



---

**Master II Pilotage des Politiques et Actions en  
Santé Publique**

Promotion : **2011 – 2012**

Date du Jury : **Juillet 2012**

---

**Le rôle des SSR dans la fluidification des filières  
de prise en charge des affections neurologiques en  
Seine-Saint Denis :**

**Etude à partir du cas de la Clinique de Soins de Suite et de Réadaptation  
du Bourget.**

---

**Amélie MAZZEGA**

---

# Remerciements

---

Je remercie le Dr. Emmanuel Chevrillon et M. Patrick de Jorna, Médecin-chef et Directeur de la Clinique du Bourget, pour leur contribution à ce travail, ainsi que toute l'équipe de la Clinique pour son accueil et sa disponibilité.

Merci à M. Michel Louazel, enseignant-chercheur à l'EHESP, qui a accepté de diriger ce mémoire.

Merci également à tous les professionnels que j'ai rencontrés pour l'intérêt qu'ils ont porté à mon travail en acceptant de partager leur expérience. Je remercie en particulier le Dr. France Woimant.

# Sommaire

Sommaire.....	1
Introduction.....	1
I. Le renforcement de l'accès aux SSR : gage de qualité de la prise en charge des affections du système nerveux.....	5
A. Pertinence de l'organisation en filière de la prise en charge des affections du système nerveux. ....	5
1 Le rôle pivot des SSR dans les filières neurologiques .....	6
➤ La prise en charge des victimes d'AVC .....	6
• Présentation de l'AVC et données épidémiologiques .....	6
• La filière AVC .....	7
➤ La prise en charge des traumatisés crâniens et des blessés médullaires .....	8
• Présentation de la pathologie et données épidémiologiques. ....	8
• La filière TC/BM .....	9
2 Identification des besoins d'amélioration de la prise en charge dans le cadre des filières neurologiques.....	11
➤ Les objectifs du SROS III en Ile-de-France .....	11
➤ Le projet médical de la Clinique SSR de Bourget.....	12
• Présentation de l'établissement.....	12
• Le projet de filière interne de prise en charge des cérébro-lésés graves de la Clinique du Bourget.....	13
B. La prise en charge des patients lourdement dépendants en SSR : un maillon des filières neurologiques à renforcer. ....	15
1 Constat des difficultés de prise en charge de « patients lourds » en SSR .....	15
➤ La « dépendance lourde » : un critère de refus d'admission en SSR des patients hospitalisés en service aigus. ....	15
➤ Illustration de ces difficultés de prise en charge à la Clinique du Bourget. ....	17
➤ Multiplicité des critères d'admission/éviction en SSR. ....	17
2 Analyse des obstacles et propositions pour favoriser l'accueil en SSR de patients lourdement dépendants.....	19
➤ Conséquences de la prise en charge de la « dépendance lourde » en termes de ressources humaines.....	19
➤ La nécessité de l'adossement des SSR neurologiques à des services d'urgence et de réanimation....	20
➤ Les défis à surmonter par le futur modèle de tarification à l'activité en SSR neurologiques. ....	21
3 Propositions pour développer les prises en charge lourdes dans les services de SSR neurologiques..	22
➤ Ouvrir les services de SSR aux professionnels du domicile. ....	22

➤ Favoriser la coordination des acteurs au sein de filières territoriales formalisées .....	24
➤ Mettre en place un système modulable de financement pérenne.....	25
II. Les besoins et préconisations en matière de « solutions d'aval » aux SSR. ....	27
A. Analyse des obstacles aux orientations d'aval des SSR.....	27
1 La présence de « bed blockers » en SSR : un facteur important d'engorgement des filières neurologiques. ....	28
2 Un nombre toujours insuffisant de places en établissements médico-sociaux. ....	29
➤ Le cas des établissements d'accueil des personnes âgées dépendantes .....	29
➤ Le cas des établissements d'accueil pour personnes handicapées .....	30
➤ Les personnes âgées polyhandicapées et les jeunes : deux publics particulièrement concernés .....	31
3 Un dispositif d'accompagnement au retour à domicile lacunaire.....	32
➤ L'insuffisance de places en HDJ .....	33
➤ L'insuffisant développement de l'HAD de réadaptation neurologique. ....	33
➤ Les lacunes de l'offre et de la coordination des soins et services de ville permettant le retour à domicile.....	35
➤ L'inadaptation du domicile : un problème fréquent.....	35
4 La précarité économique et sociale : un facteur aggravant les difficultés à trouver des solutions d'aval aux SSR.....	36
B. Préconisations pour fluidifier les filières neurologiques en aval du SSR.....	39
1 Renforcer la coopération inter-établissements pour fluidifier le transfert des SSR vers les établissements médico-sociaux. ....	39
➤ L'efficacité des réseaux de partenaires d'aval autour des établissements SSR .....	40
➤ Des mesures encourageant le développement et la formalisation des relations de coopération inter-établissements. ....	40
2. Développer les alternatives à l'hospitalisation pour favoriser le retour à domicile précoce. ....	41
➤ Développer l'adossé de services d'HDJ et d'HAD à des services de MPR.....	41
➤ Favoriser les conditions du maintien à domicile en améliorant les conditions de prise en charge en ambulatoire. ....	43
➤ Approfondir les expériences de solutions innovantes favorisant le retour à domicile. ....	44
3. Renforcer l'effectivité des dispositifs de financement de l'aval des SSR .....	46
➤ La collaboration avec les divers organismes de financements des prises en charge d'aval, levier d'action des établissements SSR pour accélérer les sorties.....	46
➤ Améliorer les dispositifs de financement des établissements et services médico-sociaux pour accélérer les orientations de sortie de SSR .....	48
4. Mieux intégrer la précarité dans les dispositifs de prise en charge médico-sociale en aval des SSR....	48
➤ Compléter et assouplir les dispositifs de financement de l'aval aux SSR. ....	49
➤ Introduire la notion de « Handicap Social » dans la tarification de la prise en charge sanitaire .....	51

➤ Mettre en place une politique plus ambitieuse pour favoriser l'insertion des « publics spécifiques » à leur sortie de SSR neurologiques .....	51
Conclusion .....	53
Sources et Bibliographie .....	55
Liste des annexes .....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

AAH	Allocation Adulte Handicapé
ALD	Affection Longue Durée
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS IDF	Agence Régionale de Santé – Île-de-France
ASH	Aide Sociale à l'Hébergement
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
AVQ	Activité de la Vie Quotidienne
BM	Blessé Médullaire
CHRS	Centre Hébergement et de Réinsertion Sociale
CMU-C	Couverture Maladie Universelle - Complémentaire
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COPIL	Comité de Pilotage
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRFTC	Centre Ressources Franciliens du Traumatisme Crânien
DMS	Durée Moyenne de Séjour
ESMS	Etablissements et Services Médico-Sociaux
ESPIC	Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
EVC-EPR	Etat Végétatif Chronique – Etat Pauci Relationnel
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
HAD	Hospitalisation à Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HC	Hospitalisation Complète
HDJ	Hospitalisation de Jour
HPST	Hôpital Patients Santé Territoires
MAS	Maison Accueil Spécialisée
MCO	Médecine-Chirurgie-Obstétrique
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MPR	Médecine Physique et de Réadaptation
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SRPR	Service de Rééducation Post Réanimation
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
T2A	Tarifcation à l'Activité
TC	Traumatisme Crânien
UMESH	Unité Mobile et de Suivi du Handicap
UNV	Unité Neuro-Vasculaire

## Introduction

Les affections du système nerveux font partie des neuf types de prises en charge spécialisées en SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) autorisées par la circulaire du 3 octobre 2008 réglementant l'activité. Ces pathologies sont nombreuses, mais parmi les plus aigües, les AVC (Accidents vasculaires cérébraux) et les TC (Traumatismes crâniens) sont les plus courantes. Ils nécessitent une prise en charge graduée bien spécifique, l'enjeu primordial étant d'intervenir au plus vite en urgence pour limiter au maximum les conséquences invalidantes et favoriser la récupération précoce des patients. La rééducation/réadaptation menée au plus tôt par des professionnels compétents peut en effet permettre aux patients de recouvrer la totalité ou une partie de leurs capacités, et de réussir la mise en place d'un projet de vie dans un environnement quotidien adapté à leurs éventuelles séquelles physiques et cognitives, à domicile ou dans un établissement médico-social adapté.

La nécessité de cette gradation des soins a conduit à l'organisation de filières spécialisées, pour les AVC et pour les TC/BM (traumatisés crâniens et blessés médullaires). La structuration de ces filières en vue de renforcer leur fluidité, gage d'une prise en charge de qualité, fait partie des priorités de la politique de santé publique actuelle. Or, il n'est pas anodin que le « taux de transfert en SSR » soit l'un des six indicateurs retenus par la circulaire du 6 mars 2012<sup>1</sup> pour évaluer la qualité des filières AVC. Cela témoigne en effet de la place déterminante occupée par la prise en charge en SSR dans le parcours de soins des victimes d'AVC. Le fait que le « délai médian entre la date de demande en SSR et le transfert » soit un des indicateurs de comparaison de filières AVC faisant aujourd'hui l'objet de travaux de recherche par l'équipe COMPAQ-HPST (Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité – HPST), est également révélateur du rôle pivot que jouent les établissements de SSR dans les filières neurologiques.

Comme le rappelle le Schéma d'Organisation Sanitaire (SROS)-SSR 2010-2015 d'Île-de-France, les SSR doivent répondre à un principe d'amélioration de la fluidité du parcours des patients. En amont, l'enjeu est de faire en sorte que les patients victimes d'AVC ou de TC puissent bénéficier d'un séjour de rééducation/réadaptation, et ceci aussi tôt que la stabilisation de leur état de santé permet une sortie des services de MCO. En aval, il s'agit d'orienter les patients de SSR, une fois leur potentiel de récupération atteint, vers la solution de sortie la plus adaptée à leur profil. Si la majorité des accidents neurologiques a des conséquences plus ou moins lourdes sur les capacités des victimes, la plupart d'entre elles peuvent en effet espérer recréer les conditions d'une vie quotidienne leur assurant une certaine autonomie physique, sociale et professionnelle, à domicile ou dans un établissement médico-social adapté. L'organisation de la sortie de

---

<sup>1</sup> Indicateurs de Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité – HPST (COMPAQ-HPST), validés par les professionnels spécialistes de l'AVC et généralisés par l'HAS.

SSR est ainsi une étape cruciale, car la pertinence de l'orientation retenue sera déterminante dans le devenir du patient.

En amont comme en aval, la qualité de la prise en charge individuelle est la priorité d'un point de vue de santé publique. Pour autant, l'efficience globale du système de soins ainsi que son coût sont également en jeu dans la fluidification des filières. Dans le contexte budgétaire actuel, les politiques de filiarisation des soins ont également pour objectif de désengorger l'amont, en accélérant les transferts des lits de MCO vers ceux de SSR, puis de SSR vers une prise en charge médico-sociale « en ville » ou en établissement moins coûteuse pour l'Assurance Maladie. Dans ce contexte, le « turn over » dans les services doit être suffisant pour permettre aux établissements de fonctionner à « flux tendu », en ne conservant que le nombre de lits strictement nécessaires pour répondre aux besoins de prise en charge identifiés dans les SROS.

Sur le terrain cependant, de multiples freins à la fluidité existent. D'un côté, les services d'amont sont engorgés par des patients qui n'en relèvent plus, tandis que le nombre de personnes admises en SSR à la sortie de MCO demeure en deçà des objectifs de santé publique. De l'autre, les séjours dans les services de SSR sont souvent rallongés au-delà de la durée souhaitable en raison des difficultés que les établissements rencontrent à faire sortir certains de leurs patients. Ils ont du mal à mettre en place des solutions d'orientation véritablement adaptées, notamment en raison d'un accès insuffisant aux Etablissements et Service Médico-Sociaux (ESMS) spécialisés.

En effet, parmi les patients atteints d'affections neurologiques, certains présentent des profils spécifiques qui en font des « bed blockers », conduisant à l'engorgement des filières d'amont. On s'aperçoit ainsi que les patients neurologiques présentant des handicaps lourds associés ou des polypathologies, en particulier chez les sujets âgés, sont ceux dont la prise en charge pose le plus de problèmes. Les établissements sont réticents à les accueillir en raison de la lourdeur et de la spécialisation des soins qu'ils requièrent.

De même, l'association de pathologies neurologiques à un facteur de précarité est assez fréquente, surtout dans certaines régions défavorisées d'Île-de-France comme la Seine-Saint-Denis (93). Elle constitue un critère discriminant de prise en charge, les établissements d'aval de MCO sachant qu'il est préférable de limiter le nombre d'admissions de personnes présentant ce profil. Ils préfèrent en effet rester « prudents » sachant qu'ils auront ensuite des difficultés à trouver des solutions de sortie permettant la réintégration de ces patients économiquement et socialement vulnérables.

Le stage de professionnalisation que j'ai effectué au sein de la Clinique de Soins de Suite et de réadaptation du Bourget en Seine-Saint-Denis a été riche d'enseignements à tous ces égards. L'analyse du fonctionnement de l'établissement m'a permis de comprendre les conséquences concrètes des lacunes identifiées à un niveau plus macro par les acteurs des filières.

L'observation de difficultés rencontrées au quotidien par le personnel de l'établissement m'a en outre conduite à repérer certains facteurs de blocage ayant de fait une portée plus générale, qui intéresse à l'heure actuelle

l'ensemble des acteurs participant aux travaux de structuration efficiente des filières. En effet, j'ai pu avoir des échanges réguliers avec les professionnels de la Clinique du Bourget, mais également participer avec le médecin-chef<sup>2</sup> aux divers travaux du Comité de Pilotage SSR et AVC pour la Révision du SROS III, qui sera proposée prochainement aux Conférences de Territoires. J'ai également été invitée à toutes les réunions des « animateurs de filières AVC » organisées par l'ARS (Agence Régionale de Santé) d'Île-de-France dans le cadre du plan national AVC 2012-2015.

A l'issue de cette immersion professionnelle de quatre mois, je retiendrai deux freins particulièrement importants à la fluidité des filières neurologiques, dont la levée devrait permettre de conforter le rôle-pivot du « maillon SSR ». Il s'agit, d'une part, d'une insuffisante fluidité constatée en amont des SSR en raison de nombreux facteurs qui freinent l'accueil par ces structures de patients dont la prise en charge en rééducation/réadaptation est jugée trop lourde (I). D'autre part, les SSR rencontrent d'importants obstacles concernant la sortie des patients et leur transfert en aval soit vers leur domicile, soit vers d'autres structures ou services appropriés, ce qui a des conséquences à la fois quantitatives (durée et coût des séjours en SSR) et qualitatives (pertinence des orientations d'aval) sur la prise en charge (II).

Ces deux points seront discutés successivement après avoir présenté la pertinence de la structuration en filière de la prise en charge des affections neurologiques de type AVC et TC/BM. Les besoins en la matière en Ile-de-France seront également présentés, et plus particulièrement ceux du département de la Seine-Saint-Denis où la Clinique du Bourget participe à la réponse qui y est suggérée par le SROS.

Les résultats de l'analyse permettront de proposer certaines pistes à privilégier par les professionnels médicaux et administratifs participant à la planification sanitaire pour contribuer à la fluidité et à la qualité de la prise en charge.

Sur le plan méthodologique, à côté de la recherche documentaire classique, j'ai privilégié l'observation participante. Les diverses responsabilités que j'ai eues au cours de mon stage (rédaction du projet médical d'établissement, participation aux travaux préparatoires à la certification, participations aux réunions du Comité de Direction, etc.) m'ont permis d'observer et de comprendre les enjeux de la prise en charge en SSR neurologiques, et j'ai complété mes résultats par la réalisation d'entretiens semi-directifs avec le personnel de la Clinique, selon une grille jointe en annexe. En outre, les multiples réunions auxquelles j'ai assisté à l'ARS, que ce soit dans le cadre des travaux du Comité de Pilotage (COFIL) de révision du SROS-SSR, du SROS-AVC, ou de l'animation des filières AVC, ont été pour moi l'occasion de participer aux travaux préparatoires de planification sanitaire. Ces travaux font intervenir des professionnels médicaux et administratifs dont l'analyse s'appuie sur une connaissance pratique de la réalité du terrain. J'ai d'ailleurs profité de ces rencontres pour effectuer des entretiens semi-directifs avec trois d'entre eux<sup>3</sup>. Les recommandations

---

<sup>2</sup> Le médecin-chef de la Clinique du Bourget participe aux travaux de planification sanitaire comme représentant de la FHP-SSR (Fédération des cliniques et hôpitaux privés de France)

<sup>3</sup> Voir la liste des entretiens effectués en annexe.

auxquelles j'ai ainsi pu aboutir au fil de mes recherches sont le plus souvent pragmatiques et concordantes avec les propositions des groupes du COPIL-SSR<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Le compte rendu des propositions finales, issues de la réunion du 23 mai 2012 du COPIL, ne sont pas encore disponibles sur le site Internet de l'ARS-IDF.

## **I. Le renforcement de l'accès aux SSR : gage de qualité de la prise en charge des affections du système nerveux**

Pour analyser l'importance et les enjeux de la phase de rééducation/réadaptation des patients atteints d'affections du système nerveux, un détour préalable est nécessaire pour comprendre la spécificité de ces pathologies. L'urgence, la gradation des soins nécessaires à leur traitement, ainsi que leurs conséquences invalidantes probables sont autant de caractéristiques qui rendent pertinente leur prise en charge dans le cadre de filières de soins structurées. Cela a conduit à la définition au niveau national et régional de schémas d'organisation sanitaire visant à répondre à ces besoins, dans lesquels les acteurs tels que les établissements de SSR comme la Clinique du Bourget sont appelés à inscrire leur action.

Malgré tout, le taux d'admission en SSR reste en-deçà des objectifs souhaitables, en particulier en raison de l'éviction fréquente des patients les plus lourdement dépendants. Ces personnes présentent pourtant souvent un potentiel de gain fonctionnel important, est il est essentiel que des aménagements du système soient trouvés pour leur permettre d'accéder à cette phase de rééducation.

### **A. Pertinence de l'organisation en filière de la prise en charge des affections du système nerveux.**

La prise en charge des affections du système nerveux est une priorité de santé publique à plusieurs égards. D'une part, elles sont l'une des principales causes de mortalité en France. D'autre part, en termes de coût financier pour le système, ces pathologies ont un impact colossal qu'une organisation plus efficiente de la prise en charge aiderait à rationaliser. Enfin, ces pathologies sont des cas d'écoles de par la complexité et la durée de la prise en charge qu'elles induisent le plus souvent. En effet, les AVC, tout comme les TC, font intervenir de nombreuses spécialités médicales. Ils nécessitent en premier lieu une prise en charge d'urgence dans des services aigus, suivie fréquemment d'une admission dans des services de réanimation, puis de rééducation/réadaptation. Du fait des conséquences éventuellement invalidantes de ces maladies, celles-ci se « chronicisent » fréquemment et les patients doivent être pris en charge sur le long terme par des structures et services divers, à la fois sanitaires et médico-sociales. L'objet de cette prise en charge étant de favoriser la réinsertion des patients par une rééducation adaptée à leurs capacités : le lien entre le sanitaire et le médico-social est ténu.

