un financement à l'activité dont les modalités sont encore très incertaines, devrait néanmoins avoir un effet contraignant sur le financement des SSR, et par conséquent accroître le besoin d'une optimisation de l'offre de soins. Dans tous les cas, l'offre de soins de SSR nécessite en effet d'être optimisée dans la région Poitou-Charentes au vu des besoins de la population. Toutefois, cette restructuration de l'offre de soins ne sera optimale notamment du point de vue qualitatif que si elle s'accompagne de la poursuite d'un décloisonnement entre les différents acteurs. Ce décloisonnement peut s'analyser comme l'orientation vers un système de soins intégrés, dans le prolongement de l'action de la coordination des SSR.

3.1 Une optimisation de l'offre de soins induite par le passage au financement à l'activité

3.1.1 Un modèle de financement encore incertain

La réforme du financement des SSR vise à la mise en place d'une allocation des ressources à l'activité en SSR à la fois pour les établissements publics et les établissements privés pour l'année 2012 « au plus tôt » selon les termes de Martine Aoustin, Directrice de la mission T2A⁶⁸. Dans l'attente, un modèle intermédiaire de financement à l'activité a été mis en place dans le cadre de la campagne budgétaire 2009.

Les enjeux de ce passage à la T2A pour les SSR sont d'une part d'accompagner la réorganisation de l'offre de soins en lien avec la réforme des autorisations et des conditions de fonctionnement et donc de soutenir l'évolution de l'offre et « sa restructuration le cas échéant »⁶⁹ et d'autre part de mettre en place un système d'allocation de ressources plus équitables en fonction de l'intensité des soins et de la nature et la durée de prise en charge. Le mode de fonctionnement actuel, essentiellement historique, est en effet totalement dénué de critères médicalisés et totalement déconnecté de l'activité des établissements. « Répondant à des logiques différentes selon les secteurs, il est également hétérogène selon les régions »⁷⁰. Le passage des SSR à la T2A permettra également de bâtir un système cohérent avec le financement de l'activité MCO alors que les différences actuelles entraînent des distorsions : la tendance à la baisse de la durée de séjour en MCO entraîne en effet un report de patients sur les SSR alors que la tarification en SSR n'est pas prévue pour accompagner ce type de prise en charge.

Le modèle cible de financement à l'activité en cours d'élaboration pour 2012 prévoit un financement en 4 compartiments, sur le même modèle que le financement à l'activité du MCO :

- Un compartiment « activité » ;

⁶⁸ Aoustin M., « Le modèle de financement. Mission T2A » in FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, *Les SSR, poumon des filières de soins*, 9 juin 2009, Paris.

⁶⁹ Ibid.

⁷⁰ GAUBERT Y., LE BAYON G., « Analyse des structures d'activité et projection du nouveau modèle - FHF » in FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, *Les SSR, poumon des filières de soins*, 9 juin 2009, Paris : [03/09/09], disponible sur internet : [http://www.fhf.fr/content/view/full/15408/\(language\)/fre-FR](http://www.fhf.fr/content/view/full/15408/(language)/fre-FR)

- Un compartiment MIGAC (Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation) ;
- Un compartiment de financements complémentaires pour les médicaments onéreux et dispositifs médicaux voire éventuellement pour certaines activités comme par exemple la dialyse ;
- Un compartiment de financement des plateaux techniques spécialisés.

Le modèle intermédiaire de financement mis en œuvre à partir de 2009 concerne pour les établissements sous dotation globale une fraction de 2% de leur dotation annuelle de financement (DAF). Ce modèle, développé par l'Agence Technique sur l'Information Hospitalière (ATIH), est fondé sur un Indice de Valorisation de l'Activité (IVA) et un indice de modulation. L'IVA est un indicateur médico-économique développé pour les SSR qui sert à pondérer l'activité en fonction des données issues des résumés hebdomadaires standardisés (RHS) du PMSI. Les journées de SSR sont pondérées en un nombre de points IVA en fonction de 8 variables : le groupe de morbidités dominantes (GMD), la classe d'âge, les comorbidités associées et les actes médicaux pratiqués, la dépendance physique, la dépendance cognitive, les activités de rééducation et de réadaptation pratiquées, la finalité de la prise en charge et le type d'hospitalisation (complète ou partielle). Une ressource théorique est alors calculée pour chaque établissement en multipliant d'abord le nombre de points IVA par la valeur financière nationale du point puis en ajoutant le montant des ressources qui pourraient être financées dans les MIGAC, comme molécules onéreuses ou au titre des plateaux techniques spécialisés. L'indice de modulation de chaque établissement est enfin égal à la division des ressources réelles au titre de la dotation annuelle de financement (DAF) 2007 et la ressource théorique de l'établissement. Sur l'année 2009, une fraction de 2% de la DAF est modulée en fonction de cet indice.

Les groupes de morbidités dominantes (GMD) constituent les catégories de classification mises en place avec l'IVA dans le PMSI-SSR, pour remplacer les GHJ (Groupes homogènes de journées) et GHM (GHM), groupes homogènes de malades, utilisés en MCO et utilisés en SSR jusqu'en 2008 mais qui ne sont pas adaptés à l'activité SSR. En effet, dans le champ des SSR, la variation de différents paramètres comme l'âge du patient, l'état de santé du patient, la nature et le nombre de ses déficiences, la complexité de son environnement social rendent difficiles la prévision d'une durée de séjour à l'entrée. Ainsi, chaque RHS est classé dans une catégorie majeure clinique (CMC) avant d'être affecté dans un GMD qui regroupe les diagnostics principaux en fonction des variables recueillies dans le GHS (finalité de la prise en charge, manifestation morbide

majeure et affection étiologique). Il y a désormais 42 GMD d'adultes et 27 pour les enfants.

Il convient toutefois de préciser que le modèle de financement à l'activité pour 2012 est encore en cours de finalisation. Il nécessite au préalable une classification médico-économique de l'activité SSR et une nouvelle échelle nationale des coûts (ENC). L'ENC SSR est ancienne car élaborée en 2001 et ne reflète donc pas les coûts actuels. Elle avait été en outre constituée avec un petit nombre d'établissements uniquement publics et peu représentatifs de la réalité des SSR dans la mesure où la gériatrie, la pédiatrie et l'alcoologie par exemple étaient peu représentées. C'est pourquoi, une étude nationale de coût SSR a été relancée en 2009, avec une méthodologie commune au public et au privé. Cette étude s'étendra en 2010 avec un échantillon d'établissements revus. Les données seront exploitées en 2011-2012, notamment pour l'élaboration du modèle cible T2A. Il est également prévu en 2009-2010 une refonte du Catalogue des Actes de Rééducation-Réadaptation (CdARR) aboutissant à une nouvelle nomenclature des actes de rééducation-réadaptation en collaboration avec les sociétés savantes et les experts. Enfin, les groupes de morbidités dominantes doivent être réajustés (création et modification de certains GMD). En raison de tous ces prérequis, Maryse CHODORGE, Directrice de l'ATIH estime que l'objectif d'une T2A SSR en 2012 est « un peu juste »⁷¹.

De ce fait, les modalités du financement du compartiment activité ne sont pas encore tranchées entre l'hypothèse d'une modulation du type de l'IVA ou l'hypothèse d'un financement par des tarifs de pathologie comme en MCO. Le financement des plateaux techniques spécialisés est quant à lui encore en questionnement sur le principe, compte tenu de leur spécialisation et de leur hétérogénéité rendant difficile leur prise en compte. A cet effet, une nouvelle enquête a été lancée par la mission T2A au second semestre 2009. En ce qui concerne le financement des molécules onéreuses, une étude est en cours dans les établissements concernés afin de finaliser la liste. De même, les modalités de financement des missions d'intérêt général sont à l'étude pour l'identification des missions concernées et des montants dans le champ des SSR. Dans ces conditions de fortes incertitudes sur le modèle de T2A, l'impact de sa mise en place reste lui aussi incertain, oscillant entre des risques et des opportunités.