# 1 Le rôle pivot des SSR dans les filières neurologiques

## ➤ La prise en charge des victimes d'AVC

### • Présentation de l'AVC et données épidémiologiques

Avec 130 000 nouveaux cas par an<sup>5</sup>, l'AVC est à lui seul la troisième cause de mortalité en France, la première cause de handicap acquis et la seconde cause de démence (après la maladie d'Alzheimer). En 2012, on recense en France 770 000 personnes atteintes dont 100 000 en Île-de-France<sup>6</sup>.

Le vieillissement est un facteur important de survenue de cette maladie, puisque 25% des AVC surviennent chez des personnes de moins de 50 ans, tandis que plus de 50% touchent des personnes de plus de 75 ans (en moyenne le taux d'incidence est multiplié par deux tous les dix ans après 55 ans)<sup>7</sup>.

Le risque de survenue d'un AVC est plus élevé pour les personnes défavorisées socialement. Les facteurs de risques cardio-vasculaires sont l'hypertension artérielle, le diabète, le tabac, la mauvaise alimentation et la sédentarité : autant de causes pour lesquelles les déterminants sociaux de santé jouent à plein. En ce sens, l'AVC est une pathologie accessible à la prévention, mais on constate qu'il reste largement méconnu des Français.

L'AVC étant une urgence médicale absolue, le délai d'arrivée aux urgences est un point important de la prise en charge. En particulier, l'AVC ischémique (80% des cas AVC), peut faire l'objet d'un traitement médicamenteux susceptible de rétablir les fonctions neurologiques altérées: la thrombolyse par voie intraveineuse devant être administrée le plus rapidement possible, dans les trois heures après la survenue de l'accident. L'administration de ce traitement nécessite cependant au préalable la réalisation d'imagerie médicale par voie de scanner ou d'IRM (Imagerie à Résonance Magnétique) afin de s'assurer que le patient ne présente pas de contre-indication. Or, en 2008, on estimait que seul 1% des patients bénéficiaient d'une thrombolyse alors qu'ils pourraient être 15%. Ce déficit provient de la difficulté d'accès aux Unité Neuro Vasculaire (UNV), les unités de soins spécifiques qui dispensent les soins de qualité nécessaires. De plus, on constate que les délais de prise en charge sont trop longs puisque 50% des patients arrivent aux urgences dans des délais non compatibles avec une thrombolyse.

Le poids financiers de cette pathologie pour l'assurance maladie et la société est très lourd. La dépense annuelle est estimée à 8.3 milliards d'euros (5.9 milliard d'euros pour les soins et 2.4 milliards d'euros pour le médico-social).<sup>8</sup> Un patient en ALD (Affection Longue Durée) pour un AVC coûte en moyenne

<sup>5</sup> Données issues du Plan d'Actions Nationale AVC 2010-2014.

<sup>6</sup> BEH 2012, De Peretti, Woimant.

<sup>7</sup> Données issues du Plan d'Actions Nationale AVC 2010-2014

<sup>8</sup> Données issues du plan d'actions nationales AVC 2010-2014

9 642 euros par an, et le total des remboursements ALD pour les AVC s'élève à 2 353 millions d'Euros (soit 34% de plus que pour la maladie d'Alzheimer).<sup>9</sup>

Enfin, les AVC conduisent souvent à des séquelles neurologiques qui peuvent avoir des conséquences bouleversantes sur la vie de ceux qui en sont victimes et de leur entourage. La prise en charge rapide ainsi que la rééducation fonctionnelle permettent une certaine réversibilité des déficits, mais il est fréquent que les victimes conservent des séquelles les rendant plus ou moins dépendants dans leurs activités de la vie quotidienne (AVQ)<sup>10</sup>. Ainsi, la prise en charge des AVC doit fréquemment se poursuivre sur le long terme, pour accompagner le patient et ses proches dans la mise en place d'un projet de vie adapté à sa nouvelle situation. Selon la lourdeur des handicaps, la prise en charge peut se faire en établissement médico-social, où à domicile.

- **La filière AVC**

Pour répondre à ces défis posés par la prise en charge de l'AVC, le système s'est progressivement structuré autour d'une filière de soins depuis l'adoption de la circulaire DHOS/DGS/DGAS n°517 relative à la prise en charge des AVC le 3 novembre 2003. Dans un premier temps, les efforts se sont concentrés sur l'amélioration de l'efficacité de la prise en charge de la phase aiguë, avec la circulaire DHOS/04/2007/108/ du 22 mars 2007 relative à la place des UNV. L'objectif est d'assurer la régulation par le Samu de tous les AVC, et le transfert dans une UNV dans des délais compatibles avec l'administration d'un traitement thrombolytique.

Des progrès significatifs ont été atteints depuis quelques années sur ce plan. En Île-de-France par exemple, le taux de patients admis dans un établissement ayant une UNV est passé de 32% en 2005 à 60% en 2010<sup>11</sup>. Aussi, l'accent a dans un deuxième temps été mis sur la filière dans son ensemble, afin de permettre une prise en charge graduée. Un parcours type a été défini, depuis l'urgence jusqu'au relais avec les acteurs et structures médico-sociales et/ou d'aide à domicile nécessaire pour permettre la réinsertion sociale et professionnelle à long terme des patients, et pour assurer un soutien matériel et psychologique à leurs proches.

Ce parcours vient d'être formalisé à travers l'adoption de la circulaire DGOS/R4/R3/PF3/2012/106 du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'AVC, qui vise à permettre une prise en charge de qualité des patients quel que soit le lieu où ils se trouvent sur le territoire. Les principales phases en sont les suivantes<sup>12</sup>:

- La régulation des appels par le SAMU-Centre 15
- La prise en charge hospitalière en UNV ou dans des services de réanimation

---

<sup>9</sup> Données BEH 2012 (De Peretti, Woimant)

<sup>10</sup> Sur 750 000 AVC recensés en France en 2010, 530 000 auraient des séquelles (BEH 2012, De Peretti, Woimant)

<sup>11</sup> BEH 2010, De Peretti, Woimant

<sup>12</sup> Ces étapes se retrouvent dans la prise en charge organisée dans le cadre de la filière TC, comme cela sera développé dans la section suivante

- La rééducation/réadaptation, pour accueillir les patients au sortir des services de court-séjour, ou pour des séjours bilans lorsque ceux-ci nécessitent une hospitalisation complète.
- L'accueil en hôpital de jour, pour les patients au sortir de rééducation-réadaptation afin de réduire les durées de séjour en HC (hospitalisation complète)
- Le retour à domicile ou dans un établissement médico-social adapté.

Ainsi, le « maillon SSR » occupe un rôle pivot dans la filière. La phase de rééducation dont devraient pouvoir bénéficier tous les patients à des degrés divers doit assurer les relais avec les acteurs des services aigus d'amont, et ceux du médico-social en aval. L'admission au plus tôt dans un service de SSR est de plus cruciale pour prévenir ou limiter les conséquences invalidantes des AVC. Plus la rééducation démarre tôt, plus elle offre de potentiel de récupération. A l'inverse, les ruptures de prise en charge peuvent conduire à des handicaps qui auraient été réversibles sinon. L'intégration de l'ensemble des acteurs impliqués est donc essentielle pour assurer cette continuité de la prise en charge sanitaire et médico-sociale le long du parcours.

## ➤ La prise en charge des traumatisés crâniens et des blessés médullaires

### • Présentation de la pathologie et données épidémiologiques.

Les traumatismes crâniens sont essentiellement causés par les accidents de la circulation et de la voie publique (piétons, deux roues), mais également par les chutes et les tentatives d'autolyse<sup>13</sup>. Leur gravité, mesurée selon l'échelle de coma de Glasgow, est variable. Les plus graves se traduisent dans 50% des cas<sup>14</sup> par le décès, ou par un état végétatif chronique ou pauci-relationnel. Pour les autres, les troubles cognitifs et les troubles comportementaux sont les séquelles les plus fréquentes. Ces séquelles invalidantes sont définitives pour les traumatismes les plus graves, et durables pour les traumatisés crâniens légers, qui représentent la majorité des cas. Ainsi, la survenue d'un traumatisme crânien constitue souvent un événement ravageur et très déstructurant pour les victimes et leurs familles, à l'origine d'un handicap qui obère toutes les activités sociales.

Les lésions médullaires, tétraplégie ou paraplégie, sont associées à une perte de fonctions motrice ou sensitive.

<sup>13</sup> Le syndrome du « bébé secoué » est une cause importante de traumatismes crâniens, mais la prise en charge spécifique des enfants n'est pas abordée dans le cadre de cette étude.

<sup>14</sup> Les données chiffrées de cette section sont issues du « rapport final de la Mission Interministérielle en vue de l'élaboration d'un plan d'actions en faveur des traumatisés crâniens et des blessés médullaires », novembre 2010.

Sur le plan épidémiologique, on estime que 155 000 personnes sont victimes chaque année d'un traumatisme crânien, dont 8 500 graves avec des conséquences invalidantes<sup>15</sup>. En l'absence de registre national, on estime que l'incidence annuelle des lésions médullaires traumatiques se situerait à l'heure actuelle entre 1 000 et 1 200 nouveaux cas par an<sup>16</sup>.

Contrairement aux AVC, les traumatismes crâniens touchent en majorité des populations jeunes, entre 15 et 30 ans. Pour autant, l'allongement de l'espérance de vie de ces blessés s'est accrue de façon linéaire si bien que les patients âgés de plus de 60 ans, qui nécessitent une attention spécifique, sont de plus en plus nombreux. En outre, si les déterminants sociaux de santé et la précarité jouent un rôle moindre dans la survenue d'un TC que d'un AVC, ils n'y sont pas étrangers. De plus, les victimes de TC nécessitant souvent un suivi qui s'étend sur toute la vie, les conditions socio-économiques peuvent avoir un impact significatif sur la qualité de leur prise en charge.

Sur le plan économique, le poids de ces pathologies est sans commune mesure avec leur fréquence. En 2007, on évaluait à 2/3 le nombre de patients en ALD au titre d'une lésion médullaire parmi les 33 000 inscrits à ce régime spécifique. Par exemple, les dépenses annuelles moyennes pour un paraplégique sont de 17 800 Euros. Le poids pour la société de ces pathologies est donc d'une importance qui contribue à justifier la volonté d'améliorer l'efficacité de leur prise en charge.

- **La filière TC/BM**

Tout comme pour les AVC, « la qualité de la prise en charge des TC et des BM est essentiellement fonction de la rapidité et de la pertinence des secours, de l'orientation du blessé auprès d'établissements organisés, équipés, et mobilisés, que ce soit en phase aiguë ou en rééducation »<sup>17</sup>.

Ainsi, dès 2004, la circulaire DHOS n°2004-280 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires a été adoptée pour structurer la prise en charge, afin d'en limiter les ruptures et de l'adapter aux spécificités de ces pathologies. Le but est d'assurer la continuité de la prise en charge, à travers la coordination en réseau de tous les professionnels pour accompagner les victimes et leurs familles tout au long du parcours de soins.

Les étapes du parcours coordonné qui en résulte sont proches de celui décrit précédemment pour les victimes d'AVC. Il commence par une prise en charge d'urgence dans des établissements identifiés<sup>18</sup> disposant d'un service de réanimation chirurgicale, pour se poursuivre par une prise en charge en MPR (Médecine Physique et de réadaptation). Selon l'état du patient, cette prise en charge en MPR peut se faire soit en hospitalisation complète dans un établissement de SSR, soit en hospitalisation de jour.

---

<sup>15</sup> Données issues du discours du Premier Ministre François Fillon lors de l'annonce du plan gouvernemental en faveur des TC et BM le 5 février 2010.

<sup>16</sup> Il n'a pas été possible de réunir de données régionales sur l'Ile-de-France

<sup>17</sup> Extrait de la circulaire DHOS n°2004-280 du 18 juin 2004.

<sup>18</sup> Conformément à la circulaire « DHOS/SDO n°2002-413 du 27 août 2002 relative aux établissements de santé pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue ».

A noter cependant l'existence de services spécialisés qui distinguent cette filière de celle de prise en charge des AVC<sup>19</sup> : Les Services de Rééducation Post Réanimation (SRPR), et les unités EVC-EPR (Etat Végétatif Chronique et Etat Pauci-Relationnel) :

- La prise en charge en SRPR est destinée à certains patients présentant un potentiel évolutif et dont l'état est stabilisé (autonomie respiratoire). Ces unités d'éveil permettent d'entamer la rééducation dès la sortie de réanimation. Elles ont été explicitement positionnées dans les services de MPR.
- L'accueil en EVC-EPC se fait au sortir de SRPR lorsque le diagnostic d'EVC-EPC est établi de manière fiable. Les patients y séjournent des mois voire des années, jusqu'à leur décès.

Enfin, au sortir de la rééducation, les patients doivent bénéficier d'un suivi à long terme dans le cadre d'un réseau sanitaire et médico-social. Selon la gravité de leurs séquelles et leur environnement familial, ils pourront être orientés vers des établissements spécialisés ou retourner vivre à leur domicile. Dans tous les cas, leur accompagnement par des professionnels est nécessaire pour soutenir leur réinsertion familiale, sociale et professionnelle.

A cet égard, la circulaire du 18 juin 2004 identifie la structure de MPR comme pouvant être la garante de la continuité de cette prise en charge, en « veillant notamment à l'organisation du suivi médical et à l'effectivité du relais médico-sociale ». Il apparaît effectivement clairement que l'accueil en SSR occupe une place charnière dans cette filière : il doit intervenir au plus tôt au sortir des services d'aigus pour favoriser la réadaptation de tous les patients, et permettre l'élaboration d'un nouveau projet de vie à la sortie en lien avec leur famille.

Le dispositif réglementaire fondé sur la circulaire du 18 juin 2004 a été complété récemment par un « plan d'Actions 2012 en faveur des Traumatisés Crâniens et des Blessés Médullaires » qui, à l'instar du plan AVC 2010-2015 doit permettre d'offrir un cadre propice à la mise en œuvre des prescriptions des textes réglementaires et schémas régionaux, ainsi que l'énoncé de nouvelles mesures destinées à améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes concernées.

---

<sup>19</sup> A l'exception des AVC graves, qui concernent 5% des AVC, et dont la prise en charge se fait hors-filière dans le cadre d'un parcours identique à celui des TC et BM.

## **2 Identification des besoins d'amélioration de la prise en charge dans le cadre des filières neurologiques.**

Les défis que pose la prise en charge des victimes d'AVC et de TC ont donné lieu à l'adoption de divers textes réglementaires et plans d'actions nationaux présentés précédemment. Ils constituent les outils préconisés pour répondre à des objectifs quantitatifs et qualitatifs d'amélioration de la prise en charge, identifiés par les SROS pour chaque région et territoire de santé. A travers les autorisations de soins et la signature de Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM), les ARS (ex-ARH) fixent les priorités des différents établissements susceptibles de contribuer à leur réalisation à travers une action coordonnée sur le territoire.

### **➤ Les objectifs du SROS III en Ile-de-France**

Le SROS-SSR III (2010-2015) identifie les points faibles des SSR en Île-de-France. D'une part, il estime que la formalisation des liens entre SSR et MCO est faible. D'autre part, il mentionne que des difficultés se situent en aval : manque de structures médico-sociales de prise en charge des personnes lourdement handicapées, insuffisance des relais de ville et des structures d'accompagnement social pour assurer le retour à domicile, etc.

Concernant les affections neuro-cérébrales, le SROS-SSR III IDF identifie toutefois comme un point fort l'existence de filières AVC et TC fonctionnelles appuyées sur des UNV, depuis le pré-hospitalier (Samu) jusqu'aux SSR neurologiques. Pour autant, des « points faibles » sont également présentés : insuffisance des unités SRPR et EVC-EPR, manque de structures de rééducation spécialisées, manque de structures d'aval, en particulier pour les jeunes présentant de lourdes pathologies.

Fort de ces constats, le SROS III établit dans son volet SSR des préconisations d'amélioration de la prise en charge. De manière générale, il prône l'identification et le renforcement des filières de prise en charge, et leur évaluation. Il préconise également l'amélioration des parcours de soins en aval des SSR en déployant l'outil « trajectoire » sur l'ensemble du territoire (outil d'aide à l'orientation et la demande admission des patients en SSR), tout en veillant à l'accessibilité des personnes socialement défavorisées à tout établissement quel que soit son statut.

Pour les SSR neurologiques en particulier, le SROS-SSR III propose de renforcer l'activité en hospitalisation complète (HC) et en hôpital de jour (HDJ) afin de disposer à terme de deux unités de SSR neurologiques par territoire de santé. Il recommande en outre le développement des unités de SRPR (objectif de six à terme), le renforcement des unités EVC-EPR dans les territoires qui en ont, dont les territoires 93-1 93-2 et 93-3 (leur création dans les autres), et le soutien des filières structurées et fonctionnelles autour des UNV, en les élargissant au champ médico-social.

L'objet de cette étude étant de se concentrer sur les priorités actuelles pour améliorer l'efficience de la prise en charge, il ne sera pas fait ici de bilan de l'atteinte des objectifs fixés initialement par le SROS lors de son adoption. Pour autant, force est de constater que des avancées significatives ont déjà pu être atteintes, notamment concernant certains des indicateurs qui nous intéressent particulièrement : le nombre de patients admis en UNV, le nombre de lits en SSR neurologiques, le taux et les délais de transfert de patients en SSR. Tous se sont en effet améliorés, ce qui témoigne de la portée des réformes proposées et encourage à leur poursuite.

En Seine-Saint-Denis en particulier, la présence de deux filières autour des UNV du CH de Saint Denis et d'Aulnay, ainsi que le nombre satisfaisant d'implantations et de lits autorisés en SSR neurologiques ne doit pas masquer l'ampleur des besoins qui restent à couvrir, supérieurs encore à ceux du reste de l'Île-de-France dans ce département considéré comme le plus précaire du pays.

Pour ce qui concerne par exemple la prise en charge des TC, le SROS SSR III identifie les territoires de santé de Seine-Saint-Denis comme présentant une carence de l'offre (différentiel lits autorisés/lits installés), ainsi que l'absence de centre référent et de filière de soins clairement identifiés : la moitié des victimes de TC encéphaliques graves ne bénéficient d'aucun traitement en MPR spécialisée, et les délais de transfert en milieu de rééducation-réadaptation sont plus longs que les pronostics vitaux ne l'exigeraient du fait de l'insuffisance des structures spécialisées en neuro-traumatologie.

De manière générale, et de l'avis des professionnels impliqués dans la prise en charge des victimes d'affections du système nerveux, un certain nombre de points doivent ainsi continuer à faire l'objet d'une attention prioritaire en Seine-Saint-Denis. Il s'agit d'une part de la possibilité de bénéficier de SSR spécialisés au décours de MCO, qui concerne un nombre encore trop faible de patients, en particulier pour certaines catégories présentant des maladies chroniques, des polypathologies, ou les patients jeunes lourdement handicapés. D'autre part, le nombre de places dans les services de SRPR et d'EVC-EPR demeure en deçà des besoins et doit augmenter. Enfin, les relais médico-sociaux d'aval sont insuffisamment développés.

C'est dans le but de participer le plus efficacement possible à la réponse à ces besoins sur son territoire d'influence que la Clinique du Bourget a élaboré son projet médical.