⁷¹ Intervention au colloque FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, *Les SSR, poumon des filières de soins*, 9 juin 2009, Paris.

3.1.2 L'impact du modèle envisagé : une menace mais aussi une opportunité de restructuration de l'offre de soins

L'impact de la tarification à l'activité en SSR est dépendant de la prise en compte des différents paramètres des soins en SSR qui sera arrêtée. Selon les annonces du ministère, la T2A devrait permettre de prendre en compte les particularités de l'activité des SSR. Ainsi, selon Martine Aoustin, Directrice de la mission T2A, le modèle de T2A SSR devrait prendre en compte l'intensité des soins et prévoir un financement spécifique ajustable pour les séjours de très longue durée, notamment dans plusieurs pathologies lourdes (sclérose en plaques, maladies neurodégénératives, prise en charge des grands brûlés)⁷². Le compartiment molécules onéreuses devrait quant à lui permettre le financement des traitements contre le VIH et de la toxine botulique.

Toutefois, les professionnels de l'activité des SSR redoutent à l'inverse un nivellement par le bas du financement ainsi qu'une remise en question de la médicalisation des SSR polyvalents, dans l'hypothèse où une insuffisance globale de financement serait couplée à un alignement des financements sur les activités les moins spécialisées. Ces craintes s'appuient notamment sur l'incertitude d'une prise en charge des plateaux techniques et sur l'incertitude relative au contenu des MIGAC. Ces conditions d'incertitude et le risque de pertes de ressources peuvent conduire aujourd'hui les établissements ayant une activité de SSR à un certain attentisme : ainsi, à titre d'exemple, le CHU de Poitiers a abandonné pour ces raisons en 2007 un projet d'investissement important dans un nouveau bâtiment dédié à la MPR.

Futur levier d'amélioration de la qualité des soins ou futur facteur de nivellement, la T2A devrait dans tous les cas avoir un effet restructurant sur l'organisation des soins de suite et de réadaptation. En premier lieu, la mise en place de la T2A va obliger les établissements à améliorer le suivi et le recueil de leur activité. Ensuite, la T2A va obliger les établissements à optimiser l'utilisation de leurs ressources. En effet, des études montrent que la tarification à l'activité risque d'entraîner une redistribution des ressources, ce qui est logique puisque la dotation globale était fixée sur des bases historiques. Cette redistribution des ressources aura un effet d'autant plus restructurant qu'elle s'inscrira, comme pour la T2A MCO, dans une enveloppe globale fermée pour les SSR.

Ainsi, l'indice de modulation n'a pour l'année 2009 qu'une portée symbolique (modulation de 2% des recettes) mais il permet d'ores et déjà aux établissements d'estimer le rapport

⁷² Aoustin M., op. cit. p 42.

entre leur activité et les ressources budgétaires qui leur sont allouées actuellement ainsi que leur situation potentielle avec la tarification à l'activité (perte ou gain potentiels de recettes) dans l'hypothèse où la T2A SSR serait fondée sur l'IVA. Une étude de l'ATIH sur l'impact de l'utilisation de l'indice de modulation pour l'allocation de ressources, en fonction de catégories d'établissement montre que certaines catégories d'établissements semblent sur-dotées et que dans toutes les catégories d'établissements les établissements les mieux dotés sont les plus sur-dotés⁷³.

Une étude de la FHF⁷⁴ réalisée à partir de données ATIH compare les recettes affectées dans chaque région en 2007 avec les recettes simulées intégralement sur la base des points IVA d'une part et sur la base des 4 compartiments prévus de financement à l'activité d'autre part. L'étude montre, sans surprise, des variations du volume global de dotations régionales. Ces variations peuvent être très importantes : ainsi, pour la région Ile-de-France, la simulation intégralement basée sur des points IVA montre une baisse de presque 110 millions d'euros de recettes soit une baisse de 15,7 %. En ce qui concerne la région Poitou-Charentes, la baisse est plus faible, mais il s'agit néanmoins d'une baisse de ressources substantielle : une baisse de 5 651 897 euros avec la simulation basée sur les points IVA, une baisse de 3 604 056 euros avec la simulation incluant les 4 compartiments du modèle de financement. La même étude montre que l'indice de modulation est en moyenne pour la région de 1,04 soit un indice montrant une légère « sur-dotation » par rapport aux recettes attendues avec la tarification à l'activité. L'indice de modulation le plus élevé dans la région se trouve dans la catégorie des hôpitaux locaux, c'est-à-dire des établissements les plus petits et le plus orientés sur les soins de suite gériatriques qui apparaissent donc dans la région comme les plus fragiles à la tarification à l'activité.

La perspective de la mise en œuvre de la T2A représente donc à la fois une menace puisqu'elle risque de remettre en cause la structuration de l'offre voire sa qualité mais également une opportunité d'adapter l'offre aux besoins et d'améliorer la qualité et la coordination de l'offre, en particulier pour le secteur public qui, avec la dotation globale, avait un financement totalement déconnecté de l'activité médicale. Aussi, Gérard VINCENT, le délégué général de la FHF a-t-il lancé le 9 juin 2009 un appel aux pouvoirs

⁷³ CHODORGE M., DUCRET N., SAUVADET V., « De l'IVA à l'ENCC SSR » in FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, *Les SSR, poumon des filières de soins*, 9 juin 2009, Paris : [03/09/09], disponible sur internet :

[http://www.fhf.fr/content/view/full/15408/\(language\)/fre-FR](http://www.fhf.fr/content/view/full/15408/(language)/fre-FR)

⁷⁴ GAUBERT Y., LE BAYON G., op. cit.p 42.

publics pour que le dossier sur la tarification en SSR « avance au plus vite »⁷⁵. En tout état de cause et compte tenu de la nouvelle structuration des soins initiée par la réforme de la réglementation, il paraît opportun pour les établissements et les ARH d'anticiper l'optimisation de l'offre de soins.

3.2 Une optimisation de l'offre de soins au niveau régional nécessitant une concertation par territoire

La révision des volets SSR des SROS prévue dans le décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 avant le 22 octobre 2009 avait pour objectif d'assurer une meilleure lisibilité de l'offre, une meilleure prise en compte des besoins de la population et une optimisation des structures autorisées. Dans la région Poitou-Charentes, le volet révisé SSR du SROS III prévoit une organisation territoriale graduée des soins renforcée. Cette réorganisation des soins risque toutefois de susciter des difficultés pour les établissements concernés et devra par conséquent faire l'objet d'une concertation sur chaque territoire de recours.

3.2.1 Un renforcement d'une offre de soins graduée

Le volet SSR révisé du SROS de la région Poitou-Charentes vise à compléter l'offre de soins dans la région notamment dans les spécialités où elle est inexistante (unité d'éveil précoce). Conformément aux objectifs de gradation de l'offre de soins des décrets du 17 avril 2008, il prévoit une organisation de l'offre de soins articulée sur deux exigences : une exigence de proximité avec l'accueil des patients notamment âgés au plus près des bassins de vie ; une exigence d'expertise avec des structures spécialisées. Conformément à cette double logique, le SROS organise les activités en 3 niveaux : les activités relevant du niveau de proximité, les activités relevant du niveau du territoire de recours et les activités relevant du niveau du territoire régional.

Au niveau du territoire de proximité, le SROS Poitou-Charentes prévoit le renforcement du maillage géographique existant de structures de SSR polyvalents dans un cadre général de renforcement du nombre de lits de SSR sur les territoires pour atteindre la moyenne nationale de 1,58 lits de SSR pour 1000 habitants. Nous avons effectivement vu que la région se caractérisait par un sous-équipement global en SSR. Des lits de soins palliatifs seront identifiés au sein de ces structures. Le SROS prévoit également que, compte tenu du vieillissement de la population, chaque territoire dispose d'une structure de SSR spécialisée en gériatrie. Il est vrai que l'offre de SSR gériatrique méritait d'être renforcée (cf 1.1.3). Au sein des établissements exerçant une activité de SSR gériatrique, une unité

⁷⁵ Discours d'introduction du colloque FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, *Les SSR, poumon des filières de soins*, 9 juin 2009, Paris.

devra être consacrée « dans chacun des départements » à la prise en charge des malades présentant des troubles cognitivo-comportementaux.

Au niveau du territoire de recours, le SROS prévoit l'organisation de SSR spécialisés dans les affections de l'appareil locomoteur d'une part et dans les maladies du système nerveux d'autre part, compte tenu des compétences médicales spécialisées et des plateaux techniques exigés réglementairement pour ces activités.

Enfin, au niveau régional, le SROS prévoit de maintenir et conforter l'offre existante de SSR spécialisées de recours régional⁷⁶. Il s'agit en effet d'activités exigeant une forte spécialisation mais pour lesquelles l'état des lieux du SROS a montré une demande régionale satisfaite dans les à l'exception des SSR respiratoires et du besoin d'une unité d'éveil précoce. C'est pourquoi, une structure de SSR respiratoires est en cours de création dans la région. Le SROS prévoit par ailleurs la mise en place d'une unité d'éveil dans la région pour les éveils précoces des traumatisés crâniens ou des patients post-neurochirurgicaux lourds, en complément des unités d'accueil spécifiques pour les patients en état végétatif chronique (EVC) ou en état pauci-relationnel.

Cette organisation de filières de soins graduées correspond à un des volets des réseaux de soins intégrés qui ont pour caractéristique de coordonner un éventail complet de soins et de services de santé adaptés aux besoins de la population⁷⁷. Elle sera mise en œuvre concrètement par la révision des autorisations d'activité qui doit s'ouvrir dans les 6 mois suivant la publication des SROS, conformément au décret n° 2008-377 du 17 avril 2008⁷⁸.

3.2.2 La nécessité d'une réflexion par territoire sur l'optimisation de l'offre de soins

Le décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 prévoit que les autorisations soient accordées aux établissements pour leur activité de SSR à condition qu'ils se mettent dans les deux ans suivant l'autorisation en conformité avec les conditions d'implantation réglementaires. Dans ce contexte, la combinaison des conditions de fonctionnement pour les structures spécialisées, du développement des structures de prise en charge gériatrique sur les territoires de proximité et plus tard des difficultés de démographie médicale et de la mise en place de la T2A en SSR pourrait faire craindre aux établissements de proximité une

⁷⁶ SSR des affections cardio-vasculaires, des affections respiratoires, des affections digestives et endocriniennes, des conduites addictives, des enfants et adolescents, des affections dermatologiques et enfin des déficients visuels et auditifs

⁷⁷ REGIE NATIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE, op. cit. p 3.

⁷⁸ Reprenant les dispositions de droit commun de l'article R 6122-29 du Code de la Santé Publique

redistribution de leur activité au profit des établissements de recours, avec un recentrage des SSR polyvalents sur les soins gériatriques. De plus, le SROS Poitou-Charentes affirme comme condition pour l'autorisation des prises en charge spécialisées une masse critique suffisante c'est-à-dire d'au moins 15 lits et des moyens humains et techniques suffisants.

C'est pourquoi, pour éviter une concentration trop forte des activités de SSR et conserver une répartition géographique équilibrée sur la région, l'ARH souhaite n'octroyer à un même établissement, outre l'autorisation pour les soins polyvalents, qu'au maximum deux autorisations pour deux mentions d'activités spécialisées. Cette disposition concerne-t-elle les seules activités de territoire de recours c'est-à-dire les activités de SSR de l'appareil locomoteur et du système nerveux ou l'ensemble des activités de SSR ? Dans ce dernier cas, cela risquerait de pénaliser les établissements offrant une large palette de soins de suite et de réadaptation comme par exemple le CHU de Poitiers qui souhaite ouvrir une unité de SSR cardiologiques en lien avec son activité alors qu'il y a une autre unité de SSR cardiologique pas loin de Poitiers.

Dès lors, un débat sur l'offre de soins dans le cadre de la validation des projets médicaux de territoire est indispensable sur le plan quantitatif et qualitatif. La fondation de communautés hospitalières de territoire dans le cadre de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires devrait fournir un levier efficace pour l'organisation de l'offre publique en SSR. En ce sens l'idée émise dans le projet de projet médical de territoire de la Vienne d'un plan d'action des établissements publics du territoire pour les SSR est particulièrement intéressante, mais il serait nécessaire de la développer au-delà de la mise en place de la coordination des SSR sur la concertation des autorisations demandées. Cependant, les difficultés que pourraient générer la restructuration de l'offre rendent également nécessaire un décloisonnement plus important entre acteurs au-delà des seuls établissements publics, permettant la finalisation de véritables filières de prise en charge et l'amélioration de la qualité de l'offre.

3.3 Préconisations pour un décloisonnement entre acteurs : vers un système de soins intégrés

La mise en place des coordinations territoriales et régionale des SSR en Poitou-Charentes est une condition indispensable du décloisonnement entre acteurs mais elle n'est qu'une étape dans cette voie. L'optimisation de l'offre de soins dans un contexte de passage à la T2A et l'amélioration de la prise en charge du patient reposent également sur l'organisation de la coordination des SSR avec les structures d'aval, le développement des alternatives à l'hospitalisation ainsi que l'intégration des hôpitaux dans des filières de

soins. La structuration des SSR sera ainsi plus proche du modèle du réseau intégré de services, c'est-à-dire d'un « ensemble d'organisations interreliées et complémentaires qui fournit ou assure la prestation d'un continuum de services coordonnés à une population définie d'un territoire circonscrit, en étant responsable des résultats de l'état de santé de la population desservie »⁷⁹.

3.3.1 Étendre la coordination avec les structures et les soins d'aval

Si l'on constate un manque de fluidité des services de MCO vers les services de SSR, les structures de SSR sont elles-mêmes confrontées à des difficultés importantes pour le transfert de leurs patients dans des structures d'aval.

L'enquête flash réalisée par la FHF dans le Nord-Pas-de-Calais⁸⁰ montre un taux de 23% de patients médicalement sortants encore hospitalisés en SSR en attente de solutions d'aval. L'enquête du même type réalisée en Lorraine⁸¹ montre quant à elle un taux de patients médicalement sortants en SSR de 26%. Dans les deux cas, le plus grand nombre de patients sont en attente de place d'EHPAD (35,9 % des patients en attente dans le Nord-Pas-de-Calais et 48,2 % en Lorraine) devant les soins de longue durée (12,7 % dans le Nord-Pas-de-Calais, 25,9% en Lorraine). Les autres patients sont en attente d'orientation en Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS)⁸², dans d'autres structures de SSR, en hospitalisation à domicile (HAD) ou en attente de retour à domicile. L'étude en Lorraine montre que ces patients sortants de SSR ont une attente moyenne de 1 mois et 5 jours, ce qui est une durée importante. L'étude dans la région Nord-Pas-de-Calais montre que le premier motif d'attente de ces patients est lié au manque de place, devant la rareté des compétences nécessaires et les difficultés sociales.

En région Poitou-Charentes, s'il n'existe pas d'études, le volet SSR du SROS de Poitou-Charentes, élaboré par des acteurs de la problématique, fait état de structures sociales et médico-sociales en nombre insuffisant en particulier pour les patients jeunes lourdement handicapés, en USLD pour les patients de moins de 60 ans, ainsi qu'en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)⁸³ et en MAS. *L'atlas hospitalier et médico-social* de la FHF⁸⁴ fait en ce

⁷⁹ REGIE NATIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE, op. cit. p 3.

⁸⁰ THUMERELLE, op. cit. p 19.

⁸¹ DUMAY, op. cit. p 19.

⁸² Les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) sont des établissements médico-sociaux recevant des personnes adultes atteintes d'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave, ou gravement polyhandicapées, n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants.

⁸³ Les Foyers d'Accueil Médicalisé forment une catégorie d'établissement médico-social accueillant des adultes gravement handicapés mentalement ou physiquement.