### ➤ **Le projet médical de la Clinique SSR de Bourget**

- **Présentation de l'établissement**

La clinique du Bourget est spécialisée dans la prise en charge des affections du système nerveux et de l'appareil locomoteur. Elle compte 90 lits de rééducation fonctionnelle neurologique autorisés, et 60 lits de

rééducation fonctionnelle polyvalente (affections de l'appareil locomoteur), ainsi que 10 places d'hôpital de jour de rééducation. Elle fonctionne en partenariat avec la Clinique du Bois d'Amour à Drancy, dans le cadre d'un projet médical commun (la Clinique partenaire de Drancy est plus orientée sur les SSR à orientation gériatrique et cancérologique).

Le projet médical initial de la Clinique du Bourget, ouverte en 2007, était de devenir un établissement de référence répondant aux besoins de prises en charge de MPR et SSR du département de Seine-Saint-Denis tels qu'ils étaient déclinés dans le SROS III et aux besoins des filières déficitaires. C'est donc un établissement récent qui s'est progressivement inscrit dans un réseau de prise en charge, associant les acteurs d'amont, hôpitaux et cliniques de MCO, les établissements de SSR et les acteurs d'aval. Il participe aux filières AVC et TC, ce qui se traduit par des relations de partenariat, de nombreuses conventions établies ou en cours d'établissement. Il participe également à un Projet Coordonné de Prise en charge au sein des établissements du Groupe Générale de Santé en Seine Saint Denis.

La clinique du Bourget assure en outre une mission de recours-expertise pour ses spécialités de SSR neurologiques et est identifiée dans le SROS SSR III parmi les 10 centres ressources d'Ile-de-France, pour la prise en charge des cérébro-lésés avec troubles cognitifs importants. Elle participe à l'implantation de l'outil Trajectoire en Ile-de-France.

- **Le projet de filière interne de prise en charge des cérébro-lésés graves de la Clinique du Bourget**

La Clinique du Bourget travaille en concertation avec l'UNAFTC (Union Nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et cérébro-lésés) et FTC (France Traumatisme crânien). Dans ce cadre, elle a élaboré depuis 2009 un projet médical visant à organiser une filière de soins spécifique interne à l'établissement, dédiée aux patients adultes cérébro-lésés graves (traumatisés crâniens, AVC sévères, anoxies). Cette filière a vocation à s'étendre depuis la post-réanimation jusqu'à la réinsertion socio-familiale et médico-sociale pour prendre en compte à la fois les séquelles fonctionnelles, comportementales et psychologiques des victimes et la détresse de leur famille. Elle prendrait le relais des services aigus, de réanimation et neurochirurgie, en offrant tous les moyens sanitaires de soins, de surveillance médicale, de rééducation-réadaptation, et s'étendrait à des structures médico-sociales.

Ainsi, ce projet de filière répond véritablement aux priorités telles qu'elles sont définies pour la Seine-Saint-Denis. Bénéficiant de l'expertise du Médecin-Chef qui a travaillé sur un projet similaire en région Rhône-Alpes, cette proposition vise à réduire le nombre d'interfaces générées par l'intervention d'établissements différents se succédant dans le parcours de réadaptation-réinsertion des patients et de leur entourage. Elle présenterait de nombreux avantages pour la fluidité du parcours de soins : délais de transferts écourtés voire supprimés, plus grande qualité grâce à la mutualisation du matériel et des compétences, cohérence de la

prise en charge guidée par l'objectif de réinsertion à long terme et assurée par une équipe unique, évaluation de la filière facilitée. Concrètement, elle se traduirait par l'ouverture au sein de l'établissement d'une unité de SRPR de 12 lits, ainsi que d'une unité d'accueil des patients en EVC-EPR de 10 lits. Un volet subsidiaire est également prévu, afin d'ouvrir un SAVS (Service d'accompagnement à la vie sociale) pour favoriser la réintégration des patients.

A l'heure actuelle, ce projet qui bénéficie du soutien de principe des tutelles est en attente et devrait voir le jour dans les mois qui viennent. Les retards dans sa concrétisation semblent provenir en majorité du fait qu'il n'existe pas dans le cadre actuel de réglementation spécifique des lits de SRPR. Ceux qui existent ont été créés à titre expérimental sur le modèle des unités de surveillance continue, mais il n'y a pas d'autorisation spéciale prévue pour ces services qui exigent des ressources supérieures. Or, la tarification actuelle des lits « classiques » de SSR neurologiques rendrait trop aventureuse l'ouverture d'un tel service pour la Clinique. La mobilisation des équipes soignantes autour de ce projet, ainsi que son soutien par la Direction de l'établissement, restent toutefois intactes, et il pourra démarrer dès que les conditions techniques et financières de sa réalisation seront garanties par l'ARS. Or, les discussions actuelles au sein des groupes de travaux de l'Agence semblent témoigner du fait qu'elle souhaite aller dans ce sens, l'augmentation des capacités d'accueil en SRPR et EVC-EPR étant un objectif affiché.

Ainsi, la volonté de répondre aux besoins de prise en charge des affections du système nerveux en organisant des filières de prise en charge fluides est une priorité de la politique de santé que des acteurs, comme la Clinique du Bourget, contribuent à mettre en œuvre. Reste que les efforts déployés n'ont pas encore permis de surmonter certains des obstacles majeurs à l'atteinte des objectifs d'efficience souhaités pour ces filières. Leur fluidité est encore freinée en amont comme en aval du « maillon » SSR, et des propositions ambitieuses doivent être formulées.

## **B. La prise en charge des patients lourdement dépendants en SSR : un maillon des filières neurologiques à renforcer.**

Un important facteur inhibant la fluidité des filières AVC et TC identifié par les acteurs concerne le faible taux de prise en charge de « patients lourds » en SSR. D'un côté, une fois la phase aigüe terminée, les services d'amont déplorent devoir garder des patients qui pourraient commencer leur rééducation mais ne trouvent pas de place en SSR. De l'autre, les services SSR justifient ces refus d'admission par l'inadéquation de leurs capacités à la prise en charge de patients polypathologiques ou avec des handicaps lourds. Ainsi, l'accroissement de ces capacités est perçu comme un des leviers puissants qui permettra d'améliorer la fluidité des filières autour du maillon SSR.

### **1 Constat des difficultés de prise en charge de « patients lourds » en SSR**

Dans les services aigus de neurologie, certains patients qualifiés de « lourds » mais dont l'état est relativement stabilisé pourraient être orientés vers des SSR pour entamer au plus tôt leur rééducation, et maximiser ainsi leurs chances de récupération. Néanmoins, ces personnes doivent toujours faire l'objet d'une surveillance importante du fait de pathologies associées. La présence dans les services qui les accueillent de moyens pour faire face à toute décompensation exigeant un retour en soins intensifs ou en réanimation est également nécessaire.

Or, les établissements de SSR comme celui du Bourget justifient le fort taux de refus d'admission de ce type de patients par l'inadaptation des moyens financiers, techniques et humains que les autorisations réglementaires actuelles leur confèrent.

#### **➤ La « dépendance lourde » : un critère de refus d'admission en SSR des patients hospitalisés en service aigus.**

En SSR neurologiques, sont qualifiés de « lourds » des patients polypathologiques et/ou qui ne sont pas autonomes sur le plan respiratoire (patients trachéotomisés, ventilés notamment, ou gastrostomisés). Concernant les polypathologies, qui sont fréquents chez les personnes âgées, il peut s'agir de cancers, de maladies liées à l'alcool, d'infections par le VIH/SID, maladies psychiatriques, de troubles cognitifs et comportementaux, et également de complications diverses (escarres, pneumopathies, etc.). Les ventilations, trachéotomies et gastrostomies nécessitent pour leur part des moyens importants de prise en charge, et peuvent être des critères d'admission en réanimation.

Les professionnels de santé analysent en partie l'engorgement des services d'amont comme la conséquence du « blocage » de ces patients lourds, qui ne sont pas admis en SSR alors que leur état de santé le permet. En aval, les SSR ne démentent pas le phénomène et justifient leurs réticences par leur manque de capacités pour prendre en charge des patients lourds.

Ces difficultés sont notamment illustrées par le faible taux de transferts en SSR de patients atteints d'AVC : il se situe pour l'Île-de-France à 33.8% seulement en 2009 (10.4% pour les admissions en rééducation fonctionnelle)<sup>20</sup>. De même, la longueur de la DMS en court-séjour pour les patients AVC, qui était de 12.7 jours en 2009<sup>21</sup>, est symptomatique de cette difficulté à orienter les patients vers des structures de SSR. Pour autant, la faiblesse de ces chiffres ne peut plus être justifiée par le manque de places disponibles en SSR, puisque pour les affections du système nerveux le nombre d'établissements de SSR autorisés est passé de 28 en 2004 à 44 en 2010. Pour ce qui est de la Seine-Saint-Denis par exemple, le nombre de lits installés a évolué conformément aux autorisations depuis l'adoption du SROS III, et le volet SSR 2010 du SROS ne mentionne pas de besoin particulier d'augmentation du nombre d'implantations ou de lits installés.

C'est donc bien du côté du refus d'admission en SSR de patients jugés trop lourds qu'il convient plutôt de chercher l'explication à cet engorgement de l'amont. Les chiffres extraits du logiciel Trajectoire sont à cet égard illustratifs. Une étude<sup>22</sup> réalisée sur un échantillonnage montre en effet que 28.4% des refus d'admission correspondent à la rubrique « Les soins requis dépassent nos possibilités actuelles », et 23.9% à celle « Le patient décrit relève d'un autre type de prise en charge »<sup>23</sup>. Or, de l'avis des professionnels qui sont légion à constater ce problème, ces deux motifs sont souvent invoqués pour justifier un refus de « patient lourd ».

De même, on constate que la moyenne nationale des scores de dépendances AVQ (Activité de la vie quotidienne) est relativement modérée pour les établissements de SSR. En 2010<sup>24</sup>, elle était de 9.1 sur une échelle allant de 4 à 16 pour la dépendance physique, et de 3.7 pour la dépendance cognitive sur une échelle allant de 2 à 8. Ceci montre que les établissements SSR sont plus enclins à accueillir des patients relativement peu dépendants.

---

<sup>20</sup> Données extraites des sources PMSI Île-de-France pour le premier semestre 2010, et présentées lors du Congrès ADELFI à Dijon le 12 mars 2012.

<sup>21</sup> DE PERETTI Christine, NICOLEAU Xavier, TUPPIN Philippe, SCHNITZLER Alexis, WOIMANT France, « Evolution de la prise en charge hospitalière des AVC en court séjour et SSR entre 2007 et 2009 », in La Presse médicale, LPM-D-11-00735.

<sup>22</sup> Etude présentée lors de la Conférence d'Alain Deblasi de la FHF du 22/09/11 intitulée « Activités et Enjeux du SSR »

<sup>23</sup> Le logiciel Trajectoire identifie six motifs de refus ou d'annulation d'admissions

<sup>24</sup> Données ATIH 2010.

### ➤ **Illustration de ces difficultés de prise en charge à la Clinique du Bourget.**

Ce constat général est illustré par l'exemple de la Clinique du Bourget, où l'équipe confirme avoir quelques réticences à accueillir des patients dont la prise en charge est particulièrement lourde du fait de pathologies associées ou d'assistance respiratoire. Bien que l'indice AVQ de dépendance soit supérieur au Bourget à la moyenne nationale, puisqu'il est de 11,5 pour la dépendance physique des patients hospitalisés en HC (Vs 9,1 en moyenne), et de 4,5 pour la dépendance cognitive (vs. 3,7), des freins subsistent alors même que le projet médical est résolument tourné vers la prise en charge de patients lourds.

En effet, comme cela a été présenté dans la première partie, la clinique du Bourget souhaite aujourd'hui poursuivre son évolution dans le sens de la prise en charge de patients lourds, et elle a déposé auprès des tutelles un ambitieux projet de création d'une filière interne de prise en charge des cérébrolésés graves. Cela permettrait la prise en charge des patients dès leur sortie de réanimation, grâce à l'ouverture dans l'établissement d'une unité de SRPR de 12 lits, ainsi que d'une unité d'accueil des patients EVC-EPR.

L'idée présidant au projet d'ouverture de lits de post-réanimation au sein même d'un établissement de SSR est qu'il présenterait l'avantage de permettre des allers-retours SSR-SRPR au gré de l'évolution de l'état des patients. En facilitant ainsi le glissement vers la rééducation, on maximise les chances de récupération, tout en introduisant en parallèle de la fluidité dans la filière globale grâce aux lits de SRPR. Ceux-ci doivent en effet également permettre de désengorger l'amont en accueillant une partie des « beds blockers » qui occupent les lits des services MCO au-delà des délais raisonnables, faute de trouver en aval des structures d'accueil adaptées au poids de leur dépendance.

L'octroi de moyens financiers suffisants pour pouvoir assurer la présence des effectifs requis en personnel afin d'assurer les soins et la surveillance médicale réglementaires est évidemment une condition à la réalisation de ce projet, qui n'est pas remplie à l'heure actuelle.

Ainsi, la Clinique du Bourget illustre bien le fait que les réticences de prise en charge de patients lourds dénoncées comme facteur obstruant les filières neuro sont plus subies que choisies par les établissements SSR. Ces derniers rencontrent différents type d'obstacles à cette prise en charge qu'il convient d'identifier précisément afin de voir quelles solutions pourraient être envisagées pour les lever.

### ➤ **Multiplicité des critères d'admission/éviction en SSR.**

Avant de s'intéresser aux moyens qui permettraient d'accroître la capacité de prise en charge de patients lourds en SSR, il convient de relativiser l'impact du handicap dans les décisions d'admission en SSR. En effet, si les rééducateurs en confirment l'importance, ils avancent également d'autres motifs de refus d'admission.

D'abord, il semble essentiel pour justifier d'une admission en SSR que le patient présente un potentiel de récupération suffisant, ce qui n'est pas nécessairement le cas de tous les « bed blockers » dans les services aigus. A cet égard, l'âge agit comme un facteur discriminant puissant, puisqu'un jeune présentera en général plus de chances de récupération qu'une personne âgée.

Par ailleurs, l'expérience et les études convergent pour montrer que les patients en situation de précarité et/ou de vulnérabilité sociale présentent le plus souvent des difficultés accrues de sorties, faute de solutions en aval des SSR<sup>25</sup>. Or, force est de constater que ces patients font l'objet d'une certaine sélection de la part des SSR, qui cherchent à éviter d'avoir à accueillir des patients pour des durées dont on peut prévoir qu'elles seront supérieures à la moyenne. Comme cela sera développé dans la troisième partie, il apparaît de fait très difficile de mettre en place des solutions de sortie adaptées pour ces personnes, soit en raison de l'impossibilité de mettre en place un projet de vie, soit faute de trouver des places en établissements médico-sociaux dont le coût serait entièrement pris en charge par des aides sociales.

Malgré l'importance de ces facteurs de sélection, nous nous attacherons plus particulièrement dans la suite au caractère discriminant du critère de dépendance dans les décisions d'admission en SSR, afin d'identifier des pistes pour favoriser l'accueil des patients lourds.

---

<sup>25</sup> Voir notamment les travaux du groupe « Prise en charge de la précarité et des publics spécifiques » du Comité de Pilotage du SROS SSR, ainsi que pour le cas du Bourget l'enquête réalisée en mars 2012 sur les patients présentant des difficultés d'aval (en Annexe)

## **2 Analyse des obstacles et propositions pour favoriser l'accueil en SSR de patients lourdement dépendants.**

Si les critères d'éviction en établissements SSR sont multiples, force est de constater que le poids de la dépendance en est un déterminant. Pour des raisons qui sont à la fois financières et, par voie de conséquence, liées à l'insuffisance de leurs capacités humaines et techniques, les services sont enclins à refuser l'admission de « patients lourds ». En effet, de l'avis des acteurs, le cadre réglementaire actuel des SSR doit évoluer car il ne permet pas de réunir les moyens de garantir la qualité et la sécurité de cette prise en charge spécifique.

### **➤ Conséquences de la prise en charge de la « dépendance lourde » en termes de ressources humaines.**

La prise en charge de patients dont l'affection du système nerveux est associée à d'autres pathologies, et en particulier à une insuffisance respiratoire nécessitant une assistance, demande des compétences spécifiques et des effectifs de personnel accrus.

Nombreux médecins rééducateurs pointent en effet les réticences du personnel soignant, peu habitué à soigner des patients aussi lourds, à suivre des personnes ventilées ou trachéotomisées. Elles sont en effet susceptibles de connaître des décompensations, pour lesquelles le personnel n'est pas formé à faire face, et qui nécessitent d'agir en urgence pour un transfert vers des services de soins intensifs ou de réanimation par exemple. A cet égard, il n'est pas anodin qu'un établissement comme la Clinique du Bourget s'efforce de poursuivre l'accueil de patients lourds en dépit de l'absence d'autorisation par l'ARS et donc d'une tarification supérieure : pour l'équipe médicale du Bourget, il est essentiel que le personnel soit aguerré à ce type de prise en charge et acquière progressivement un savoir-faire en prévision de l'ouverture attendue du service de SRPR.

En outre, la qualification du personnel n'est pas le seul facteur humain restreignant l'accueil de « patients lourds » en SSR neurologiques. Force est de constater que les ratios de personnel médical et paramédical prévus par la circulaire de 2008 réglementant les activités de SSR permettent difficilement d'accueillir dans les services des patients demandant un temps de soins, de surveillance, de rééducation et d'accompagnement social significativement supérieurs.

A titre d'exemple, la Clinique du Bourget dispose aujourd'hui de deux infirmières présentes la journée pour un service de 40 lits. L'unité de SRPR qu'elle souhaite ouvrir pour accueillir des patients en post-réanimation, que l'on peut qualifier de « lourds », nécessite la présence de deux infirmières pour 12 lits, soit un effectif plus de trois fois supérieur.

De même, les autorisations actuelles prévoient un système d'astreinte la nuit, mais n'exigent pas la présence d'un médecin de garde sur place alors même qu'elle apparaît indispensable dans un service accueillant des « patients lourds », susceptibles de connaître des complications imprévues. La tarification actuelle ne prévoit cependant pas cela : les prix de journées ne sont pas calculés pour permettre l'embauche des effectifs nécessaires, de jour comme de nuit.

➤ **La nécessité de l'adossement des SSR neurologiques à des services d'urgence et de réanimation.**

Sur le plan médico-technique également, des freins pèsent sur l'accueil en SSR de « patients lourds ». L'éventualité de devoir les transférer d'urgence dans des services de soins intensifs ou de réanimation constitue un risque important à assumer pour les établissements de SSR, qui ne sont pas systématiquement adossés à ces services. En particulier, les établissements SSR privés commerciaux et les ESPIC (Etablissement de santé privé d'intérêt collectif) ne sont fréquemment pas intégrés au sein d'un établissement MCO, et ils doivent développer des collaborations de nature à garantir l'admission sans condition dans les services d'amont des patients qui nécessiteraient un retour en soins aigus.

Dans ces circonstances, l'enjeu de la coopération inter-établissements et de la coordination avec le SAMU dans le cadre des filières territoriales est crucial en Île-de-France pour permettre si nécessaire des allers-retours avec les services de réanimation « envoyeurs ». Dans le département de Seine-Saint-Denis, aucun service de SSR n'est isolé géographiquement et le transfert des patients dans les délais raisonnables vers un établissement MCO avec un service d'urgence est possible, sous réserve cependant qu'ils puissent être transportés et accueillis sans retard ni condition.