⁸⁴ FHF, op. cit. p 12.

sens état de 587 places de maisons de retraites à installer dans la Vienne et de 310 en Charente-Maritime pour que la région atteigne le même niveau proportionnellement que les objectifs nationaux de 20 000 places supplémentaires en 2010⁸⁵. En ce qui concerne la prise en charge des adultes handicapés, l'atlas de la FHF évaluait en 2007 le besoin de 101 lits supplémentaires dont 14 dans la Vienne, par rapport aux objectifs nationaux pour 2007. Le SROS fait également état des difficultés pour les structures de SSR pour trouver rapidement la place adaptée aux besoins et aux désirs du patient en raison d'une connaissance insuffisante de l'offre et d'un manque de coordination et d'articulation entre les structures.

Dans ces conditions d'offre médico-sociale insuffisante, il apparaît particulièrement nécessaire de compléter les missions de la future coordination régionale des SSR par une coordination du transfert dans les structures d'aval, comme le prévoit le SROS Poitou-Charentes au sujet de la coordination SSR. En effet, l'embolisation de lits de SSR par des patients en attente de places d'aval est un des facteurs contribuant au manque de fluidité des transferts de MCO vers les SSR. De plus, les SSR assument pendant cette attente le coût de la prise en charge alors que le séjour ne donnera lieu à aucune recette avec un système de tarification à l'activité. Il n'existe pas encore de modèle abouti de coordination entre les SSR et les structures d'aval si ce n'est au sein du GCS Nantes soins de suite. Cependant, plusieurs coordinations font état du projet de mise en œuvre de ce type de coordination après la coordination entre court-séjour et SSR : le projet du territoire de Rouen-Elbeuf, la coordination Rhône-Réadaptation. La même architecture que pour les coordinations MCO pourrait être utilisée pour la mise en œuvre de ce type de coordination avec la construction d'un répertoire des structures d'aval ainsi qu'une fiche unique d'admission qui serait transmise par liaison sécurisée internet.

3.3.2 Développer les alternatives à l'hospitalisation

Les alternatives à l'hospitalisation correspondent à des prises en charge ne dépassant pas une journée ou une nuit : hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, hospitalisation à domicile (HAD) et chirurgie et anesthésie ambulatoire. Ce type de prise en charge peut permettre dans les cas où elle est possible des soins moins onéreux que l'hospitalisation complète et une meilleure qualité de vie du malade pendant la prise en charge en ne coupant notamment pas ses liens avec son milieu de vie habituel. Ces

⁸⁵ Objectifs du Plan Solidarité Grand Âge qui prévoit 5000 places supplémentaires par an à partir de 2007. MINISTÈRE DÉLÉGUÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE, AUX PERSONNES ÂGÉES, AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET À LA FAMILLE,, 2006, Plan Solidarité Grand Âge, 39 p. [27/09/2009], disponible sur internet : http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/plan_solidarite_grand_age.pdf

alternatives à l'hospitalisation présentent donc un intérêt particulier pour les SSR, placés dans une situation de double défi de continuer à améliorer la qualité de la prise en charge tout en étant bientôt dans une situation financière vraisemblablement plus contrainte.

L'hospitalisation à domicile a vocation à délivrer des soins coordonnés de nature hospitalière au domicile du patient. Depuis quelques années elle se développe rapidement et bénéficie aujourd'hui d'un contexte réglementaire et tarifaire plus favorable. L'HAD est désormais inscrite comme volet obligatoire des schémas régionaux d'organisation sanitaire. En 2006, au niveau national, 164 structures d'HAD représentant 6700 places ont produit près de 85 000 séjours soit deux millions de journées d'hospitalisation à domicile⁸⁶. Les soins palliatifs, de cancérologie et de périnatalité sont les principaux motifs d'admission de patients en HAD. Toutefois, l'offre d'HAD dispose encore d'un potentiel important de développement : l'objectif gouvernemental annoncé était de 15 000 places installées à l'horizon 2010⁸⁷.

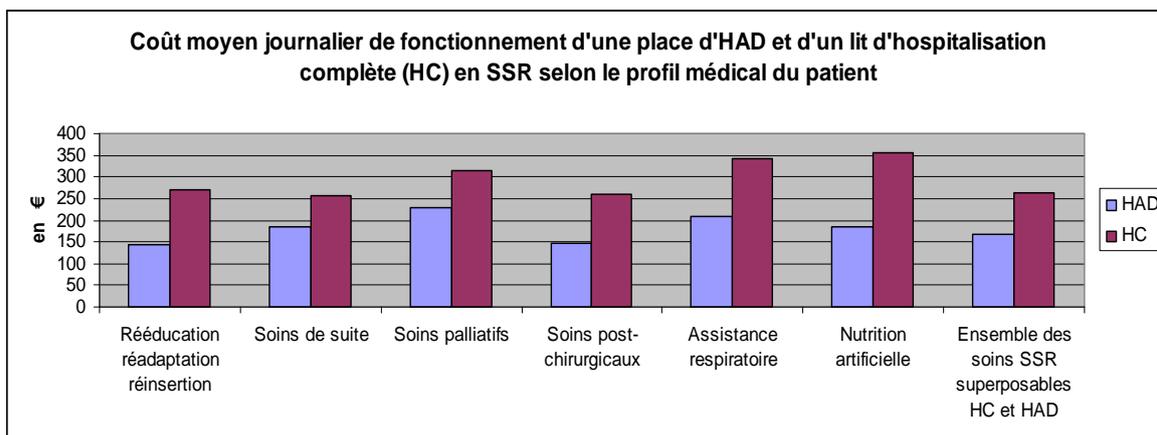
L'hospitalisation à domicile présente en effet plusieurs avantages. Elle permet de raccourcir l'hospitalisation en établissement de santé (pour un patient sur trois de l'HAD selon les chiffres du PMSI 2006) et de l'éviter dans certains cas (pour un patient sur trois également). L'HAD est particulièrement intéressante pour la prise en charge des personnes âgées pour qui elle permet d'éviter la désocialisation engendrée par l'hospitalisation classique et de protéger les liens avec l'entourage, lui aussi souvent âgé. Son intérêt humain est donc largement reconnu, notamment à travers les enquêtes de satisfaction auprès des patients et de leur entourage. Enfin, l'HAD est particulièrement adaptée pour la prise en charge de patients sortants d'hospitalisation dans un objectif de maintien à domicile. Une étude de l'IRDES (Institut de la Recherche et Documentation en Economie de la Santé) pour le compte de la DHOS estime que 64% soit quasiment les deux tiers des journées réalisées dans des établissements de SSR sous dotation globale (c'est-à-dire publics et PSPH) relèvent d'activité considérées comme réalisables en HAD d'un point de vue médico-technique, ce qui constitue une part considérable de l'activité de SSR⁸⁸.

⁸⁶ AFRITE A., CHALEIX M., COM-RUELLE L., VALDELIEVRE H., « L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients –Exploitation des données PMSI 2006», questions d'économie de la santé, n° 140, disponible sur internet : [12/09/2009], <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes140.pdf>

⁸⁷ Objectifs émanant du plan Solidarité Grand Âge op. cit. p 50 et repris dans la circulaire DHOS/O3n° 2006-506 du 1^{er} décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile.

⁸⁸ AFRITE A., COM-RUELLE L., OR Z., RENAUD T., 2007, « L'hospitalisation à domicile, une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation », *Questions d'économie de la santé*, n° 119. 8 p. Disponible sur internet : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes119.pdf>

Cette étude montre également que, pour ces soins de SSR qui pourraient être effectués en HAD, le coût de fonctionnement d'une journée d'hospitalisation est en moyenne de 169 € en HAD contre 263 € en hospitalisation complète⁸⁹. L'écart en ce sens se vérifie quelle que soit la classe de dépendance du patient et le profil médical même s'il est logiquement plus important pour les patients les plus autonomes et culmine chez les enfants de 15 ans et moins (331€ en hospitalisation complète contre 130 € en HAD).