Pourtant, en l'état actuel des choses les réadmissions en amont des SSR ne sont pas automatiques. La fluidité de la communication et la signature de protocoles d'accords inter-établissements apparaissent ainsi comme des garanties importantes, mais qui font encore trop souvent défaut. A la Clinique du Bourget par exemple, la coopération avec le service de réanimation de l'hôpital d'Avicenne est bien huilée et ne pose pas de problème. Pour autant, si à l'instar de la Clinique du Bourget les liens informels tissés entre les praticiens des différents établissements sont souvent les efficaces, la formalisation d'accords n'en demeure pas moins nécessaire : c'est justement dans les cas difficiles qu'ils montrent toute leur utilité, en offrant des solutions de transferts quand les rouages relationnels habituels n'y parviennent pas.

Dans ces circonstances, l'absence d'un dispositif global d'accords inter-établissements au sein des filières territoriales contribue aux réticences des SSR à admettre des patients atteints de maladies chroniques ou de handicaps lourds, qu'ils ne sont pas sûrs de pouvoir assumer si leur état venait à se détériorer subitement.

Son élaboration, qui est un des objectifs au cœur de la circulaire de mars 2012 sur les AVC, doit être poursuivie activement.

➤ **Les défis à surmonter par le futur modèle de tarification à l'activité en SSR neurologiques.**

L'insuffisance déjà décrite des capacités humaines des établissements de SSR pour accueillir généreusement en leur sein des « patients lourds », plus exigeants en termes de temps dédié et de compétences spécifiques requises du personnel, met en exergue les limites du modèle actuel de tarification des SSR. Néanmoins, la réforme prévue avec le passage à la T2A (tarification à l'activité), reportée à 2013, n'apporte pas pour l'instant toutes les réponses attendues.

Les établissements de SSR fonctionnent aujourd'hui sur dotations calculées à partir d'un certain nombre de journées de prise en charge, dont le tarif varie en fonction de certains critères, et en particulier du type d'affection. Ces tarifs sont calculés pour permettre le déploiement des moyens techniques et humains prévus par les dispositions réglementaires en vigueur. Toutefois, ce cadre réglementaire a été élaboré pour des prises en charge de type « classique » : tous les coûts afférents aux besoins particuliers des « patients lourds » ne sont pas pris en compte. De l'avis des acteurs en SSR, ceci explique les limites aux capacités d'accueil de ce type de patients qui pèsent sur les établissements, dont la viabilité économique reste la priorité dans le contexte concurrentiel actuel.

A titre illustratif, l'ARS elle-même explique en partie les carences en lits d'éveil/SRPR par le manque de moyens financiers. Conçus sur le modèle de l'unité de soins continus, ces services SRPR n'ont été mis en place jusqu'ici qu'à titre expérimental, sans que le constat de leur efficience ne conduise à la reconnaissance d'un statut juridique particulier prévoyant un dispositif financier, humain et organisationnel adéquat. Ainsi, comme cela a déjà été montré, les établissements comme le Bourget, qui souhaiteraient développer cette offre de soins et disposent de l'expertise pour le faire, se voient contraints d'y renoncer faute de pouvoir la financer de façon pérenne.

Dans ce contexte, le passage à une tarification à l'activité pourrait constituer une aubaine pour les établissements, s'il s'accompagne de la possibilité de moduler les tarifs de base en fonction de pathologies et/ou de handicaps lourds associés, dont la prise en charge requiert des moyens supplémentaires. Les travaux préparatoires à la T2A SSR semblent aller dans ce sens par l'introduction d'un critère « lourdeur de la dépendance » dans la tarification, de nature à rassurer les acteurs réticents à s'engager plus fermement dans ce type de prise en charge.

Cependant, les incertitudes sur les délais et les modalités de passage à la T2A en SSR demeurent nombreuses, certains allant même jusqu'à douter de son introduction tant elles soulèvent de difficultés. Les établissements comme le Bourget se doivent ainsi d'adopter une posture prudente dans l'évolution de leur projet médical vers des prises en charge plus lourdes. Rien ne garantit que celles-ci soient valorisées à leur juste niveau pour permettre aux établissements de rester compétitifs.

Le constat de ces difficultés multiples est largement partagé par les acteurs, au niveau de la Clinique du Bourget et au-delà, et fait l'objet d'importantes réflexions au sein du Comité de Pilotage du volet SSR du SROS afin de proposer des évolutions qui permettraient d'améliorer l'accueil en SSR de patients lourdement dépendants.

### **3 Propositions pour développer les prises en charge lourdes dans les services de SSR neurologiques.**

Conscients que l'enjeu de la fluidité des filières concerne tout autant les prises en charge lourdes que celles intervenant dans le cadre de « parcours de soins classiques », les acteurs s'efforcent de partager leur expérience pour parvenir à des propositions communes. Il en va de l'efficacité des filières neurologiques dans leur globalité, puisque l'objectif est de désengorger l'amont, mais également de la qualité de la prise en charge de ces personnes lourdement dépendantes en particulier. Le passage en SSR constitue une étape clé dans la réussite du parcours de rééducation-réadaptation, et l'accroissement du taux d'admission dans ces services de personnes qui en relèvent doit demeurer une priorité de santé publique.

#### **➤ Ouvrir les services de SSR aux professionnels du domicile.**

Les difficultés de prise en charge des personnes lourdement dépendantes en SSR en termes d'effectifs et de qualification du personnel médical et paramédical ont été décrites. Tous les acteurs s'accordent pour dire qu'une tarification plus adaptée, qui permettrait de financer les surcoûts liés à la lourdeur du handicap et/ou des pathologies associées, serait une avancée majeure pour encourager les admissions de patients lourds en SSR. Reste que dans le contexte actuel où des contraintes fortes pèsent sur les dépenses de santé, les perspectives de revalorisation significative des tarifications sont faibles, et les professionnels s'efforcent de chercher également des solutions dans une meilleure organisation du système. Celui-ci présente en effet une forte tendance au cloisonnement entre le sanitaire et le médico-social, or c'est

précisément à cette jonction que se situe l'enjeu pour les personnes atteintes d'affections du système nerveux associées à des maladies chroniques ou des handicaps lourds.

Leur prise en charge s'inscrit sur toute la vie, et s'accompagne d'allers-retours fréquents entre le domicile ou les établissements médico-sociaux, l'hôpital, et les établissements SSR. Ainsi, certaines améliorations de la prise en charge sont attendues du côté d'une plus grande fluidité entre ces différents niveaux, en particulier en permettant la circulation du personnel des services d'aide et de soins à domicile au sein du système pour accompagner le patient au fil de son parcours.

C'est en tout cas ce qui ressort des travaux du groupe « Maladies Chroniques et handicaps lourds » du Comité de Pilotage (COPIL) du SROS SSR. Des propositions y ont été faites pour améliorer l'accueil de patients lourdement dépendants dans des établissements qui, à l'instar des SSR, rencontrent à l'heure actuelle des difficultés pour faire face à ce type de prise en charge. L'idée serait de permettre au personnel intervenant à domicile de pouvoir également le faire dans les services de SSR lorsque leurs patients doivent y être accueillis. Cela présenterait l'avantage de permettre une réelle continuité dans les soins, mais également de compléter les effectifs dans les SSR pur assurer la présence nécessaire sans que cela n'impacte sur les ratios classiques de personnel para-médical présent sur place. Par exemple, les toilettes pourraient être effectuées quotidiennement par les libéraux de ville qui interviennent normalement au domicile du patient. De même, les auxiliaires de vie pourraient continuer à assurer un certain nombre d'heures auprès du patient pour un temps d'accompagnement personnalisé que le personnel de l'établissement n'est pas en mesure d'offrir en raison de la charge de travail qui pèse sur les services.

A cet égard, il a été proposé dans le cadre du groupe « maladies chroniques et handicaps lourds » du SROS-SSR de mettre en place des « auxiliaires respiratoires », qui seraient formés spécialement à l'accompagnement de patients nécessitant une assistance respiratoire. Dans la mesure où ces patients représentent une part importante de ceux qui cristallisent les réticences des établissements de SSR en raison de la lourdeur des soins et de la surveillance qu'ils exigent, la présence d'« auxiliaires respiratoires » pourrait être un moyen efficace de permettre leur accueil dans les services de SSR, en allégeant la charge de travail du personnel permanent de la structure.<sup>26</sup>

Il est certain que la législation actuelle nécessiterait d'importants aménagements pour permettre de développer au sein des établissements cette mixité des interventions du personnel salarié, et de professionnels de ville libéraux. Aujourd'hui, la rigidité de la frontière entre les secteurs hospitalier et ambulatoire est telle qu'une évolution de ce type semble peu probable, notamment en raison de la tarification qui ne permet pas la rémunération de paramédicaux libéraux intervenant dans un établissement sanitaire. Pour autant, les résultats escomptés incitent à cette réforme, qui, de l'avis des professionnels, pourrait

---

<sup>26</sup> A noter que cette proposition de permettre l'intervention de paramédicaux libéraux en établissements dépasse les structures SSR et concerne également les établissements médico-sociaux. Par exemple, les FAM et/ou MAS rencontrent les mêmes difficultés d'accueil de certains « patients lourds » en raison de lacunes de ressources humaines en termes d'effectif et de compétence.

réellement favoriser l'accueil en SSR de patients qui en sont aujourd'hui trop souvent écartés. Cette réforme introduirait indéniablement de la continuité entre le sanitaire et le médico-social. Ses bénéfices pour le patient seraient en outre doublés d'un avantage pour les fournisseurs de soins et de services à domicile, pour qui les ruptures soudaines de « contrats » liés à l'hospitalisation d'un patient constituent une réelle difficulté de gestion.

### ➤ Favoriser la coordination des acteurs au sein de filières territoriales formalisées

Si la fluidité des filières est avant tout un gage de qualité et de continuité des soins pour le patient lui-même, elle est également une garantie importante pour les établissements. Elle leur assure en effet que les transferts pourront être effectués au fil de l'évolution de l'état de santé des patients, afin que ceux-ci soient admis dans les meilleurs délais dans la structure appropriée. L'expérience montre que les équipes optimisent leurs compétences lorsqu'elles s'attachent à traiter la patientèle et les phases évolutives cibles de leur activité, alors qu'elles se trouvent parasitées et désorganisées lorsque des patients requièrent des actes hors du champ des soins spécifiques.

Dans le cas particulier des affections du système nerveux, cela a un écho particulier s'agissant de la prise en charge des patients lourdement dépendants. Comme cela a été expliqué, les établissements de SSR se montrent prudents à accueillir des personnes dont l'état de santé est susceptible de connaître des dégradations rapides auxquelles ils ne sont pas à même de faire face faute de moyens humains et techniques nécessaires.

L'adossement à des services d'urgence et, plus généralement, la coopération avec les établissements MCO « adresseurs » à même de prendre le relais constituent donc des leviers d'incitation à la prise en charge de patients plus lourds dans les services de SSR.

Dans cette perspective, le travail de formalisation et d'animation de filières territorialisées clairement définies prend tout son sens. Il s'agit en effet de mettre en place des réseaux de collaboration qui soient lisibles pour les acteurs, et qui s'appuient sur des accords et protocoles à travers lesquels les établissements prennent l'engagement mutuel d'accueillir leurs patients respectifs.

Le plan AVC 2010-2014 poursuit cette logique à travers son axe 2 « Mettre en œuvre des filières de prise en charge et les systèmes d'information adaptés ». La circulaire du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières de prise en charge des patients victimes d'AVC précise ainsi les modalités d'organisation des filières autour des UNV, et stipule que « Les établissements de SSR doivent avoir établi des liens formalisés avec les établissements assurant la prise en charge de la phase aigüe ».

En outre, le texte établit des « animateurs de filières », dont le rôle est de « constituer, d'animer et de formaliser les filières ». Les animateurs de filières contribuent ainsi à assurer la continuité du parcours de

soins en produisant une cartographie des structures d'amont et d'aval qui soit à la disposition des acteurs territoriaux. Ils ont également pour mission d'encourager à l'adoption de documents communs (annuaires, procédures) et de conventions de coopération. Pour les établissements SSR neurologiques, leur travail devrait permettre la formalisation des liens avec les services aigus/d'urgence « envoyeurs », leur apportant ainsi certaines des garanties qui leur manquent pour assumer le risque d'accueillir des patients lourds. En échange, les établissements SSR s'engageraient à reprendre ces patients une fois leur état stabilisé et la reprise de la phase de rééducation envisageable.

Ces dispositifs de coopération font encore souvent défaut, comme c'est le cas en Seine-Saint-Denis par exemple. Dans ce département, le SROS III reconnaît l'existence de filières AVC et TC fonctionnelles, mais pointe la faiblesse que constitue l'insuffisance de leur formalisation. A cet égard, le travail entrepris autour des deux UNV du CH de Saint Denis et du CH Robert Ballanger (CHRB) à Aulnay a pour ambition de faire avancer les choses. Il manque encore à nommer un animateur pour la filière autour du CHRB, mais les travaux ont débuté dans toute l'Ile-de-France depuis fin 2011 sous la coordination de l'ARS.

Si le plan AVC 2010-2014 offre un cadre incitatif à la coopération formalisée, on constate en fait que les filières existantes fonctionnent encore le plus souvent sur la base d'accords tacites conclus entre les établissements ou leurs praticiens, ce qui peut être dans certains cas très opérant, mais offre une sécurité moindre. Le fait qu'il n'existe pas pour la filière TC de dispositif équivalent au plan AVC constitue certainement une lacune de ce point de vue. L'adoption récente d'un « Programme d'Actions 2012 en faveur des traumatisés crâniens et des blessés médullaires », dont la mise en œuvre sera assortie d'un suivi par un comité interministériel, laisse néanmoins espérer une évolution favorable du dispositif global de prise en charge. Ce programme prévoit en particulier l'identification par région des carences de l'offre hospitalière dans la filière, et propose d'améliorer la continuité de la prise en charge par la « coordination et l'interconnexion des structures », et notamment par le « développement d'outils et de procédures communs ».

### ➤ **Mettre en place un système modulable de financement pérenne**

Les lacunes du système de financement des prises en charge des affections du système nerveux n'incitent pas les établissements de SSR à accueillir des patients lourdement dépendants. La tarification actuelle des SSR est en cours d'évolution, et vise à travers le passage à la T2A à remédier à ces insuffisances. Pour autant, la spécificité des prises en charge en SSR rend complexe l'adaptation du système applicable en MCO : une rémunération à l'acte qui ne prendrait pas en compte d'autres facteurs tels que la lourdeur de la dépendance ou la nécessité d'allonger les DMS pour certains patients présentant des pathologies associées conduirait à une impasse.

Dans ce contexte, le passage à la tarification à l'activité en SSR a été reporté et les professionnels s'attachent à réfléchir à un cadre qui, tout en étant efficient sur le plan médico-économique, confère aux établissements la capacité financière permettant certaines prises en charge coûteuses. A titre d'illustration, c'est bien sur ce besoin spécifique que semble reposer le « programme d'actions 2012 pour les TC et des blessés médullaires », qui préconise « d'intégrer la spécificité de la prise en charge des affections neurologiques lourdes dans les travaux sur le modèle de financement du SSR », ou encore d'encadrer par des textes les unités de SRPR installées dans les structures de SSR.

A cet égard, les membres du comité de pilotage du SROS SSR souhaitent privilégier une approche basée sur le « parcours de soins type » des patients, en particulier en neuro. L'idée sous-jacente est de « raisonner en flux » en définissant un parcours type, afin de fluidifier les passages d'un maillon à l'autre au sein des filières, et d'optimiser les DMS (Durée moyenne de séjour) à chaque étape. Les durées de séjours sont en effet considérées comme trop longues et pouvant être réduites, en particulier en SSR<sup>27</sup>.

La proposition est alors d'établir un mode de financement basé sur le parcours de soins du patient en fonction de ses besoins propres, et non sur une addition d'actes. Des protocoles seraient ainsi arrêtés, structurant le parcours sur la base d'un projet thérapeutique, d'un chemin clinique et d'une démarche précoce d'insertion définis pour chaque patient au début de sa prise en charge.

Si de prime abord la prise en compte de la durée de séjour peut sembler choquante, elle vise au contraire dans l'esprit des promoteurs de cette réforme à « rationaliser » le système afin de dégager des capacités de prise en charge supplémentaires pour les patients « hors parcours », qui nécessitent un suivi beaucoup plus long, parfois sur toute leur vie. L'« accueil au long cours » des patients en ayant besoin sera d'autant plus acceptable pour les structures que le « turn-over » sera important, et le nombre de « beds blockers » réduit.

La cotation du poids de la dépendance viendrait en complément de cette approche « en flux », en permettant de moduler les tarifs en fonction du coût réel de la prise en charge, qui va croissant avec la durée et la technicité des soins requis. De même, la valorisation modulable des plateaux techniques et des médicaments onéreux en fonction des types de prise en charge, ainsi que le financement de « missions d'intérêt générales » déjà prévus dans le projet de nouvelle tarification sont des composantes essentielles à la définitions d'un « juste prix ». Elles favoriseront l'accueil des « patients lourds » dans les établissements SSR, et la qualité des soins qui leur sont prodigués.

Pour l'heure, l'urgence est surtout à la clarification, car l'incertitude sur les modalités d'ajustement de la T2A aux spécificités des SSR est génératrice d'inertie des établissements, alors même que les professionnels semblent en majorité favorables à ce nouveau système s'il est bien équilibré.

---

<sup>27</sup> Une enquête réalisée à un jour donné en 2010 par l'ARS auprès de 45 services de rééducation neurologique en Ile-de-France conclut à une DMS de 345 jours (taux de réponse 94%). Voir les travaux préparatoires du COPIL pour la révision du SROS AVC-IDF.

## **II. Les besoins et préconisations en matière de « solutions d'aval » aux SSR.**

L'analyse précédente des facteurs bloquant la fluidité des filières en amont des SSR montre que la durée des séjours est une variable qui doit faire l'objet d'une grande attention. La DMS en SSR neurologiques est en règle générale plus longue que cela n'est parfois nécessaire, ce qui a des répercussions en amont où les patients doivent être retenus dans les services aigus dans l'attente que des places se libèrent en rééducation. Cela impacte négativement sur le taux d'admission en SSR en général, mais plus encore sur celui des patients les plus lourds : dans un contexte où l'accueil de nouveaux patients est limité par la présence de « bed blockers », les établissements n'ont pas tendance à prioriser les prises en charge les plus complexes et coûteuses.

En conséquence, un autre enjeu déterminant de la fluidité des filières neurologiques se situe du côté de l'optimisation des durées de séjours à tous les échelons. Il convient donc également de s'intéresser aux causes qui conduisent à leur longueur jugée excessive en SSR, afin d'envisager les possibilités de les raccourcir lorsque cela est possible, et ce sans remise en cause de la qualité de la prise en charge. En effet, l'amélioration de la continuité du parcours du patient depuis l'établissement de SSR vers un établissement médico-social adapté, et/ou son retour à domicile contribuerait significativement à la fluidité des filières. Pour y parvenir, de nombreux obstacles devront cependant être levés afin que les patients se voient offrir des solutions d'aval aux SSR satisfaisantes, à la fois en termes d'adéquation à leurs besoins, et de délais de mise en place.

### **A. Analyse des obstacles aux orientations d'aval des SSR**

Les équipes de la Clinique du Bourget sont fréquemment confrontées à des difficultés d'orientation des patients à leur sortie dans des délais satisfaisants. Ces difficultés traduisent des problèmes structurels communs à tous les établissements SSR, et même plus largement à tous les acteurs sanitaires et médico-sociaux positionnés en aval du SSR dans les filières neurologiques.