L'étude compare également les coûts de fonctionnement d'une place d'HAD en SSR et de la même prise en charge en hospitalisation classique lors de la première année de fonctionnement après la création de la structure : une nouvelle place en HAD génère un coût de prise en charge de 39 800 € en moyenne contre plus de 55 000 € en hospitalisation complète voire 67 889 € en hospitalisation de jour. Outre la qualité de prise en charge, le développement de l'hospitalisation à domicile en SSR semble donc particulièrement opportun au vu du contexte économique de plus en plus contraint permettant même de « faire mieux avec moins ». L'étude conclut qu'une création de 10 000 places d'HAD en SSR au niveau national ferait économiser 350 millions d'euros par an. C'est pourquoi, la préconisation du volet SSR du SROS de la région Poitou-Charentes de créer au moins une structure d'HAD dans le champ des SSR sur chaque territoire de recours semble particulièrement adéquate : l'atlas de la FHF estime à 252 (dont 53 dans la Vienne) le nombre de places d'HAD (toutes pathologies confondues) nécessaires dans la région Poitou-Charentes en vue d'atteindre un ratio équivalent à celui de l'objectif national de 15 000 places en 2010.

Toutefois, il ne suffira pas de transformer simplement et arbitrairement les deux tiers des places de SSR en HAD. Les chiffres de l'IRDES sont en effet à relativiser dans la mesure

⁸⁹ L'étude a mesuré les coûts de fonctionnement en routine à partir de l'ENC 2001 des SSR.

où l'étude ne prend pas en compte les DMS et le coût supporté par les malades et leur entourage. Au-delà de la question économique, le choix du mode d'hospitalisation se fait aussi au vu de son environnement socio-familial du patient. C'est pourquoi, il est nécessaire de définir localement les places de HAD en SSR, en fonction de l'offre et des besoins de soins existantes, dans le cadre des projets médicaux de territoire.

En ce qui concerne l'hospitalisation de jour qui dispense des soins ne nécessitant pas d'hébergement sur une durée journalière inférieure à 12 heures⁹⁰, elle est à l'heure actuelle plus développée que l'HAD dans le domaine des SSR. La région Poitou-Charentes recense ainsi 77 places d'hospitalisation de jour de SSR publiques et privées, principalement en réadaptation fonctionnelle⁹¹. L'offre reste toutefois insuffisante pour assurer une prise en charge nécessairement de proximité puisque le patient doit venir régulièrement pour une journée, notamment dans le territoire de la Vienne qui ne comprend que 9 places d'hospitalisation de jour en réadaptation fonctionnelle, uniquement au CHU de Poitiers. C'est pourquoi, le volet SSR du SROS III de la région Poitou-Charentes prévoit que chaque territoire de recours soit doté de places d'hospitalisation de jour couvrant les grandes orientations spécialisées de gériatrie, neurologie, cardiologie et pneumologie. Le SROS préconise aussi que les unités de soins de suite polyvalents mettent en œuvre des hôpitaux de jour.

Les hôpitaux de jour permettent une prise en charge idéale dans les cas où les soins ou les examens dont le patient a besoin exigent un accès à un plateau technique hospitalier mais n'exigent pas une hospitalisation de plusieurs jours. L'hôpital de jour présente plusieurs avantages : maintien des liens du patient avec son milieu habituel de vie comme pour l'HAD notamment pour la prise en charge des personnes âgées, possibilité de prise en charge au long cours, possibilité d'éducation thérapeutique et préventive du patient.

3.3.3 Insérer les hôpitaux dans des filières de soins complètes

La notion de filières de soins est apparue dans le droit avec l'article L. 162-31 -1 du Code de la Sécurité sociale issu de l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins comme une action expérimentale organisant la prise en charge des patients et l'accès aux soins à partir du médecin généraliste. Ces dispositions sont aujourd'hui abrogées mais on retrouve la notion de filières de soins dans

⁹⁰ Selon la définition donnée par l'article D 712-30 du code de la Santé publique tel qu'issu du décret n°92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures alternatives à l'hospitalisation.

⁹¹ DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES, 2008, *STATISS 2008* op. cit. p 15.

des circulaires organisant la trajectoire des patients pour différents types de pathologies relevant aussi des SSR (prise en charge des personnes âgées⁹², des AVC⁹³, des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires⁹⁴, addictologie, etc...). La filière de soins désigne un parcours de soins coordonnant l'intervention de plusieurs acteurs issus du monde hospitalier mais aussi du monde médico-social et de la médecine de ville.

L'organisation de véritables filières de soins dans les SSR est nécessaire pour l'optimisation de la prise en charge des patients. Le Docteur POLLEZ⁹⁵ montre que la prise en charge des patients en réadaptation ne se limite pas à leur prise en charge hospitalière⁹⁶. Il décrit la situation de patients porteurs de séquelles importantes exigeant une prise en charge sanitaire permanente (comme par exemple les séquelles d'une anoxie cérébrale), de patients sortants de structures de réadaptation qui peinent à préserver les acquis de leur hospitalisation et enfin de patients dont l'état nécessite des soins mais sans accès à un plateau technique de SSR. Ces patients nécessitent donc des soins au-delà de l'hôpital, à la frontière entre le secteur sanitaire et le secteur social.

A cette fin, le Docteur POLLEZ préconise le développement de synergies entre la prise en charge sanitaire et médico-sociale par le développement d'équipes mobiles de réadaptation, la création de structures médico-sociales supplémentaires à la fois lieu de vie et de soins, ainsi que l'amélioration de l'articulation avec les structures médico-sociales ambulatoires : Service d'Accompagnement Médico-Sociaux pour Adultes Handicapés (SAMSAH)⁹⁷, Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)⁹⁸, Unité d'Evaluation de Reclassement et d'Orientation Sociale et Professionnelle⁹⁹. Le volet SSR

⁹² Circulaire n° DHOS/0 2/DGS/SD5D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique et circulaire n° DHOS/0 2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

⁹³ Circulaire n° DHOS/DGS/DGAS n° 517 du 3 novembre 2003 relative à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux.

⁹⁴ Circulaire n° DHOS/SDO/01/DGS/SD5D/DGAS/PHAN/3B n° 2004-280 du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires.

⁹⁵ Médecin de MPR du Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille.

⁹⁶ POLLEZ B, « Prendre soin...complètement », *Revue Hospitalière de France*, n° 506, pp 32 à 35,

⁹⁷ Les Services d'Accompagnement Médico-Sociaux pour Adultes Handicapés (SAMSAH) sont des services médico-sociaux assurant en milieu ouvert, un accompagnement social et un accompagnement aux actes de la vie quotidienne ainsi que des soins coordonnés et réguliers et un accompagnement médical et paramédical.

⁹⁸ Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) sont des services médico-sociaux intervenant principalement auprès des personnes déficientes mentales à leur domicile ou en structure pour l'accompagnement social.

⁹⁹ Les U.E.R.O.S. sont des structures médico-sociales, destinées à favoriser la réinsertion sociale et/ ou professionnelle de personnes cérébro-lésées.

du SROS III de Poitou-Charentes préconise lui aussi le développement des modes de prise en charge alternatifs et le développement de plates-formes de services sanitaires et sociaux en vue de la réinsertion des patients de SSR. Il est ainsi préconisé la création d'équipes mobiles extra-hospitalières ainsi que l'orientation de l'activité des certains SSIAD vers la réadaptation.

La mise en œuvre de ces préconisations du SROS pourra s'appuyer sur les propositions de la coordination des SSR. Dans l'attente, il existe plusieurs expériences notables sur le territoire national de prise en charge en SSR hors des murs de l'hôpital qui pourront aiguiller les travaux des acteurs concernés. Le service « Synergie Métropole Lilloise » est un service de soins pluridisciplinaires coordonnés entre la ville et l'hôpital de rééducation et réadaptation fonctionnelle pour adultes à domicile sur l'agglomération lilloise. Il présente la particularité de coordonner à la fois l'intervention de professionnels hospitaliers et celle de professionnels libéraux, sur la même palette de métiers que les soins hospitaliers : médecins de médecine physique et réadaptation, ergothérapeutes, assistantes sociales, psychologues. Ainsi sont pris en charge à la fois des patients sortants d'hospitalisation et des patients adressés par la médecine libérale et relevant de pathologies neurologiques lourdes. Cette formule présente notamment un intérêt pour faire face à d'éventuelles difficultés démographiques en utilisant à la fois les ressources des professionnels hospitaliers et libéraux.

Par ailleurs, plusieurs coordinations territoriales dans la région Rhône-Alpes fournissent des exemples d'unités mobiles : à titre d'exemple, l'unité mobile de la coordination adultes des SSR du bassin de Saint-Etienne intervient auprès des patients dans les services de SSR sans intervenir directement dans les soins pour élaborer des bilans des déficiences et des besoins des patients, évaluer les possibilités de réadaptation et de retour à domicile, aider aux choix et à l'organisation du retour à domicile ou au transfert dans une structure adaptée, de contribuer à coordonner l'organisation entre soins hospitaliers et libéraux (relais et transfert d'informations), et enfin de conseiller et former l'équipe soignante, les patients et leur entourage. Enfin, le pôle de MPR du Centre Hospitalier de Mulhouse fournit un exemple de filière de soins exhaustive permettant une « réadaptation hors les murs » de l'hôpital : le pôle comprend un centre d'accompagnement des personnes en situation d'handicap regroupant un centre d'évaluation et d'aide technique aux personnes handicapées, une équipe mobile pour la prise en charge des traumatisés crâniens, une équipe mobile de prise en charge des AVC, une MAS. Cette architecture de la filière est complétée par un centre d'accueil de jour, un SAVS et un SAMSAH dans le cadre d'une structure associative.

Conclusion

La réforme des autorisations, la réponse aux besoins de la population, la nécessité d'améliorer la qualité de la prise en charge ainsi que le passage à un système de financement incertain mais dans tous les cas contraint et restructurant rendent indispensable la mise en œuvre de coordinations territoriales et d'une coordination régionale des SSR en Poitou-Charentes. Il est en outre indispensable d'appuyer cette coordination sur un système d'information performant. Le bénéfice attendu de cette coordination est en premier lieu une plus grande fluidité du parcours du patient à la fois entre services de court-séjour et services de SSR mais tout autant entre services de SSR et structures d'aval. Cela permettra pour les patients une prise en charge plus adéquate à leur état ainsi qu'une optimisation des coûts.

Dès lors, la coordination des SSR répond à plusieurs des caractéristiques d'un système de soins intégrés : un système de soins intégrés a en effet vocation à faciliter l'accès aux différents types de soins et se caractérise notamment par une intégration médicale (c'est-à-dire une participation active au travail de coordination) une intégration des différents professionnels (c'est-à-dire un décloisonnement entre professionnels) et la disponibilité des systèmes d'information.

Néanmoins, cette coordination des SSR ne doit se concevoir que comme la première étape d'une structuration de l'offre de soins de SSR vers une logique de système de soins intégrés. En effet, l'optimisation qualitative de l'offre de soins nécessite également, notamment au vu des difficultés que pourraient causer la démographie médicale et de la mise en place de la T2A, une réflexion territoriale sur les autorisations demandées, le développement des alternatives à l'hospitalisation et de l'organisation en filières de soins, coordonnant sur chaque territoire l'action du secteur sanitaire et médico-social et de la médecine de ville. En ce sens, la mise en place de coordinations est un levier nécessaire mais non suffisant de l'optimisation qualitative et quantitative de l'offre de soins.

Cette structuration de l'offre de SSR ne répondra pas pour autant à toutes les caractéristiques du modèle théorique du système de soins intégré complet dans la mesure où les notions de responsabilité clinique et financière (notamment avec un mode de financement incitant à la coordination) et d'un système de gouvernance intégré (c'est-à-dire outre un système d'information commun, une gestion des ressources humaines, de la qualité et une planification stratégique communes ainsi que des décisions administratives communes) restent encore incomplètes.

L'optimisation de l'offre de soins dans un sens de véritables filières pourra s'appuyer sur la mise en œuvre des communautés hospitalières de territoire (CHT) et des Agences Régionales de la Santé (ARS) prévus par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. La mise en œuvre des CHT devrait favoriser la coordination des soins entre les structures publiques, notamment les structures publiques de court-séjour et les structures de SSR, malgré la situation concurrentielle dans laquelle ces établissements sont placés. En ce sens, le projet d'un plan d'action des établissements publics du territoire de la Vienne en faveur des SSR énoncé dans le projet de projet médical de territoire est particulièrement intéressant, surtout s'il débouche sur une réflexion commune sur l'offre de soins.

Toutefois, le rapprochement de l'organisation des SSR d'un système intégré de soins repose également sur le développement de la collaboration entre les structures publiques et les structures privées. Le décloisonnement entre le secteur sanitaire et médico-social devrait également trouver plus que jamais un contexte favorable avec la mise en place des ARS à la place des ARH puisque ces instances auront pour mission de décliner au niveau régional à la fois la politique nationale de santé et les principes de l'action sociale et médico-sociale et notamment d'orienter et d'organiser l'offre de services de santé et de services médico-sociaux.

Sources et bibliographie

Textes législatifs

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel n° 0167 du 22 juillet 2009, p 12184. [visité le 25/08/2009], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/.affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&fastPos=1&fastReqId=727029947&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. Journal Officiel n° 98 du 25 avril 1996, p 6133. [visité le 25/08/2009], disponible sur internet :

http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=B2FAE2C72D88D4D9846AA7F339C3765C.tpdjo15v_1?cidTexte=JORFTEXT000000192992&categorieLien=id

Textes législatifs et réglementaires

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Code de la Santé publique. [mise à jour le 14/09/2009], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090929>

Textes réglementaires

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION HUMANITAIRE. Décret n° n°92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures alternatives à l'hospitalisation mentionnés à l'article L 712-2 du code de la santé publique en application de l'article L 712-9 (3°) de ce même code. Journal Officiel du 8 octobre 1992, Page 13991 à 13993. [visité le 12/09/2009], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000176209&fastPos=1&fastReqId=723529518&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Décret n° 2005-76 du 31 janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins prévus à l'article L. 6121-2 du code de la santé publique. Journal Officiel n°27 du 2 février 2005, 1707 [visité le 25/08/2009], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000420878&fastPos=1&fastReqld=2120028308&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Décret n° 2005-434 du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) et le code de l'action sociale et des familles (deuxième partie : partie Réglementaire). Journal Officiel du 8 mai 2005, 7993. [visité le 25/08/2009], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000789953&fastPos=1&fastReqld=84794238&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Décret n°2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation. Journal Officiel du 20 avril 2008, p 6606 [visité le 25/08/2009], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018664432&fastPos=1&fastReqld=1662296237&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Décret n°2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation. Journal Officiel n° 0094 du 20 avril 2008, p 6606. [visité le 25/08/2009], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018664450&fastPos=1&fastReqld=2019617059&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>

Circulaires

MINISTÈRE DÉLÉGUÉ A LA SÉCURITE SOCIALE, AUX PERSONNES ÂGÉES, AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET A LA FAMILLE, 2006, Plan Solidarité Grand Âge, 39 p. [visité le 27/09/2009], disponible sur internet :

http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/plan_solidarite_grand_age.pdf

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET SOLIDARITÉS. Circulaire n° DHOS/0 2/DGS/SD5D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique. BO Santé – Protection sociale – Solidarités no 2002/14 du 02 avril au 07 avril 2002. p 1323. [visité le 15/09/2009], disponible sur internet :

<http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2002/02-14/a0141323.htm>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES. Circulaire n° DHOS/DGS/DGAS n° 517 du 3 novembre 2003 relative à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux. BO Santé – Protection sociale – Solidarités no 2003/47 du 17 au 23 novembre 2003. p 3602. [visité le 15/09/2009], disponible sur internet :

<http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/index.htm>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. Circulaire DHOS/O3 no 2006-506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile. BO Santé – Protection sociale – Solidarités no 2007/1 du 15 février 2007, p 221. [visité le 15/09/2009], disponible sur internet : <http://www.SANTÉ-sports.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-01/a0010030.htm>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Circulaire n° DHOS/0 2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. BO Santé – Protection sociale – Solidarités no 2007/4 du 15 mai 2002. [visité le 15/09/2009], disponible sur internet :