Lorsque l'hospitalisation en SSR touche à sa fin et que tous les gains escomptés de la rééducation ont été obtenus, les établissements comme le Bourget n'ont cependant pas toujours la possibilité d'organiser comme ils le souhaiteraient la sortie de leurs patients. Trop souvent, ces derniers n'ont pas la possibilité pour diverses raisons de retourner à leur domicile dans de bonnes conditions, tandis qu'aucune structure médico-sociale n'est en mesure de les accueillir pour prendre le relais de l'accompagnement. Le rôle des établissements

SSR se trouve alors détourné de sa vocation initiale sans que la faute ne leur en soit totalement imputable : ils subissent les lacunes de la filière d'aval qui nécessite d'être renforcée sur plusieurs aspects.

## **1 La présence de « bed blockers » en SSR : un facteur important d'engorgement des filières neurologiques.**

Face à l'augmentation des capacités en SSR ces dernières années, conformément aux objectifs fixés par le SROS III aussi bien en termes de sites d'implantation que de lits autorisés, le constat de la faiblesse des taux d'admission en SSR peut surprendre. En effet, les taux de patients accueillis en SSR dans les filières AVC et TC sont relativement faibles, et inférieurs aux besoins identifiés par les schémas et les acteurs : pour les patients victimes d'AVC, il était de 33.8% (10.4% admis en rééducation fonctionnelle neurologique)<sup>28</sup>, tandis que pour les cérébrolésés graves, on estime que 40% retournent au domicile alors qu'ils nécessiteraient une prise en charge en post-réanimation ou en SSR<sup>29</sup>. Un grand nombre de personnes se voient ainsi privées d'accéder à des séjours en rééducation qui contribueraient très significativement à leur réadaptation et à l'amélioration de leur qualité de vie future. Certes, les causes de ce phénomène sont multiples, mais l'engorgement des services de SSR par des personnes qui n'y ont plus leur place n'y est pas étranger. Par exemple, la DMS cumulée pour les patients AVC d'Ile-de-France était de 64.2 jours sur le premier semestre 2010<sup>30</sup>, tandis que 18% des lits occupés en rééducation fonctionnelle neurologique l'étaient pour des séjours d'une DMS supérieure à 120 jours<sup>31</sup>. Comme l'a montré une enquête réalisée à la Clinique du Bourget à la demande de l'ARS en mars 2012 sur les « patients présentant des difficultés de prise en charge en aval », il arrive parfois que des patients soient dans la Clinique depuis un an ou deux<sup>32</sup>.

La notion de DMS doit pourtant être maniée avec beaucoup de prudence. Si la rigueur de gestion constitue à l'heure actuelle un impératif pour les établissements, tous les efforts visant à réduire les dépenses de santé ne doivent pas nuire à l'accès ni à la qualité des soins. Il s'agit alors pour les planificateurs de proposer une organisation qui permette de concilier des objectifs ambitieux de santé publique avec le souci d'économie. Or, de ce point de vue des marges de manœuvre significatives semblent exister du côté des SSR neurologiques, où les DMS les plus longues sont loin d'être systématiquement justifiées par des considérations médicales qui préconiseraient de prolonger la rééducation. D'autres facteurs « étrangers » aux structures de SSR impactent leurs DMS, et notamment l'absence de solutions d'aval pour un nombre important de patients.

---

<sup>28</sup> DE PERETTI Christine, NICOLEAU Javier, TUPPIN Philippe, SCHNITZLER Alexis, WOIMANT France, « Evolution de la prise en charge hospitalière des AVC en court séjour et SSR entre 2007 et 2009 », in La Presse médicale, LPM-D-11-00735.

<sup>29</sup> Données du CRFTC (Centre Ressources Francilien du Traumatisme Crânien)

<sup>30</sup> Données extraites de la base de données PMSI Île-de-France

<sup>31</sup> Enquête ARS IDF jour donné 2010.

<sup>32</sup> Les résultats de cette enquête sont présentés de manière synthétique en annexe.

Reste que si les établissements SSR ne maîtrisent pas tous les leviers impactant les DMS dans leurs services, leur longueur constitue un handicap pour eux. Ils ne peuvent le supporter actuellement que parce que la tarification ne prend pas en compte cet aspect. Mais, avec le passage prévu à la T2A, la durée du séjour sera certainement intégrée d'une manière ou d'une autre au calcul des tarifs, et les établissements risquent de ne plus pouvoir garder des patients une fois la rééducation/réadaptation considérée comme terminée, et ce même si l'accès aux soins et/ou services nécessaires par la suite au patient n'a pas pu être résolu.

Cette préoccupation, qui mêle des considérations financières, sociales et même éthiques est fortement présente, aussi bien au sein des équipes de la Clinique du Bourget que parmi les groupes de réflexions et de travaux des professionnels de la rééducation et des filières neurologiques. Les résultats de cette étude conduisent à l'identification de multiples causes freinant considérablement les sorties de SSR. Parmi celles-ci, la disponibilité de places dans des établissements médico-sociaux adaptés et l'organisation des conditions permettant un retour à domicile apparaissent les plus déterminantes. Elles le sont d'autant plus que vient s'y ajouter un facteur de précarité : les résultats montrent à quel point la vulnérabilité économique et sociale des personnes contribue à rendre complexe leur prise en charge au-delà de la phase d'hospitalisation, et notamment leur prise en charge post-SSR.

## **2 Un nombre toujours insuffisant de places en établissements médico-sociaux.**

Le transfert vers un établissement médico-social constitue pour une partie des patients accueillis dans les SSR neurologiques la seule solution d'aval envisageable. Or, le constat est fait par tous les acteurs participant au SROS que le nombre de places offertes dans ces structures pour les accueillir est insuffisant en Ile-de-France et en Seine-Saint-Denis. Par exemple, à la Clinique du Bourget, l'enquête réalisée<sup>33</sup> auprès des assistantes sociales montre qu'aucune des demandes d'orientation en ESMS, faites pour 44% des patients présentant des difficultés d'orientation en aval, n'a abouti.

Ces insuffisances concernent aussi bien les établissements spécialisés dans l'accueil de personnes âgées dépendantes que de personnes handicapées. En revanche, elles ne sont pas simplement quantitatives, mais concerne aussi la disponibilité de places qualitativement adaptées aux spécificités de la prise en charge de personnes atteintes d'affections neurologiques parmi ces deux publics spécifiques.

### **➤ Le cas des établissements d'accueil des personnes âgées dépendantes**

Les personnes âgées dépendantes, qui représentent une proportion importante des patients accueillis en SSR neurologiques, voient régulièrement leur sortie de SSR se heurter à l'absence de places disponibles en

---

<sup>33</sup> Op. Cit.

EHPAD pour les accueillir. Les affections du système nerveux ont une prévalence supérieure chez les personnes âgées, notamment puisque la fréquence de survenue d'un AVC augmente avec l'âge. Or, il n'est en effet pas rare que les conséquences invalidantes d'une maladie neurologique empêchent la personne âgée, qui conservait jusque là une certaine autonomie, de retourner à son domicile après sa rééducation. La question du placement en EHPAD se pose alors, et ceci avec une acuité particulière dans la mesure où l'insuffisance de structures n'est pas le seul facteur limitant l'admission.

Certes, comme pour l'ensemble de la population âgée dépendante, le manque de places en EHPAD demeure un obstacle important malgré tous les efforts déployés depuis plusieurs années pour augmenter les capacités de prise en charge<sup>34</sup>. Les délais d'attente sont extrêmement longs, et ceci d'autant plus pour les personnes qui n'ont pas les moyens suffisants pour payer et sont bénéficiaires de l'Aide Sociale à l'hébergement (ASH). A cet aspect quantitatif s'ajoute cependant une autre difficulté, qui tient à l'inadaptation de la plupart des EHPAD pour prendre en charge des personnes polypathologiques très lourdement dépendantes. On retrouve ici la même difficulté que celle déjà décrite pour les établissements de SSR pour accueillir des personnes dont le suivi médical nécessite des compétences techniques spécifiques, et un temps de soins consacré supérieur: Les EHPAD ne disposent pas non plus en général des ressources humaines et techniques requises. Ils sont insuffisamment organisés pour faire face à des décompensations qui peuvent être particulièrement brutales pour des personnes neurologiques. A cet égard, il convient de préciser que les personnes âgées atteintes d'affections du système nerveux sont fréquemment suivies dans le cadre de la filière gériatrique, et non de la filière neurologique. Ceci a entre autres des conséquences sur la tarification de la prise en charge, qui n'est pas suffisante pour faire face à tous les besoins supplémentaires que ces pathologies induisent en termes de soins et de surveillance.

Le même problème se pose concernant les USLD (Unité de Soins Longues Durée) qui sont insuffisantes pour les personnes âgées. A titre d'exemple, dans l'enquête réalisée au Bourget<sup>35</sup>, sur les 54% de patients en attente de transferts vers un ESMS, 27% attendaient une place en EHPAD, et 18% vers des USLD.

### ➤ **Le cas des établissements d'accueil pour personnes handicapées**

Concernant les personnes handicapées, les orientations d'aval du SSR sont rendues complexes par le manque de places en établissements spécialisés, du type FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé) ou MAS (Maison d'Accueil Spécialisée). Les délais d'admission dans ces structures y sont très longs, en raison du manque de structures mais aussi car la DMS y est par nature très longue (11 ans). Cela constitue un autre facteur d'engorgement des filières puisque les candidats sont souvent hospitalisés en attendant leur admission dans ces établissements.

---

<sup>34</sup> A cet égard, le volet SSR du SROS III fixe la cible de 78% de taux d'équipement en 2012 en EHPAD, et la création de places supplémentaires se poursuit activement, sans pour autant que l'ensemble des besoins ne soient encore couverts.

<sup>35</sup> Op cit. 32

Une étude de l'ARS menée en 2010 sur une semaine <sup>36</sup> dans 45 services de SSR en IDF montre ainsi que l'orientation vers un FAM/MAS est envisagée dans 15% des cas d'AVC, et que pour les personnes concernées la DMS en SSR est de 582 jours. Dans les 24 FAM également interrogés dans le cadre de cette enquête (taux de réponse 50%), les délais d'attente sont de cinq ans, et 31% des patients sont en attente dans des établissements de soins. Dans les 53 MAS interrogées, le délai d'attente est de 2.4 ans, tandis que 56 % des patients en attente sont hospitalisés dans des établissements de soins. L'enquête du Bourget<sup>37</sup> conduit aux mêmes conclusions, puisque les orientations vers des FAM/MAS représentent 54% des demandes d'orientations en attente au jour J pour les patients présentant des difficultés d'orientation d'aval.

Là encore, la création de places supplémentaires est certes un impératif reconnu par le SROS et sur lesquels les acteurs n'ont cessé de réinsister, mais elle ne constitue pas une réponse à elle seule : le même problème de la capacité d'accueil de personnes très lourdement dépendantes dans ces ESMS se pose. Confrontées à des patients atteints de polyhandicapés ou de déficience intellectuelle, les structures n'ont pas les moyens et les compétences d'assurer une prise en charge réunissant toutes les conditions de sécurité et de qualité, et elles préfèrent ainsi souvent renoncer à accueillir les patients concernés, condamnés à devenir ainsi des « bed blockers » de l'amont en SSR (mais aussi parfois en MCO). A cet égard, le « rapport de la mission interministérielle en vue de l'adoption d'un plan d'action en faveur des traumatisés crâniens et des blessés médullaires » de 2010 insiste sur le besoin de création d'établissements spécialisés qui soient pourvus de moyens à la hauteur d'une prise en charge particulièrement lourde.

### ➤ **Les personnes âgées polyhandicapées et les jeunes : deux publics particulièrement concernés**

Deux profils type sont particulièrement concernés par cette problématique du manque de structures spécialisées d'aval aux SSR : les personnes âgées polyhandicapées (et par voie de conséquence les personnes handicapées vieillissantes), et les patients jeunes présentant des troubles sévères du comportement.

D'une part les personnes âgées polyhandicapées ne sont pas admises en MAS/FAM du fait de la condition d'admission portant sur la limite d'âge de 60 ans, sans que l'EHPAD n'offre toujours de solution alternative puisque les « patients lourds » y sont également fréquemment refusés comme cela a été montré.

D'autre part, les patients jeunes présentant des troubles sévères du comportement rencontrent également de grandes difficultés à trouver des établissements offrant un cadre de vie adapté à leur situation. Une enquête réalisée par la FEHAP<sup>38</sup> sur les profils bloquants en SSR illustre bien ce problème, puisque les troubles psychiques font partie des motifs de difficultés de sortie parmi les plus fréquents. Cette question du handicap lourd chez les jeunes se pose avec une acuité particulière pour les traumatisés crâniens présentant des

---

<sup>36</sup> Enquête semaine ARS-IDF : liste d'attentes FAM/MAS pour patients cérébrolésés.

<sup>37</sup> *Op Cit.* 33

<sup>38</sup> [www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/2\\_Offre-Soins\\_MS/SROS\\_Volet-Hospitalier/Groupe-de-travail/GT04/Aval\\_SSR\\_profils\\_bloquants.pdf](http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/2_Offre-Soins_MS/SROS_Volet-Hospitalier/Groupe-de-travail/GT04/Aval_SSR_profils_bloquants.pdf)

troubles psychiques sévères, pour lesquelles aucune structure, que ce soit en SSR spécialisé ou ensuite en ESMS, ne dispose véritablement des compétences et des capacités adaptées.

Les enjeux pour ces deux catégories spécifiques de publics sont d'autant plus importants qu'avec l'évolution de la démographie, leur nombre n'aura cesse d'augmenter dans les prochaines années. L'allongement de l'espérance de vie va de pair avec l'accroissement de la part de personnes âgées poly pathologiques, et l'association entre une affection du système nerveux et une démence est de plus en plus fréquente. A titre d'illustration, 2/3 des victimes d'AVC ont plus de 75 ans, et 23% plus de 85 ans<sup>39</sup>. De même l'espérance de vie des personnes handicapées est à la hausse, et la question de la personne handicapée vieillissante prend de l'ampleur alors qu'il reste beaucoup à faire pour adapter le système à ce type de prise en charge.

### **3 Un dispositif d'accompagnement au retour à domicile lacunaire.**

Si les besoins d'augmenter les capacités d'accueil en ESMS sont criants, la règle générale demeure cependant le retour à domicile. Il concerne 58% des patients AVC à leur sortie de SSR<sup>40</sup>, et constitue la solution privilégiée pour les traumatisés crâniens et blessés médullaires dont l'accompagnement est l'affaire de toute une vie.

Reste que le retour à domicile est une étape complexe dans le parcours de patients dont la pathologie a souvent considérablement modifié les capacités d'autonomie, et donc les conditions de vie courante, pour eux-mêmes et pour leur entourage familial. Pourtant, la mise en place d'un nouveau projet de vie à domicile est souvent possible, pour autant qu'un accompagnement de transition soit mis en place. Il doit permettre à la fois la poursuite de la rééducation lorsque c'est nécessaire, mais aussi la dispense des soins et le réapprentissage d'une certaine autonomie dans les actes de la vie quotidienne. Les professionnels relatent souvent à quel point les familles des patients redoutent le retour à domicile de leur proche, et comment une période de transition pendant laquelle des professionnels sont là pour les accompagner peut aider à le leur faire accepter, et à reconstruire un quotidien qui leur faisait très peur.

Dans cette perspective, un certain nombre de solutions existe, qui permettent de mettre en place autour de la personne l'ensemble des soins infirmiers (toilette corporelle, etc), des séances de rééducation (kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie), et des services (SAMSAH, SAVS) dont elle a besoin. Parmi elles, l'hospitalisation de jour au décours du SSR, et/ou l'hospitalisation à domicile (HAD) constituent des étapes importantes du parcours du patient. Pour autant, les résultats de cette étude montre les lacunes de ces dispositifs qui sont insuffisamment généralisés, et la persistance de ruptures dans les parcours de

---

<sup>39</sup> Enquête ARS. Données présentées dans le cadre du groupe de travail pour la révision du SROS AVC.

<sup>40</sup> Op. Cit. 39

prise en charge à la sortie de l'hospitalisation. Si les solutions existent, les obstacles à leur mise en œuvre effective, tant du point de vue administratif que de celui de la coordination des professionnels autour du patient, privent encore de nombreuses personnes de pouvoir retourner vivre chez elle.

### ➤ **L'insuffisance de places en HDJ**

L'hospitalisation de jour constitue une formule intéressante qui a démontré son efficacité en termes d'accompagnement du patient au retour à domicile. Elle permet d'accélérer et de favoriser le retour à domicile, en assurant une transition avec la phase de rééducation, et notamment un suivi par les professionnels du patient en vue de l'aider à se réadapter au quotidien chez lui, dans un cadre exigeant de sa part une plus grande autonomie.

Si tous ces avantages sont aujourd'hui bien connus, et d'une certaine manière prise en compte par les politiques puisque l'augmentation des capacités figure parmi les objectifs du SROS 3, notamment pour la Seine-Saint-Denis, force est de constater que le recours à l'HDJ en aval de l'hospitalisation en SSR demeure insuffisamment développé<sup>41</sup>. Bon nombre de patients sont ainsi privés des bénéfices optimaux de la rééducation/réadaptation grâce à cette phase permettant la « consolidation » du travail effectué pendant l'hospitalisation complète. Au Bourget par exemple, où 10 places d'HDJ sont autorisées, le taux d'occupation est en moyenne de 200%, ce qui témoigne de l'insuffisance des capacités actuelles.

En particulier, il semble regrettable que tous les services de SSR ne disposent pas de places d'HDJ adossées, car cela favoriserait la continuité des prises en charge. En effet, l'organisation actuelle du système ne permet pas aux praticiens des établissements de SSR d'accueillir en consultation externe les patients qui ne sont pas hospitalisés dans la structure. Ainsi, aucun suivi de leur part n'est possible après la sortie du patient, alors qu'il semblerait bénéfique qu'un lien soit maintenu au moins durant les premières semaines de transition vers le réapprentissage de la vie à domicile.

### ➤ **L'insuffisant développement de l'HAD de réadaptation neurologique.**

L'HAD peut constituer une alternative ou un complément utile aux SSR dans une perspective de fluidification des filières neurologiques, en permettant d'y réduire les durées de séjour et en évitant les réhospitalisations. Il a en effet été démontré que l'HAD était particulièrement adaptée pour les patients ayant une pathologie neurologique, car elle permettait « la poursuite du travail de réadaptation en situation de vie et un transfert optimisé des acquis obtenus lors de l'hospitalisation classique »<sup>42</sup>. Diverses études réalisées dans les pays nordiques ont montré les bénéfices de « l'early supported discharged », qui permet non seulement de réduire

---

<sup>41</sup> Il est cependant difficile d'obtenir des chiffres car les modes de sortie en HAD sont souvent comptabilisés comme des « retours à domicile »

<sup>42</sup> Rapport IGAS sur l'HAD, Novembre 2010

les DMS mais également d'optimiser les bénéfices de la rééducation<sup>43</sup>, et des expérimentations menées en Ile-de-France ont confirmé ces résultats<sup>44</sup>. Deux types de prises en charge sont envisageables :

- Une pour la « rééducation-réinsertion » de patients sortant de court-séjour ou de SSR, d'une durée d'un mois environ.
- L'autre de « réadaptation-rééducation », pouvant atteindre jusqu'à trois mois, renouvelables une fois, pour les patients pour lesquels un projet thérapeutique d'amélioration en situation au domicile peut être envisagé.

Dans les deux cas, ces prise en charge se révèlent particulièrement préconisées pour certains patients, comme par exemple ceux qui connaissent des risques de dégradation, et donc de réhospitalisation complète, qui peuvent ainsi être évitées, mais également pour les jeunes-femmes avec des enfants, ou pour les patients chroniques nécessitant des séjours de réinduction. L'expérience des professionnels montre aussi que ces séjours d'HAD sont un moyen très efficace de rassurer les aidants familiaux, et de les accompagner dans l'accueil à la maison de leur proche malade.

Reste qu'en pratique l'HAD de rééducation neurologique est insuffisamment développée. Pour des raisons diverses, elle ne représente en Ile-de-France que 0.97% des modes de sortie de SSR (0.07% des modes de sortie de MCO)<sup>45</sup>.

D'abord, si les avantages thérapeutiques aussi bien que médico-économiques de l'HAD sont de plus en plus reconnus par les professionnels du secteur, force est de constater que la conception du système de santé en France reste très « hospitalo-centrée », et l'HAD est encore souvent perçue comme une alternative à l'hospitalisation complète en cas d'engorgement des établissements sanitaires, et non comme une étape du « parcours clinique » préconisée pour certains patients.

Ensuite, le système de tarification actuelle ne favorise pas le développement de ces prises en charge en HAD pour les pathologies neurologiques. L'HAD, contrairement aux SSR, est soumise à la T2A. Or, comme le souligne le rapport de l'IGAS<sup>46</sup>, les tarifs actuels ne sont pas incitatifs, dans la mesure où les règles de description et de codage des séjours sont pénalisantes pour les pathologies de type neurologique. En effet, certaines associations de critères sont impossibles dans le cadre actuel, comme par exemple l'association « rééducation neurologique », et « Education patient et entourage », et/ou « Prise en charge psychologique et ou sociale ». Or, ces associations étant très fréquentes en neurologie, où elles représentent 44.3% des journées d'HAD, le système est pénalisant financièrement pour cette spécialité.

Enfin, et c'est lié, l'HAD a été conçu comme une prise en charge polyvalente. De manière générale, elle est très centrée sur les soins infirmiers et tous les soins spécialisés de rééducation sont sous-traités à des

---

<sup>43</sup> Voir notamment les travaux de P. Langhorne cités en bibliographie sur les bénéfices de « l'early supported discharged »

<sup>44</sup> Une expérimentation d'HAD de réadaptation (15 places) est notamment menée à l'Hopital de Saint Denis, adossée au service de MPR du Dr. Marc Sevene qui a été interviewé dans le cadre de cette étude le 21 avril 2012.

<sup>45</sup> Données ARS issues de la base PMSI IDF pour le premier semestre 2010.

<sup>46</sup> Op. Cit 42

praticiens de ville pour lesquelles la capacité de réponse est insuffisante. Les rééducateurs comme les kinésithérapeutes, ergothérapeutes ou orthophonistes libéraux sont non seulement en nombre insuffisant, mais ils sont de plus réticents à dispenser des séances qui ne sont pas rémunérées à la hauteur de leur coût<sup>47</sup>.

Dans ces circonstances, il apparaît que l'adossement de l'HAD à des services de MPR et/ou de SSR neurologiques est nécessaire, car il permet de mobiliser toutes les compétences spécialisées requises. Or, ce n'est pas ce type d'organisation qui prévaut actuellement : l'HAD demeure en majorité effectuée par des services d'HAD polyvalente.

### ➤ **Les lacunes de l'offre et de la coordination des soins et services de ville permettant le retour à domicile**

Les difficultés décrites concernant la coordination des acteurs pour l'HAD concerne de manière plus générale les prises en charge des patients à leur domicile à la sortie de leur hospitalisation. D'une part, il est difficile d'organiser une prise en charge globale des besoins des patients atteints de pathologies neurologiques lourdes, qui nécessitent de mobiliser des ressources médicales, soignantes, et de rééducation/réadaptation de proximité. L'intervention de multiples professionnels de ville est rendue difficile par leur nombre insuffisant, notamment sur certains territoires comme la Seine-Saint-Denis où l'environnement psychosocial, culturel et socioéconomique précaire n'incite pas les praticiens à s'installer. En outre, comme cela a été vu, la tarification actuelle décourage les intervenants potentiels de s'aventurer trop loin dans ces prises en charge peu rentables.

D'autre part, la mobilisation coordonnée d'acteurs appartenant à différents services, organismes, ou exerçant en libéral n'est pas aisée faute d'existence de dispositifs de coordination. L'HAD présente cet avantage que le médecin-traitant du patient est désigné comme le référent qui coordonne les intervenants, mais il n'existe pas d'équivalent de ce « coordinateur » dans le cadre d'une prise en charge classique en ambulatoire. De fait, l'organisation du retour à domicile se révèle ainsi trop souvent si complexe et/ou coûteuse qu'elle n'est pas envisageable. Les patients se retrouvent alors maintenus en établissement, ou condamnés à une rupture de leur prise en charge une fois rentrés chez eux.

### ➤ **L'inadaptation du domicile : un problème fréquent**

A côté de la coordination des interventions de professionnels permettant d'accompagner le retour à domicile des patients, l'aménagement de ce dernier constitue un autre enjeu qui doit être pris en compte pour permettre la sortie de SSR. Les handicaps associés aux pathologies neurologiques requièrent en effet souvent des installations pour les personnes à mobilité réduite. Il n'est pas rare que des patients vivent dans

---

<sup>47</sup> Par exemple, les séances de rééducation neurologiques sont plus consommatrices en termes de temps dédié. Elles doivent être au minimum de 45 minutes, auxquelles il faut ajouter le temps de transport jusqu'au domicile du patient.

des immeubles sans ascenseurs, ou ne possèdent pas de salles de bains équipées d'une baignoire adaptée par exemple. Leur retour chez eux nécessite ainsi, et selon les cas, soit que le logement fasse l'objet de travaux, soit tout simplement qu'ils déménagent.

De fait, le problème se pose alors de la disponibilité de financements permettant de procéder à ces ajustements. Si ces dispositifs existent, notamment dans le cadre des diverses allocations pour les personnes âgées dépendantes ou handicapées, ils sont insuffisamment développés et bon nombre de bénéficiaires potentiels se voient dans l'impossibilité de rentrer chez eux faute d'y avoir accès.

#### **4 La précarité économique et sociale : un facteur aggravant les difficultés à trouver des solutions d'aval aux SSR**

Les causes décrites comme bloquant la sortie de SSR des patients atteints d'affections du système nerveux mettent en exergue le poids du facteur financier comme frein à la mise en place de solutions d'aval. Que ce soit pour financer l'accueil dans un ESMS spécialisé ou pour mettre en place les soins, services et aménagements du logement nécessaires au retour à domicile, la disponibilité de ressources est une condition qui rend la situation plus complexe encore pour les personnes disposant de revenus insuffisants.

En outre, la précarité économique va souvent de paire avec une vulnérabilité sociale qui exacerbe encore ces difficultés. Les personnes concernées se trouvent fréquemment dans des situations d'isolement, ou dans des contextes familiaux complexes qui rendent impossibles la mise en place d'un projet de vie. Plus que l'existence de « solutions d'aval », c'est leur mise en place même qui s'avère inextricable, et ce malgré l'accompagnement social que les établissements de SSR s'efforcent d'offrir. L'étude de la FEHAP sur les « difficultés d'aval SSR »<sup>48</sup> est à cet égard illustrative du fait que les difficultés de sortie sont souvent à relier à une problématique sociale : elle est le motif de la grande majorité des blocages.

Il est d'ailleurs significatif qu'un groupe spécifique « prise en charge de la précarité et des publics spécifiques » ait été mis en place par le COPIL pour la révision du volet SSR du SROS. Dans ses travaux préparatoires, le groupe part du constat que la DMS est plus longue pour les publics précaires que pour l'ensemble des patients, et que les structures de SSR servent souvent de relais en cas d'absence d'alternative à l'hospitalisation<sup>49</sup>. Très souvent, ces personnes précaires sont confrontées à l'absence d'ESMS adaptés à leurs besoins (appartement relais, foyers thérapeutique), et souffrent du manque de dispositifs d'insertion qui permettraient d'élaborer et de mettre en œuvre des projets de vie cohérents.

---

<sup>48</sup> *Op cit* 38

<sup>49</sup> Voir aussi les travaux de Castiel et Bréchat, cités en bibliographie.

Cette réalité est apparue également dans l'enquête réalisée avec les Assistantes Sociales de la Clinique du Bourget<sup>50</sup> : parmi les 30 patients identifiés comme présentant des difficultés d'aval :

- 16% sont sans interlocuteur ou relais
- 24% sont dans des « situations administrativement complexes »
- 40% sont concernés par des problématiques juridiques (protection juridique des personnes vulnérables)
- 32% sont sans ressources, ou avec des ressources insuffisantes
- 20% ont des dossiers d'allocations ou autres aides sociales en cours, et 12% sont en attente d'accord d'ASH

Ainsi, il apparaît clairement que la Seine-Saint-Denis, qui constitue un territoire de grande précarité en France, cumule les handicaps. Avec une population recensée de 1.5 millions habitants, la Seine-Saint-Denis constitue en effet en France, et en Ile-de-France, un îlot de précarité. La population y est relativement jeune, avec 22% de la population de moins de 15 ans, et la part des personnes âgées est faible, puisque les plus de 65 ans ne représentent que 11% de la population (contre 17% en moyenne en France métropolitaine).

Dans ce département fortement urbanisé, le taux de chômage est le plus élevé de la région Île-de-France, avec 11.6% de la population active au second semestre 2011 (contre 8.1% en Île-de-France et 9.1% en France). Le revenu moyen déclaré par foyer fiscal, de 19 749 Euros brut annuel, y est largement inférieur au reste de l'Île-de-France (30 198 Euros).

La Seine-Saint-Denis enregistre des taux d'allocataires des principaux minima sociaux systématiquement plus élevés que dans le reste de l'Île-de-France ou de la France métropolitaine (9.9% de la population en prenant le RSA (Revenu de Solidarité Active), l'AAH (Allocation pour Adulte Handicapé) . Ainsi, en 2009, 23% de la population vivait dans des foyers allocataires de la Caisse d'Allocation Familiale (contre 13.4% et 12.8% respectivement en Île-de-France et France métropolitaine), et ces allocations représentaient l'essentiel des revenus pour 11.6% des ménages.

Le département se distingue également par sa forte proportion de familles monoparentales, et en particulier de femmes seules avec enfants : elles représentent en effet 17.5% des familles, contre 13.8% en Île-de-France et 11.3% en France métropolitaine).

En outre, en 2008, on recense 314 700 personnes de nationalité étrangère en Seine-Saint-Denis.<sup>51</sup>

La Seine-Saint-Denis se distingue également en termes de précarité en ce qui concerne l'accès à la santé. En 2010, 11% de la population y était bénéficiaire de la CMUC (Couverture Maladie Universelle Complémentaire), contre 5.7% en Île-de-France et France métropolitaine.

Elle enregistre des taux de décès prématurés très supérieurs à la moyenne d'Ile-de-France, un taux de mortalité infantile de 5.4/1000 à comparer à 3.6 /1000 pour la moyenne nationale

---

<sup>50</sup> *Op Cit 32*

Pour les maladies vasculaires cérébrales, le taux de mortalité dans le département est intermédiaire entre celui de l'Île-de-France (en moyenne plus bas que dans le reste du pays) et de la France métropolitaine avec 29.4 décès / 1000 pour les hommes et 21.1 décès pour 1 000 femmes. A noter cependant la part plus importante des populations jeunes touchées dans ce département (notamment pour les tranches < à 35 ans et < 65 ans) comparativement au reste de la région.

Enfin, la précarité génère des habitudes individuelles à risques : consommation d'alcool, tabac, addictions en tout genre, mauvaise alimentation et son corollaire, l'obésité<sup>52</sup>

Ainsi, on comprend que la Seine-Saint-Denis est une zone où la fluidité des filières neurologiques autour du maillon SSR se pose avec une acuité particulière : les durées de séjours en SSR ont tendance à y être plus longues en raison du contexte économique et social de nombreux patients qui rend difficile leur transfert vers une solution d'aval adaptée.

---

<sup>52</sup> Toutes les données de ce paragraphe 4 sont issues des bases INSEE et de l'ORS (Observatoire régional de santé) d'Île-de-France

## **B. Préconisations pour fluidifier les filières neurologiques en aval du SSR.**

La plupart des difficultés présentes en aval du SSR décrites précédemment ne laissent que des marges d'actions réduites aux établissements SSR eux-mêmes pour y remédier. Pour autant, ils s'efforcent à leur niveau et avec les moyens dont ils disposent de travailler en lien avec les familles et les ESMS d'aval afin de trouver les solutions de sortie satisfaisantes pour leurs patients, dans des délais aussi raisonnables que possible. En effet, la vocation des structures SSR étant de se concentrer sur la phase de rééducation/récupération, il est de leur devoir de le faire en cherchant à orienter au plus tôt les patients vers la sortie une fois cette phase terminée. La perspective du passage à la T2A constitue d'ailleurs un puissant levier économique pour les inciter à le faire, puisque la durée de séjour sera très certainement prise en compte dans la tarification.

Ainsi, il est intéressant de voir comment chaque établissement exerce, à son niveau, une certaine influence sur la fluidité des filières en aval, sans toutefois être en mesure d'avoir un impact significatif si d'autres réformes plus structurelles ne sont pas menées en parallèle pour relayer son action. Les constats faits à cet égard au sein de la Clinique du Bourget illustrent des difficultés plus générales : des politiques d'envergure faisant l'objet de décisions politiques de la part des tutelles afin de diversifier et de multiplier les « solutions d'aval » sont nécessaires. En outre, ces politiques doivent s'efforcer de prendre en compte la situation économique et sociale des personnes concernées afin que la précarité ne soit pas un facteur discriminant pour les populations les plus fragiles.

### **1 Renforcer la coopération inter-établissements pour fluidifier le transfert des SSR vers les établissements médico-sociaux.**

Grâce à l'analyse des facteurs impactant la DMS en SSR, cette étude a permis d'identifier diverses pistes pour contribuer à fluidifier le transfert vers des établissements médico-sociaux adaptés. L'augmentation du nombre de places et le renforcement des capacités des ESMS pour accueillir des patients lourds est un impératif qui a été abordé, et qui doit retenir l'attention des planificateurs dans le cadre de la révision du SROS conformément aux recommandations des groupes de travail. Pour autant, cette orientation générale pourrait être complétée par d'autres mesures visant à favoriser les relations de coopération entre les établissements de SSR et les ESMS d'aval qui les entourent. L'observation des pratiques des acteurs, à la Clinique du Bourget mais également à travers le témoignage d'autres acteurs des filières neurologiques, montre que l'entretien de liens étroits entre les établissements de proximité participant aux filières permet un bien meilleur suivi des patients au « profil bloquant ».

### ➤ **L'efficacité des réseaux de partenaires d'aval autour des établissements SSR**

Confrontés aux difficultés décrites pour orienter leurs patients vers les établissements médico-sociaux adaptés, soit pour des raisons de manque de places, soit de longueur des délais, le personnel médical et social des établissements de SSR s'organise en interne pour tirer le meilleur profit des solutions existantes localement. A la clinique du Bourget par exemple, il est étonnant de constater que la majorité des patients orientés au cours des derniers mois vers des FAM/MAS ou vers des EHPAD, l'ont été vers deux établissements récemment ouverts et situés à proximité : L'EHPAD des Glycines au Bourget, et la MAS du Pressensé à Saint-Denis. De plus, l'essentiel des placements en EHPAD à la Clinique du Bourget se font grâce aux réseaux « Mappi », « CAP retraite », et « Retraite Plus », auxquels l'établissement participe. Ces réseaux permettent aux Assistantes Sociales d'être informées tous les 15 jours des places disponibles (notamment des places ASH) dans les EHPAD affiliés.

Cela témoigne de l'impact du travail de terrain effectué avec les partenaires de proximité pour construire des relations de coopération privilégiées, basées à la fois sur l'habitude, la confiance, et les relations nouées entre les professionnels des structures. Force est ainsi de constater que les relations informelles, fruit du bon vouloir et de la détermination des acteurs, apparaissent comme le vecteur le plus puissant de coopération en l'état actuel du système.

Les tutelles semblent d'ailleurs l'avoir bien compris, puisque les politiques mises en place cherchent par divers moyens à favoriser la coopération inter-établissements dans le cadre de filières formalisées. Par exemple, dans le cadre du plan AVC déjà mentionné, les « animateurs de filières » ont pour responsabilité d'encourager la signature d'accords et de protocoles.

### ➤ **Des mesures encourageant le développement et la formalisation des relations de coopération inter-établissements.**

L'exemple précédent montre qu'ici encore, « l'officialisation » des relations entre établissements est loin d'être la condition de leur existence et de leur qualité. Toutefois, comme cela a été décrit concernant la coopération entre les services d'amont et les SSR, la formalisation permet de garantir les engagements des parties, en s'accordant sur des conditions d'admission/refus transparentes et stables. Le « jeu individuel » des acteurs observé à l'échelle des établissements montre certes de l'efficacité, mais il ne peut tenir lieu de substitut à une politique plus globale. Il est ainsi essentiel que des mesures robustes soient adoptées par les pouvoirs publics pour faciliter les transferts du patient au fil de son parcours de soins.

Les orientations des politiques actuelles vont dans ce sens, puisque la philosophie de la loi HPST (Hôpital Patients Santé Territoires) incite très fortement à la coopération inter-établissements, et que le plan AVC comme le « Programme d'action en faveur des traumatisés-crâniens et blessés médullaires » de 2012 y encouragent également. Ces préconisations doivent toutefois continuer de faire l'objet d'un soutien politique fort pour acquérir une réelle substance.

On peut noter par ailleurs qu'il est difficilement acceptable dans un système qui se veut universel de voir que les établissements de santé sont contraints de refuser assez systématiquement certains type de patients dont la prise en charge lourde est médicalement et économiquement risquée pour eux. Il est probable que la définition de règles du jeu entre les partenaires permette d'introduire de la souplesse dans les filières. En obligeant par exemple les ESMS à consentir à des prises en charge de « patients lourds » jusqu'à un certain niveau viable, moyennant en échange certaines garanties de l'établissement SSR envoyeur en cas de besoins périodiques de ré-hospitalisation pour des courtes durées ou des séjours bilan, il serait sans doute possible de réduire le nombre de patients « bloquants »<sup>53</sup>.

## **2. Développer les alternatives à l'hospitalisation pour favoriser le retour à domicile précoce.**

Le retour à domicile constitue la solution observée pour la majorité des patients de SSR, et il pourrait certainement en concerner un nombre plus grand encore si des mesures étaient adoptées en vue de le favoriser. Le but est ici à la fois de permettre des phases dites de « transition » vers le domicile grâce à l'HDJ et à l'HAD, et de créer les conditions nécessaires et propices à la construction d'un projet de vie favorisant l'autonomie pour des personnes en situation de dépendance. Sur ce plan, des solutions innovantes sont apparues ces dernières années (appartements thérapeutiques, habitat partagé, etc.) en complément des politiques plus traditionnelles de mise en place de soins et de services autour de la personne dans un logement aménagé en fonction du handicap.