<http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2007/07-04/a0040058.htm>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Circulaire n° DHOS/01/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n°2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation. BO Santé – Protection sociale – Solidarités no 2008/10 du 15 novembre 2008, Page 221. [visité le 25/08/2009], disponible sur internet :

http://www.SANTÉ-sports.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-10/ste_20080010_0100_0116.pdf

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. Circulaire n° DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2009/78 du 17 mars 2009 relative à la campagne tarifaire 2009 des établissements de santé. [visité le 01/09/2009], disponible sur internet :

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_078_170309.pdf

Arrêtés

AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE POITOU-CHARENTES. Arrêté du Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation en date du 28 mars 2006 fixant la limite des territoires de santé et le ressort territorial des conférences sanitaires pour la région Poitou-Charentes. [visité le 25/08/2009], disponible sur internet : <http://www.parhtage.SANTÉ.fr/re7/poc/site.nsf>

AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE POITOU-CHARENTES. Annexe à l'arrêté du Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation en date du 28 mars 2006 fixant la limite des territoires de santé et le ressort territorial des conférences sanitaires pour la région Poitou-Charentes. [visité le 25/08/2009], disponible sur internet : <http://www.parhtage.SANTÉ.fr/re7/poc/site.nsf>

AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE POITOU-CHARENTES. Arrêté n° 082/06 du Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation en date du 30 mars 2006 fixant le schéma régional d'organisation sanitaire pour la région Poitou-Charentes. [visité le 25/08/2009], disponible sur internet : <http://www.parhtage.SANTÉ.fr/re7/poc/site.nsf>

AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE POITOU-CHARENTES. Arrêté n° 082/06 du Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation en date du 30 mars 2006 fixant le schéma régional d'organisation sanitaire de Poitou-Charentes. [visité le 25/08/2009], disponible sur internet : <http://www.parhtage.SANTÉ.fr/re7/poc/site.nsf>

Ouvrages

DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES, 2008, *STATISS 2008 Poitou-Charentes*, édition juin 2008, Poitiers : Direction Régionale des Affaires Sanitaire et Sociales. 36 p.

DREES. *Les établissements de santé, un panorama pour l'année 2006*. Edition 2008. DREES. 89 p. [visité le 26/08/2009], disponible sur internet : http://www.sae-diffusion.SANTÉ.gouv.fr/Collecte_2007/usr%5C../usr/es2006.pdf

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE, 2007, *Atlas hospitalier et médico-social de la FHF, plan d'action pour développer le service public*, édition 2007-2008, Paris : Héral, 112 p.

Articles et dépêches

Articles sur support papier

ALIGON A., COM-RUELLE L., RAFFY-PIHAN N., 2000, « L'hospitalisation à domicile : un patient à satisfaire », *Informations hospitalières*, n° 52, pp 16-21.

CLEMENT J-M., 2006, « La coopération public-privé dans le domaine sanitaire », *BJPH*, n° 90, pp 12-15

CONTANDRIOPOULOS A-P., DENIS J-L., TOUATI N., et al. 2001, « Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol.8, n° 2, pp. 38-52

CUGNIET R., PASCAL C., PIOCH S., 2007, Demandes de transfert des patients de court séjour vers des structures de soins de suite et de réadaptation. Résultats d'une étude au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, *Risques et qualité*, 2007 Volume IV, n°1, pp 33-40.

EUDES I., 2009, « SSR, une croissance à placer sous haute surveillance », *Espace social européen*, n°906, p 9.

POLLEZ B., 2005, « Prendre soin...complètement », *Revue Hospitalière de France*, n° 506, pp 32-35. [visité le 13/09/2009], disponible sur internet : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/FHF/RHF/2005/506/32-35.pdf?64G91-M3D10-4K783-G61G7-1K337>

SCHWACH V., 2009, « T2A en soins de suite et réadaptation (SSR). Premières réflexions », *Gestions hospitalières*, avril 2009, pp 205-209

Articles et dépêches sur support électronique

AFRITE A., COM-RUELLE L., OR Z., et al., 2007, « L'hospitalisation à domicile, une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation », *Questions d'économie de la santé*, n° 119. 8 p. disponible sur internet : [visité le 12/09/2009], <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes119.pdf>

AFRITE A., CHALEIX M., COM-RUELLE L., et al., 2009, « L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients –Exploitation des données PMSI 2006», *Questions d'économie de la santé*, n° 140. 8 p., disponible sur internet : [visité le 12/09/2009], <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes140.pdf>

APM, 2009, « SSR : la T2A sera mise en œuvre au plus tôt en 2012 », *Dépêches APM*, n°190771, [mise à jour le 09 /06 /2009], disponible sur internet : <http://www.apmnews.com>

ATTAL-TOUBERT K., VANDERSCHULDEN M., 2009, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », *Etudes et résultats DREES*, n° 679, février 2009. 8 p. [visité le 30/08/2009], disponible sur internet : <http://www.SANTÉ.gouv.fr/drees/etude-resultat/>

CAUSSE D, 2007, Schéma d'évolution du droit des autorisations en SSR, Fédération Hospitalière de France. [visité le 29/09/2009], disponible sur internet : [http://www.fhf.fr/content/view/full/9639/\(language\)/fre-FR](http://www.fhf.fr/content/view/full/9639/(language)/fre-FR)

POLLEZ B., 2005, « Prendre soin...complètement», *Revue Hospitalière de France*, n° 506, pp 32-35. [visité le 13/09/2009], disponible sur internet : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/FHF/RHF/2005/506/32-35.pdf?64G91-M3D10-4K783-G61G7-1K337>

SICART D, 2009, « Les professions de santé au 1er janvier 2009, document de travail », *Série statistiques DREES*, n° 131, avril 2009. 73 p. [visité le 30/08/2009], disponible sur internet : <http://www.SANTÉ.gouv.fr/drees/seriestat/index.htm>

Rapports et études

CNAMTS, 2009, *Les propositions de l'assurance maladie sur les charges et les produits pour 2010*. 90 p. [visité le 26/09/2009], disponible sur internet : <http://www.lesechos.fr/medias/2009/0804/300367290.pdf>

FEDMER, 2009, *Médecine physique et réadaptation : enjeux démographiques de la médecine du handicap*. 10 p. [visité le 26/08/2009]. Disponible sur internet <http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/DemogrMPR2009.pdf>

JEANDEL C., PFITZENMEYER P., VIGOUROUX P., 2006, *Un programme pour la gériatrie*. 54 p. [visité le 27/09/2009], disponible sur internet :

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000419/0000.pdf>

LE BRETON-HEROUVILLOIS G., 2008, *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2008*. Etude n° 41. 164 p. [visité le 26/08/2009], disponible sur internet :

<http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/atlas2008.pdf>

LE BRETON-HEROUVILLOIS G., 2007, *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2007, annexes*. 31 p. [visité le 26/08/2009], disponible sur internet : <http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/atlas2008.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA SOLIDARITÉ, 2006, *Synthèse des recommandations du groupe de travail sur les soins de suite et de réadaptation*. 78 p. [visité le 25/08/2009], disponible sur internet :

[http://www.parhtage.SANTÉ.fr/re7/gua/doc.nsf/VDoc/D845473CB9C95F6AC12572590073EB3B/\\$FILE/DHOS%20SSR%20dec%202006.pdf](http://www.parhtage.SANTÉ.fr/re7/gua/doc.nsf/VDoc/D845473CB9C95F6AC12572590073EB3B/$FILE/DHOS%20SSR%20dec%202006.pdf)

OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTÉ. *Le rapport 2006-2007. Tome 2 : les internes en médecine, démographie et répartition*. 96 p. [visité le 27/08/2009], disponible sur internet :

<http://www.SANTÉ-sports.gouv.fr/dossiers/SANTÉ/observatoire-national-demographie-professions-SANTÉ-ondps/rapports/rapport-annuel-2006-2007-ondps.html>