Ces deux volets de réformes sont défendus par les groupes de travail du COPIL SSR, et il est souhaitable que leur mise en œuvre se traduise par des objectifs concrets ambitieux dans le cadre de la révision du SROS. En effet, les expérimentations qui ont été menées jusqu'ici ont produit des résultats prometteurs, tandis que l'argument du coût de ces mesures semble tomber devant les économies que permettraient de réaliser la réduction des hospitalisations en SSR dont la durée s'éternise faute de solutions d'aval satisfaisantes disponibles.

### **➤ Développer l'adossé de services d'HDJ et d'HAD à des services de MPR**

La valeur ajoutée de l'HDJ et de l'HAD a été présentée, conduisant à la conclusion qu'une politique résolue en faveur du renforcement de l'offre en la matière doit être poursuivie par les tutelles. Ces deux modes d'hospitalisation alternatifs permettent de prendre en compte les besoins réels de la personne, en la faisant travailler « en situation de vie ». Ceci permet un transfert optimisé des acquis de la rééducation en

---

<sup>53</sup> A noter ici que les mêmes conclusions peuvent être faites pour les relations de coopération entre services d'aigus et établissements SSR: Voir le développement partie II.

hospitalisation complète, en synergie avec le médecin traitant. De plus, le bénéfice psychologique pour le patient et son entourage est important.

Sans prétendre être exhaustifs dans la présentation des mesures qui pourraient être propices au développement de ces deux alternatives, les résultats de cette étude conduisent à préconiser l'adossement de l'HDJ et de l'HAD à des services de SSR/MPR spécialisés. Ils relaient ainsi les recommandations du groupe « Développement des alternatives » du COPIL de révision du SROS-SSR qui souligne le rôle majeur des structures d'appui de ce type de services. Il apparaît en effet très utile d'établir des liens organiques pour pouvoir utiliser les infrastructures du service de SSR/MPR de rattachement : plateau technique pour la rééducation mais également l'équipe professionnelle pour le suivi en consultation, les bilans, etc, et enfin la possibilité de retour dans le service de SSR pour des séjours de répit ou de courtes périodes si nécessaire.

Concernant l'HDJ, il ne semble pas y avoir d'obstacle particulier à leur développement dans ce sens une fois l'augmentation des capacités décidée. Les places actuelles sont souvent rattachées à des services de SSR, et la question pour les professionnels est plutôt de savoir si la présence de places d'HDJ au sein de ces services doit être systématisée.

Pour l'HAD en revanche, des difficultés existent qui freinent leur développement indépendamment des objectifs quantitatifs fixés. Comme cela a été expliqué dans la section A. précédente, les obstacles concernent autant le mode de tarification que le caractère actuel résolument polyvalent de l'HAD. Ainsi, à côté de l'évolution du système tarifaire, les professionnels qui souhaitent voir ce dispositif de prise en charge s'étendre préconisent l'adoption d'un cahier des charges précis pour l'HAD de rééducation/réinsertion. L'idée serait de permettre une adaptation de l'architecture générale du système d'HAD permettant la prise en charge des patients neurologiques. Le pivot en serait l'adossement à un service de MPR pour permettre la mise en place et le suivi par un médecin spécialisé en rééducation fonctionnelle d'un projet thérapeutique, qui serait ensuite coordonné par le médecin-traitant du patient. Dans cette perspective, les structures d'HAD qui ont une vocation polyvalente, et dont le cœur de métier est centré sur les soins infirmiers, doivent être incitées à se rapprocher des structures spécialisées en SSR. Cela devrait permettre des échanges d'expériences mais également une mutualisation des ressources humaines et techniques de nature à permettre aux structures d'HAD classiques de s'engager plus fermement vers la prise en charge des patients atteints d'affections neurologiques.

Il a été montré que la mise en place et la coordination des interventions spécialisées à domicile constitue une entrave majeure au développement de l'HAD de rééducation, car elles sont le plus souvent sous-traitées à des éducateurs libéraux par les organismes d'HAD qui ne disposent pas de ces ressources. L'adossement de l'HAD de rééducation à des services de SSR pourrait donc permettre de conférer à ces derniers un rôle de « coordinateur » des intervenants libéraux spécialisés, et contribuer ainsi efficacement au déploiement à plus grande échelle des dispositifs d'HAD.

Il apparaît toutefois à nouveau clairement que la dualité du système de tarification, à l'activité en HAD et à la journée en SSR, ne favorise pas ces interconnexions. L'évolution du système tarifaire demeure donc une priorité pour contribuer à décroiser ces deux types de prise en charges complémentaires, qui peuvent alterner dans le cadre du parcours d'un même patient.

➤ **Favoriser les conditions du maintien à domicile en améliorant les conditions de prise en charge en ambulatoire.**

Deux conditions essentielles doivent être réunies pour que le retour à domicile puisse se faire dans de bonnes conditions à l'issue d'un séjour en SSR. D'une part, il faut que puisse être mis en place autour de la personne l'ensemble des prestations de soins et de services qui lui sont nécessaires. D'autre part, il faut que son logement soit aménagé pour lui permettre d'effectuer les gestes de la vie quotidienne.

Si la priorité de ces deux axes d'action est reconnue par les acteurs et les tutelles, les résultats de l'analyse montrent que des efforts importants doivent encore être faits : de nombreux blocages au retour à domicile s'expliquent encore par l'absence de réalisation de ces deux conditions<sup>54</sup>. Or, certaines des propositions faites dans le cadre des travaux de révision du SROS-SSR apparaissent très pertinentes pour pousser cette logique favorisant le retour à domicile.

Concernant la coordination des interventions à domicile d'abord, nombre des propositions faites pour développer l'HAD de rééducation/réadaptation spécialisée sont valables également pour la prise en charge classique en ambulatoire (qui s'inscrit d'ailleurs après la phase de prise en charge en HAD, lorsque celle-ci est préconisée, dans le parcours de soin). L'enjeu ici est également de proposer des mesures de nature à favoriser les liens entre les rééducateurs libéraux et les services de SSR/MPR en vue d'améliorer la qualité de la réponse de ville. En introduisant par exemple la possibilité pour les praticiens de ville d'utiliser les plateaux techniques des établissements de rééducation, on permettrait une mutualisation des interventions qui encouragerait certainement la réponse libérale pour la prise en charge des patients atteints d'affections neurologiques.

De plus, face à la diversité des spécialités à intégrer dans une prise en charge globale (kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie, soins infirmiers, etc.), la coordination des intervenants est également un défi majeur que le patient lui-même n'est le plus souvent pas en mesure de relever. Ainsi, la présence d'une personne coordinatrice-référente est un préalable à la mise en place d'une prise en charge de qualité. Comme pour l'HAD, le rôle du médecin-traitant prend ici tout son sens, puisqu'il fait partie des personnes les mieux à même d'exercer cette coordination. Pour autant, un lien du médecin-traitant avec des structures de MPR spécialisées apparaîtrait fort utile, dans la mesure où le personnel de rééducation pourrait avoir une fonction d'appui-conseil pour les généralistes de ville. Il pourrait même être envisageable que les structures de SSR servent de relais avec les professionnels de rééducation libéraux, pour orienter vers eux les demandes de prestations à domicile spécialisées.

---

<sup>54</sup> Voir l'enquête FEHAP, op. Cit.38

Bien entendu, ici encore ces avancées ne pourront se faire qu'avec une évolution du système de tarification qui empêche actuellement les établissements de SSR d'élargir leur rôle et de travailler en collaboration avec le secteur ambulatoire.

Concernant l'aménagement du domicile ensuite, les dispositifs qui permettent l'octroi de subventions dans le cadre de diverses prestations d'aide aux personnes âgées ou en situation de handicap, dont la revue exhaustive n'est pas l'objet de cette étude, doivent être amplifiés. L'inadaptation du domicile se révèle être encore régulièrement un obstacle insurmontable au retour à domicile, ce qui témoigne du caractère trop timoré des mesures adoptées sur ce plan.

➤ **Approfondir les expériences de solutions innovantes favorisant le retour à domicile.**

Des solutions pour favoriser les alternatives à l'hospitalisation en vue de permettre le retour précoce à domicile ont fait l'objet d'expérimentations ou de mises en œuvre à des échelles modestes. Du point de vue des professionnels participant aux travaux de planification<sup>55</sup> sanitaire, leurs résultats sont suffisamment convaincants pour que les dispositifs soient étendus. Il s'agit en particulier des SAMSAH (Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés), des UMESH (Unité mobiles et de suivi du handicap), ainsi que des appartements-relais.

- Le SAMSAH est constitué d'une équipe pluridisciplinaire qui intervient au domicile des patients pour la mise en œuvre de leur projet de vie. Il permet le maintien à domicile en aidant la personne à organiser une assistance pour tout ou partie des actes essentiels de la vie quotidienne ainsi qu'un suivi médical et paramédical en milieu ouvert. L'équipe pluridisciplinaire est composée d'un médecin coordonnateur MPR, de deux ergothérapeutes, d'un psychomotricien, d'un éducateur spécialisé, ainsi que deux assistantes sociales. Elle n'effectue pas de soins à domicile, mais une mission de conseil pour aider les personnes à reconstruire du lien familial, professionnel, social dans une dynamique d'insertion. Ainsi, le SAMSAH assure ce rôle de coordination dont il a été montré qu'il fait souvent défaut pour permettre une prise en charge à domicile de qualité et pérenne.

Si ce dispositif datant de 2005 connaît une expansion, de nombreux efforts restent à faire pour le généraliser. En Seine-Saint-Denis par exemple, il existe une dizaine de SAMSAH mais leur répartition géographique est inégale. De plus, les acteurs constatent que les SAMSAH sont difficiles à mobiliser, car cela nécessite une autorisation de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) dont la délivrance administrative peut être très longue. Il apparaît ainsi important de poursuivre l'adaptation de ce dispositif non seulement en accroissant le nombre de SAMSAH autorisés, mais également en simplifiant les modalités d'accès à ce service de façon à ce que toutes les personnes qui en relèvent puissent en bénéficier.

---

<sup>55</sup> Voir les travaux du groupe « Alternatives à l'hospitalisation et graduation des soins » du Comité de Pilotage de la révision du SROS-SSR.

A cet égard, les professionnels s'accordent pour dire qu'une fois encore l'adossement des SAMSAH à des établissements hospitaliers, s'il n'est pas nécessaire, constitue un avantage en améliorant la fluidité du passage de l'établissement vers le domicile. Il est alors intéressant de rappeler que le projet de filière interne de prise en charge des cérébrolésés graves à la Clinique du Bourget comporte un volet facultatif SAMSAH, dont la finalité est de favoriser la continuité de prise en charge et d'améliorer les conditions du retour à domicile.

- L'UMESH exerce également des missions de conseil et d'évaluation à domicile pour mettre en place et poursuivre le projet thérapeutique du patient en ville. Elle a été introduite à titre expérimental en 2001 au CRF les Herbiers à Bois Guillaume (76). L'équipe composée d'un médecin MPR, de trois ergothérapeutes et d'une secrétaire médicale a suivi 317 dossiers en 2011 avec des résultats encourageants, qui militent en faveur de l'élargissement de ce dispositif pilote. L'UMESH se consacre exclusivement à la prise en charge de personnes en situation de handicap (dont 54% atteints de pathologies neurologiques), mais les professionnels participant au SROS s'accordent pour proposer une extension générale des équipes mobiles de rééducation/réadaptation pour la prise en charge des maladies chroniques et des patients lourds, notamment gériatriques. Leur rôle, qui demande à être délimité précisément dans un cahier des charges, serait d'effectuer l'évaluation des besoins des personnes, puis d'assurer le lien avec les professionnels libéraux susceptibles d'intervenir de façon coordonnée pour la mise en place du projet personnalisé décidé. La reconnaissance PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) et/ou la valorisation de l'activité de ces équipes mobiles, au moins à titre expérimental dans un premier temps, permettrait d'affiner ces dispositifs qui ont déjà démontré leurs forces, et de contribuer à leur déploiement à plus grande échelle.

- D'autres alternatives dites « innovantes » sont également soutenues par les professionnels qui souhaitent qu'elles fassent l'objet d'un soutien politique et financier de la part des tutelles, afin de les tester à plus grande échelle pour éventuellement pouvoir ensuite les étendre. C'est le cas en particulier des appartements-relais, dont le mérite est de permettre une transition vers le retour à domicile en créant les conditions d'une vie en autonomie tout en maintenant dans un premier temps une continuité de la prise en charge hospitalière de la rééducation. Cette solution se révèle particulièrement adaptée pour les patients jeunes avec un handicap relativement léger, et vivant dans des conditions d'isolement familial qui rendent moins aisée une réadaptation à la vie quotidienne par le biais de l'HDJ ou de l'HAD.

La généralisation de ce dispositif ne serait cependant pas sans poser de difficulté technico-financières, puisqu'elle suppose la disponibilité de logements, idéalement construits à proximité d'établissement de santé, ainsi que d'allocations pour y avoir accès. Il s'avère donc indispensable d'étendre dans un premier temps les expérimentations<sup>56</sup> pour ne pas s'engager dans une aventure financière incertaine. L'analyse des coûts et de la faisabilité de l'extension du dispositif d'appartement-relais est un préalable à la définition d'un cadre réglementaire adapté, relevant du secteur médico-social mais en lien étroit avec le secteur sanitaire.

---

<sup>56</sup> Un certain nombre sont en cours actuellement en IDF et dans le département 93, en particulier à l'Hôpital de Saint Jean des Grésillons (« Tremplin Dom »), et au CH de Saint Denis sous la responsabilité du Dr. Marc Sevène interviewé dans le cadre de cette étude.

LE COPIL pour la révision du volet SSR du SROS n'a pas encore définitivement arrêté les recommandations qu'il rendra prochainement à l'ARS, mais il est à parier que la montée en charge des solutions alternatives à l'hospitalisation à travers la poursuite d'objectifs ambitieux en matière de développement des SMASAH, des équipes mobiles, et des expérimentations de solutions innovantes comme les appartements relais soit fortement préconisée. Les expériences menées jusqu'ici ont démontré que ces dispositifs présentaient des avantages allant bien au-delà des économies liées à la réduction des DMS qu'ils engendrent. Ils favorisent la mise en œuvre de projets de vie à domicile à l'élaboration desquels les patients ont participé, mais que la rigidité de la frontière entre le sanitaire et le médico-social ainsi que le manque de coordination des professionnels de ville rend complexe en pratique.

### **3. Renforcer l'effectivité des dispositifs de financement de l'aval des SSR**

La politique sociale de la France en matière d'accompagnement aux personnes en difficultés, et notamment aux personnes âgées et handicapées, s'avère assez complète et généreuse au regard de la diversité des allocations disponibles pour couvrir les besoins. Force est de constater cependant que sa portée est considérablement amoindrie par les difficultés de mise en œuvre des dispositifs existants. L'accès effectif des personnes à leurs droits se révèle souvent être un parcours du combattant pour les services sociaux des établissements de SSR qui accompagnent leurs « projets de sortie », et une réforme s'avère indispensable pour faciliter l'attribution des prestations existantes.

#### **➤ La collaboration avec les divers organismes de financements des prises en charge d'aval, levier d'action des établissements SSR pour accélérer les sorties.**

Les résultats de l'étude montrent que l'insuffisance de places dans des établissements d'accueil spécialisés, ou l'absence d'une réponse de ville satisfaisante pour permettre un retour à domicile, ne sont pas les seuls obstacles à la sortie de SSR des patients. La mise en place des prestations destinées à financer la prise en charge d'aval choisie est en effet un processus qui se révèle souvent complexe et long, et durant lequel le patient reste hospitalisé dans l'établissement au-delà de la durée médicalement souhaitable.

Ce problème se pose avec une acuité particulière dans les SSR neurologiques, puisque la part de patients âgés dépendants et de patients en situation de handicap lourd y est importante. En effet, la prise en charge médico-sociale de ces deux catégories de personnes passe par des dispositifs d'aide financière faisant intervenir plusieurs acteurs institutionnels dans le cadre de procédures complexes et longues. Pour les personnes âgées dépendantes par exemple, l'accès à une place en EHPAD ou le financement de soins et services à domicile passe par la mise en place de l'APA (Allocation Personnalisée à l'Autonomie) et fait intervenir des acteurs aussi variés que la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie), le Conseil

Général, l'Assurance Maladie. Pour les personnes dont les ressources sont faibles, il est parfois nécessaire de faire par ailleurs une demande d'ASH pour une prise en charge des frais d'EHPAD, ou encore un dossier de demande d'allocation logement pour couvrir la partie « hébergement » du tarif des EHPAD. De même, pour les personnes en situation de handicap, plusieurs dispositifs existent : l'AAH (Allocation pour Adulte Handicapé), la PCH (Prestation de Compensation du Handicap), etc. Ils sont gérés par les MDPH et mêlent des financements issus de l'Assurance Maladie, du Conseil Général, etc. Les aides peuvent en outre être versées sous forme d'allocations directes, ou via le financement des soins et services définis dans les décisions individuelles d'octroi de PCH. Il existe enfin des aides spécifiques destinées à l'aménagement du domicile des personnes afin de leur permettre de vivre chez eux avec leur handicap.

Si la vocation de la variété de ces dispositifs est d'offrir à chaque personne une aide adaptée à sa situation spécifique, la contrepartie est que cela se fait au détriment d'une mise en œuvre rapide. A titre illustratif, l'enquête réalisée au Bourget<sup>57</sup> montre que sur les 30 patients présentant des difficultés d'orientation d'aval sélectionnés, 20% étaient en attente d'allocations destinées à financer leur prise en charge ultérieure (12% d'ASH pour une admission en EHPAD). Les résultats de l'enquête FEHAP sur les profils bloquants<sup>58</sup> vont dans le même sens.

Face à ces blocages, les Assistantes Sociales des établissements de SSR n'ont pas d'autre arme que la persévérance pour suivre les demandes et relancer les partenaires financiers afin d'en accélérer autant que faire se peut l'aboutissement. Par exemple, les Assistantes Sociales du Bourget témoignent être fréquemment confrontées à une inertie des dossiers de demande d'ASH : le Conseil Général 93 souhaite avoir un accord positif d'un EHPAD d'accueil avant de consentir à son octroi, tandis que les EHPAD d'accueil, à l'inverse, souhaitent souvent avoir la garantie que la personne pourra bénéficier de l'ASH avant de procéder à leur admission. Ces pratiques contradictoires n'étant contrecarrées par aucune disposition réglementaire, elles conduisent à des impasses que seule l'intervention directe et au cas par cas des Assistantes Sociales auprès des services responsables en charge des dossiers permet de surmonter.

Habituées à cela, les Assistantes Sociales de la Clinique du Bourget envisagent d'essayer de formaliser les « bonnes relations » qu'elles ont tissées en rencontrant de manière plus officielle les personnes en charge des prestations concernées au Conseil Général 93 pour leur faire part des difficultés qu'elles rencontrent fréquemment et systématiser la coopération. Ainsi, ce cas est illustratif du fait qu'on retrouve ici la même configuration que pour la coopération inter-établissements, où ce sont les pratiques de « bricolage » des acteurs sur le terrain qui se révèlent les meilleurs substituts aux lacunes du système.