PREVOST P., VUILLEMIN C., FENDER P., 2003, *Etude PATHOS sur l'échantillon «Ernest » 2001 : les soins de santé en maisons de retraite, foyers logements et services de soins de longue durée au niveau national*, CNAMTS/DSM. 65 p. [visité le 30/08/2009], disponible sur internet :

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/etude_PATHOS.pdf

SERVICE HOSPITALISATION ET MEDICO-SOCIAL DE LA CRAM RHONE-ALPES, 2005, *Enquête médecine 2004, Données régionales*, Tome 1, 93 p. [visité le 28/08/2009], Disponible sur internet : http://www.cramra.fr/SANTÉ/pdf/rapportmedecin_tome1.pdf

Thèses et mémoires

BERNARD E., 2007, *Améliorer l'orientation des patients en soins de suite : quel outil pour quel avenir ? L'exemple du Groupement de Coopération Sanitaire nantais*, Mémoire

d'Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale, EHESP, 46 p. [visité le 28/09/09], disponible sur internet : <http://ressources.ensp.fr/memoires/2008/iass/bernard.pdf>

Communication lors de colloques et conférences

AOUSTIN M., « Le modèle de financement. Mission T2A » *in* FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, *Les SSR, poumon des filières de soins*, 9 juin 2009, Paris : [visité le 03/09/09], disponible sur internet : <http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Dossiers/Offre-de-soins/soins-de-suite-et-de-readaptation/Journee-SSR-9-juin-2009>

BURNIER J-P, « Etude régionale des besoins : Région Ile-de-France » *in* FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, *Les SSR, poumon des filières de soins*, 9 juin 2009, Paris : [visité le 28/08/2009], disponible sur internet : <http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Dossiers/Offre-de-soins/soins-de-suite-et-de-readaptation/Journee-SSR-9-juin-2009>

CHODORGE M., DUCRET N., SAUVADET V., « De l'IVA à l'ENCC SSR » *in* FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, *Les SSR, poumon des filières de soins*, 9 juin 2009, Paris : [visité le 03/09/09], disponible sur internet : <http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Dossiers/Offre-de-soins/soins-de-suite-et-de-readaptation/Journee-SSR-9-juin-2009>

DUMAY, « Etude régionale des besoins : Région Lorraine » *in* FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, *Les SSR, poumon des filières de soins*, 9 juin 2009, Paris : [visité le 28/08/2009], disponible sur internet : <http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Dossiers/Offre-de-soins/soins-de-suite-et-de-readaptation/Journee-SSR-9-juin-2009>

GAUBERT Y., LE BAYON G., « Analyse des structures d'activité et projection du nouveau modèle - FHF » *in* FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, *Les SSR, poumon des filières de soins*, 9 juin 2009, Paris : [visité le 03/09/09], disponible sur internet : <http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Dossiers/Offre-de-soins/soins-de-suite-et-de-readaptation/Journee-SSR-9-juin-2009>

SEGLER J., « La réadaptation hors les murs » *in* FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, *Les SSR, poumon des filières de soins*, 9 juin 2009, Paris : [visité le 13/09/09], disponible sur internet :

<http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Dossiers/Offre-de-soins/soins-de-suite-et-de-readaptation/Journee-SSR-9-juin-2009>

THUMERELLE, « Etude régionale des besoins : Région Nord-Pas-de-Calais » *in* FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, *Les SSR, poumon des filières de soins*, 9 juin 2009, Paris : [visité le 28/08/2009], disponible sur internet : <http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Dossiers/Offre-de-soins/soins-de-suite-et-de-readaptation/Journee-SSR-9-juin-2009>

Sites internet

COORDINATION EN SSR « RHÔNE READAPTATION. *Rhône Réadaptation*. [visité le 31/08/2009], disponible sur internet : <http://www.rhonereadapt.com/>

COORDINATIONS TERRITORIALES EN SSR DE LA REGION RHÔNE-ALPES. *Les coordinations territoriales de la la Région Rhône-Alpes*. [visité le 31/08/2009], disponible sur internet : <http://www.ssr-ra.org/>

GCS NANTES SOINS DE SUITE. *Nantes soins de suite*. [visité le 30/08/2009], disponible sur internet : http://www.nantes-soinsdesuite.fr/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1

PORTAIL DES AGENCES REGIONALES DE L'HOSPITALISATION. *Bienvenue sur le portail des Agences Régionales de l'Hospitalisation*. [visité le 30/08/2009], disponible sur internet : <http://www.parhtage.SANTÉ.fr/re7/site.nsf>

STATISTIQUE ANNUELLE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ. *Statistiques annuelles des établissements de santé*. [visité le 30/08/2009], disponible sur internet : http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/Collecte_2007/

SISRA. *Le portail de Santé de la région Rhône-Alpes*. [visité le 30/08/2009], disponible sur internet : <http://www.SANTÉ-ra.fr/>

TÉLÉSANTÉ POITOU-CHARENTES. *Télesanté Poitou-Charentes*. [visité le 30/08/2009], disponible sur internet : <http://www.teleSANTÉ-poitou-charentes.fr/>

TRAJECTOIRE. *Bienvenue dans Trajectoire*. [visité le 30/08/2009], disponible sur internet : <https://trajectoire.SANTÉ-ra.fr/trajectoire/>

Documents locaux

AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE POITOU-CHARENTES, 2006, *Schéma régional d'organisation sanitaire de Poitou-Charentes*, Première version du volet sur les soins de suite, la rééducation et la réadaptation fonctionnelle. [visité le 25/08/2009], disponible sur internet : <http://www.parhtage.SANTÉ.fr/re7/poc/site.nsf>

AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE POITOU-CHARENTES, 2009, *Schéma régional d'organisation sanitaire de Poitou-Charentes*. Révision du volet sur les soins de suite et de réadaptation. Non encore publié à ce jour.

AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE PICARDIE, 2009, *Schéma régional d'organisation sanitaire de Picardie, volet SSR révisé*. [visité le 19/09/2009], disponible sur internet : [http://www.parhtage.SANTÉ.fr/re7/pic/doc.nsf/\\$All/sros_ssr](http://www.parhtage.SANTÉ.fr/re7/pic/doc.nsf/$All/sros_ssr)

CORIM SSR, 2008, *Compte-rendu de la réunion du groupe de travail CORIM SSR du 16 octobre 2008*. Document non publié.

ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE DE LA VIENNE, 2009, *projet de Projet Médical de Territoire*. Document de travail non publié

MIGEOT V., 2008, *Evaluation des demandes de transferts des patients de court séjour vers des structures de soins de suite et de réadaptation au CHU de Poitiers*. Document interne CHU de Poitiers non publié.

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des personnes interrogées dans le cadre de la rédaction du mémoire

Annexe 2 : Carte des territoires de santé de proximité de la Région Poitou-Charentes

Annexe 3 : Carte des territoires de santé de recours de la Région Poitou-Charentes

Annexe 1 : Liste des personnes interrogées dans le cadre de la rédaction du mémoire

Acteurs des SSR

- Angel Fernandez, Directeur de l'Hôpital Local de Lusignan.
- Florian Jazeron, Directeur du Centre Hospitalier de Saint-Jean d'Angély
- Gilles Kemoun, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, Chef du Service de Médecine Physique et de Réadaptation du CHU de Poitiers.

Acteurs de la mise en œuvre de coordinations de SSR

- Sylvie Delecroix, cadre de santé coordinatrice du GCS « Nantes Soins de suite ».
- Docteur Bernard Aumaître, médecin coordinateur de la coordination des SSR des Alpes Nord.
- Claire Iadecola, assistante-secrétaire de la coordination Rhône-Réadaptation.
- Marie-Hélène Michel, cadre socio-éducatif de la coordination Rhône-Réadaptation.

Annexe 2 : Carte des territoires de santé de proximité de la région Poitou-Charentes



Annexe 3 : Carte des territoires de santé de recours de la région Poitou-Charentes

SROS 3

Regroupement des territoires de santé de proximité en territoires de plateau technique