---

<sup>57</sup> Op. Cit 32

<sup>58</sup> Op. Cit 38

➤ **Améliorer les dispositifs de financement des établissements et services médico-sociaux pour accélérer les orientations de sortie de SSR**

Ces pratiques individuelles des établissements ne sauraient cependant tenir lieu de politique. Elles sont loin d'être optimales, notamment du fait de leur caractère informel et aléatoire d'un contexte à l'autre, et du temps qu'elles demandent aux services sociaux des établissements dont les effectifs sont modestes. La simplification globale des procédures de mise en place d'allocations spécialisées, dont la nécessité est déjà largement reconnue, doit s'accélérer et permettrait de faciliter les sorties de SSR.

Dans la mesure où la mise en œuvre de ces dispositifs définis à l'échelle nationale se fait le plus souvent par des acteurs décentralisés (Conseils Généraux, MDPH, etc...), leur simplification appelle l'implication d'acteurs à divers niveaux de l'Administration, et n'est pas chose aisée. Elle n'en est pas moins indispensable pour que puissent être récoltés les fruits de politiques sociales dont on peut pourtant saluer l'ambition initiale.

On ne peut en outre que recommander l'approfondissement des réformes initiées avec la mise en place des ARS pour décloisonner les secteurs sanitaire, médico-social et ambulatoire. Il n'est pas rare de voir dans des établissements SSR, en particulier dans des zones de précarité comme la Seine-Saint-Denis, des patients ou les membres de leur famille réticents à la sortie, car conscients du coût d'une prise en charge médico-sociale comparée à celui d'une hospitalisation en SSR, bien remboursée par l'Assurance Maladie, avec parfois un complément CMUC. En se gardant de toute généralisation intempestive, ces exemples pointent les limites de la fongibilité des enveloppes entre les différents ONDAM (Objectifs Nationaux de Dépenses d'Assurance maladie), qui en l'état actuel des réformes ne permet pas au « financement de suivre le patient ». La couverture est de manière générale moins complète dans le médico-social que dans le sanitaire. Or, si elle aurait certainement des conséquences budgétaires importantes, la possibilité de faciliter le transfert des fonds d'un secteur à l'autre aurait l'avantage de fluidifier les parcours et les filières. A terme, il n'est pas à exclure qu'une telle logique de « flux » privilégiant la continuité de la prise en charge, mais également la prévention et l'éducation thérapeutique, ne génère des économies à la hauteur de l'investissement initial si elle est adoptée.

**4. Mieux intégrer la précarité dans les dispositifs de prise en charge médico-sociale en aval des SSR**

Les freins à la sortie de SSR décrits précédemment sont d'autant plus puissants qu'ils se conjuguent à la précarité des publics concernés, situation commune dans un département comme la Seine-Saint-Denis. La précarité peut se définir comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi,

permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociale et de jouir de leurs droits fondamentaux »<sup>59</sup>. Or, le fait que les personnes économiquement et socialement vulnérables soient considérées comme des « publics spécifiques »<sup>60</sup>, au même titre que celles atteintes de maladies chroniques ou de handicaps lourds, est révélateur. Leur prise en charge pose des difficultés particulières pour les établissements de SSR, qui sont réticents à les accueillir en raison du coût globalement supérieur que cela représente pour eux, mais aussi car il est plus difficile de trouver des solutions de sortie adaptées. D'une part, les garanties de leur solvabilité sont faibles pour les établissements. D'autre part, les structures d'aval spécialisées dans la prise en charge des publics spécifiques sont en nombre insuffisant, ce qui conduit non seulement à un allongement des DMS en SSR, mais également à des orientations de sortie incohérentes.

Les propositions pour améliorer la prise en charge des personnes vulnérables doivent ainsi être à la fois d'ordre financier, à travers l'évolution des dispositifs d'allocations spécifiques, mais également qualitatif, en cherchant à accroître les structures d'accueil et d'insertion spécialement dédiées aux « publics spécifiques ». Ces derniers recouvrent des catégories diverses, telles que la petite et grande précarité, l'addictologie, la psychiatrie ou les personnes détenues.

#### ➤ **Compléter et assouplir les dispositifs de financement de l'aval aux SSR.**

Si le montant des allocations pour le financement des ESMS d'aval (APA, AAH, PCH) est le plus souvent variable en fonction des revenus des bénéficiaires, l'insuffisance de ressources reste un facteur qui complique toutes les orientations à la sortie de SSR pour les personnes les plus précaires. Ainsi, la mise en place de financements complémentaires semble nécessaire pour réduire les durées des séjours en SSR, et permettre à ces patients de poursuivre de manière cohérente leur parcours de soins.

Reste que si l'accroissement des budgets dédiés risque d'être limité dans le contexte économique actuel, des avancées significatives pourraient être obtenues à travers la réforme des dispositifs déjà existants, dont la mise en œuvre effective se révèle souvent inefficace. En effet, les admissions en établissement médico-social ou l'accès à des services à domicile sont bien souvent rallongés par les délais liés à l'obtention des allocations auxquelles les patients en situation de précarité peuvent prétendre. Par exemple, l'enquête réalisée au Bourget<sup>61</sup> a montré que bon nombre de patients présentant des difficultés d'orientation d'aval étaient bloqués dans l'établissement faute d'aboutissement de leur dossier de demande d'ASH pour le placement en EHPAD.<sup>62</sup>

---

<sup>59</sup> Définition de J. Wresinski, « *Grande pauvreté et précarité économique et sociale* », rapport présenté au nom du Conseil Economique et Social, in Journal Officiel de la République Française, 28 février 1987.

<sup>60</sup> Voir les travaux de groupe « Précarité et public spécifique » dans le cadre de la révision du SROS SSR

<sup>61</sup> Op. Cit. 32

<sup>62</sup> Voir le développement de la section 3 précédente sur les dispositifs d'aides sociales

Les établissements de SSR ont certes des marges de manœuvre pour améliorer la fluidité des sorties qu'il convient d'exploiter au mieux. On s'aperçoit notamment que dans bon nombre de cas, la mise en place des prestations destinées à venir en aide aux personnes dans le besoin pourrait être anticipée plus en amont. Il serait en particulier souhaitable qu'un projet de sortie, qui fasse partie intégrante du projet thérapeutique, soit systématiquement élaboré par l'équipe en accord avec le patient au plus tôt durant son séjour en SSR. Cela permettrait aux Assistantes Sociales d'anticiper les démarches administratives en se rapprochant des interlocuteurs responsables de l'examen des dossiers et du versement des allocations d'aides spécifiques (CG, MDPH, etc.).

La collaboration au sein des établissements n'est pas toujours évidente entre les équipes médicales et sociales, et il n'est pas rare que les personnes nécessiteuses attendent des semaines, voire des mois, avant de rencontrer les Assistantes Sociales. A cet égard, la mise en place d'une procédure interne applicable dans tous établissements de « parcours patient », dans la lignée des préconisations du Manuel de Certification V2010 des établissements de santé de la HAS (Haute Autorité de Santé) est un impératif. En pratique, il est important pour être efficiente que cette procédure impose la mise en place dans les quinze premiers jours de l'hospitalisation d'un projet thérapeutique incluant un « projet de sortie », élaboré en réunion d'équipe pluridisciplinaire. Ce projet doit ensuite pouvoir être réévalué à intervalle régulier, en collaboration avec les services sociaux, pour l'ajuster et s'assurer qu'une sortie adaptée pourra être réalisable dans les délais prescrits pour la rééducation.

Si l'introduction prochaine d'une tarification prenant en compte les durées de séjour incitera certainement les établissements à aller dans ce sens d'une plus grande anticipation et d'une collaboration en amont avec les divers organismes de prestations sociales, il serait toutefois naïf d'espérer que cela ne résolve tous les problèmes. La lourdeur des processus d'obtention et de versements d'allocations décrite précédemment <sup>63</sup> constitue ici encore une entrave qui ne pourra évoluer favorablement qu'à travers une réforme globale engageant tous les acteurs impliqués, et en particulier les organismes financeurs. La conclusion déjà tirée, selon laquelle il incombe aux responsables politiques concernés de se saisir de ce dossier afin de simplifier les procédures administratives, est ainsi également valable ici. Le problème peut sembler éloigné des préoccupations médicales à proprement parlé, pourtant il entrave significativement la fluidité des filières neurologiques. Aussi, on peut ajouter que des formations spécifiques du personnel social aux problématiques médicales se révéleraient sans doute très utiles, lui permettant de mieux comprendre les enjeux de la continuité de la prise en charge et d'agir en conséquence lors du traitement des dossiers.

Pour conclure, les établissements devraient ainsi pouvoir consacrer davantage de temps au dénouement de dossiers complexes, notamment car ils mêlent des difficultés d'ordre financier à d'autres d'ordre personnel et/ou familial. Certes, une réorganisation interne favorisant la collaboration pourrait souvent permettre d'en gagner, mais il ne faut pas sous-estimer ici les problèmes liés aux effectifs de personnel dans la plupart des

---

<sup>63</sup> Idem

établissements. Les équipes sociales comme médicales sont souvent débordées et n'ont pas véritablement de temps à consacrer au-delà de leurs tâches quotidiennes de soins. Ainsi, dans le cadre de la T2A, les séjours de patients précaires devront être valorisés, que ce soit sous la forme d'un paramètre de tarification<sup>64</sup> ou de MIGAC, afin de permettre de dégager les ressources supplémentaires qu'une prise en charge de qualité exige.

➤ **Introduire la notion de « Handicap Social » dans la tarification de la prise en charge sanitaire**

A cet égard, les travaux de Didier Castiel sur la notion de Handicap Social<sup>65</sup> suggèrent des pistes intéressantes pour réformer le système de tarification à l'activité, à travers un système qui prenne en compte la précarité. Ils s'appuient sur des études démontrant les liens qui existent entre la santé et la précarité. D'une part, la survenue d'un handicap, ou un état de santé dégradé, peut être un facteur déclenchant de la précarité. D'autre part, la négligence de la santé n'est pas la conséquence de la précarité, mais elle en est le déclencheur. A partir de là, Didier Castiel propose que la notion de « handicap social »<sup>66</sup> soit intégrée dans la T2A.

Cette notion va au-delà de celle de « précarité », puisque le « désavantage social » est mesuré à l'aide de divers indicateurs décrivant l'état de santé, l'insertion relationnelle et culturelle, les conditions de logement, etc. des individus. Les personnes précaires hospitalisées devraient pouvoir bénéficier, aujourd'hui en MCO et demain en SSR, de tarifs applicables spécifiques pour financer le surcoût observé de leur prise en charge, le plus souvent lié à la longueur des séjours, étendue le temps de trouver un lieu de sortie approprié.

Ainsi, le futur PMSI SSR devrait pouvoir prendre en compte les besoins sociaux des individus hospitalisés en SSR. Selon Didier Castiel, il y a là une priorité de santé publique, car le maintien de la solidarité nationale suppose que le modèle de tarification aille au-delà d'une logique purement médicale pour intégrer une dimension sociale de nature à préserver la solidarité et l'équité sur lesquelles notre système de santé a été construit.

➤ **Mettre en place une politique plus ambitieuse pour favoriser l'insertion des « publics spécifiques » à leur sortie de SSR neurologiques**

Les difficultés de financement ne sont pas les seules entraves à la cohérence des parcours des « publics spécifiques » victimes d'une forme de précarité, en particulier de ceux atteints d'affections du système

---

<sup>64</sup> A noter que le parcours de soins type proposé par la SOFMER pour les patients AVC comporte 4 catégories de patients, et 6 paramètres associés, parmi lesquels les « difficultés sociales ou psychosociales ».

<sup>65</sup> Voir notamment CASTIEL Didier, « *De la précarité au handicap social* », in Emmanuel Hirsh, Traité de bioéthique ERES « Espace éthique », 2010, p 592-604

<sup>66</sup> La notion de Handicap Social a été construite dans le cadre de l'enquête « *Etudes des conditions de vie (1986-1987)* », Document de travail F9105, INSEE, juin 1991, 137p.

nerveux. L'existence d'établissements spécialisés et de dispositifs d'insertion prenant en compte leur maladie est trop limitée, ce qui rend extrêmement difficile des orientations pertinentes à la sortie de SSR vers des solutions qui permettraient à ces personnes de recréer autour d'elles un environnement social et professionnel décent. Non seulement il manque des places dans des structures d'accueil spécialisées favorisant l'insertion, de type appartements-thérapeutiques, foyer-logement ou CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale), mais en plus, lorsqu'elles existent, ces structures ne sont pas spécialisées dans l'accueil de personnes cumulant des troubles neurologiques avec d'autres difficultés : addictions, troubles psychiatriques, etc.

Là encore, le renforcement des capacités des services sociaux des établissements SSR est une piste d'amélioration qui doit être défendue pour remédier à ces problèmes. La mission d'accompagnement social des établissements devrait être renforcée de façon à ce que le personnel, et notamment les Assistantes Sociales, dispose de davantage de temps pour élaborer en équipe pluridisciplinaire, avec le patient et son entourage, un projet de vie et de réinsertion cohérent, permettant le retour vers l'emploi ou les études. Les établissements de SSR devraient pouvoir s'impliquer davantage au sein de réseaux spécialisés et travailler en lien avec les Associations de patients<sup>67</sup> pour mettre en place des projets réunissant toutes les conditions de réussite, aussi bien financières que qualitatives, en identifiant les structures et relais les plus adaptés pour chaque patient en fonction de sa situation particulière.

Toutefois, l'action individuelle et collective des établissements ne suffirait à lever tous les obstacles que l'insuffisance du nombre de structures de réinsertion et leur manque de spécialisation créent. Comme le préconise le groupe de travail « précarité et public spécifique » du COPIL de révision du SROS SSR, les politiques de santé publique doivent fixer des objectifs en termes de création et de spécialisation de dispositifs d'aval aux SSR permettant de répondre aux besoins spécifiques des populations précaires, et également développer des filières spécifiques d'insertion par le travail. De telles initiatives sont certes ambitieuses et difficiles à mettre en œuvre car elles supposent une logique d'action interministérielle (santé, emploi, éducation, culture).

---

<sup>67</sup> Par exemple, le CRFTC, rencontré au cours de l'étude, agit activement auprès des traumatisés crâniens et de leurs familles pour les accompagner dans la définition et la mise en œuvre de projets de vie.

## Conclusion

Les problématiques que rencontrent les équipes de la Clinique du Bourget sont illustratives des enjeux de la prise en charge en rééducation fonctionnelle neurologique, dans une zone de précarité économique et sociale comme la Seine-Saint-Denis. Les établissements de SSR se situent en effet à un niveau charnière dans des filières de soins, dont la structuration a pour objectif de permettre la réadaptation optimale des personnes ayant été victimes de pathologies neurologiques graves, tels que les AVC ou TC. En amont, ils doivent faire preuve d'une capacité d'accueil de toute personne présentant un potentiel de récupération. En aval, ils assurent le relais avec les structures ou les services médico-sociaux qui accompagneront le patient dans son nouveau projet de vie.

L'analyse des difficultés qui freinent cette fluidité a été présentée, en s'attachant particulièrement à comprendre d'un côté les réticences des établissements de SSR à accueillir les patients les plus lourdement dépendants, et de l'autre les facteurs qui compliquent les orientations de sortie et le retour à domicile. Elle a conduit à formuler des recommandations, qui font un large écho à celles sur lesquelles travaillent actuellement les groupes de professionnels chargés de la révision du volet SSR du SROS III.

Ces propositions diverses ont en commun d'inviter à une coopération plus étroite entre les structures et les acteurs intervenant aux différents échelons de la prise en charge. Sans les reprendre ici, il est intéressant d'élargir la réflexion à deux égards.

D'une part, l'objectif de la coopération entre les structures de MCO et de SSR est de désengorger les services d'aigus et de faciliter l'admission en SSR de patients quel que soit leur profil. Vu le manque de transparence souvent observé dans les échanges concernant les transferts de patients, il est utile d'insister ici sur le fait qu'au-delà des protocoles et des outils, un engagement sincère des acteurs pour dépasser une simple coopération « de façade » est nécessaire. Par exemple, si la généralisation progressive de l'outil Trajectoire est à saluer, la portée de son usage demeure limitée par le caractère souvent incomplet des informations échangées. Les établissements adresseurs ont tendance à ne pas partager les informations qui compromettraient l'admission en SSR de patients qui n'ont plus leur place dans les services d'aigus. Il est difficile à cet égard de tirer des conclusions, car ces comportements sont des parades à des problèmes structurels qui dépassent de loin les acteurs. La transparence semble néanmoins plus à même de produire des résultats à long terme qu'une stratégie « individualiste de bricolage ». Si les motifs réels de refus d'admission en SSR sont parfois éthiquement discutables, leur révélation honnête aurait l'avantage de permettre la mise en exergue des difficultés que rencontrent les établissements, poussant les décideurs politiques à prendre leur responsabilité.

D'autre part, la continuité du parcours de soins est souvent mise à mal à la sortie de SSR par le cloisonnement qui reste fort entre les secteurs hospitalier, ambulatoire et médico-social. La difficulté à faire le lien entre les types de prise en charge, qui relèvent de tutelles et de systèmes de tarification différents, conduisent à des ruptures fréquentes qui peuvent avoir des conséquences fonctionnelles et sociales importantes pour les patients. De ce point de vue, la mise en place des ARS en 2009 présente un fort

potentiel de changement. Leur ambition de parvenir à l'intégration du sanitaire et du médico-social se traduit par une tutelle unique sur les deux secteurs, encouragés à travailler en étroite collaboration dans le cadre d'un Projet Régional de Santé commun. Il est un peu tôt trois ans après l'adoption de la loi HPST créant les ARS de conclure à la réussite de ce projet, véritable bouleversement des institutions et des logiques d'actions. La réforme est cependant bien engagée et, malgré les réticences qui subsistent chez certains acteurs, le cap est fixé.

Il reste pour terminer à noter que bien que toutes les propositions aient été formulées dans un double souci de pragmatisme et d'efficience médico-économique, leur faisabilité reste sujette à leur approbation par les tutelles, et donc aux impératifs financiers de plus en plus pesantes.

---

## Sources et Bibliographie

---

### ARTICLES :

- **CASTIEL D, BRECHAT PH**, « *Réformes hospitalières, tarification à l'activité et handicap social : vers une mise en cause de la mission sociale des établissements de santé et du principe de solidarité ?* », in Médecine et droit information éthique et juridique du praticien, 2009 N°95, p 52-57.
- **CASTIEL D.**, « *De la précarité au handicap social* », in Emmanuel Hirsh, « Traité de bioéthique », ERES, « Espace éthique », 2010, p 592-604.
- **DENIS M, CLAPPIER P, GRIMAUD O, RIOU F**, « *Patients et professionnels face à l'orientation d'un patient hospitalisés en court-séjour pour accident vasculaire cérébral* », in Risques et Qualité, 2007, Vol. IV n°1, p14-23
- **DE PERETTI C, CHIN F, TUPPIN P, BEJOT Y, GIROUD M, SCHNITZLER AI, WOIMANT F**, « *Personnes hospitalisées pour accident vasculaire cérébral en France : tendances 2002-2008* », in BEH (Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire), 6 mars 2012, n°10-11, p 125-130.
- **DE PERETTI C, CHIN F, TUPPIN, GRIMAUD O, WOIMANT F**, « *Prévalence des accidents vasculaires cérébraux et de leurs séquelles et impacts sur les activités de la vie quotidienne : apports des enquêtes déclaratives handicap-santé-ménage et handicap-santé-institution 2008-2009* », in BEH (Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire), 10 janvier 2012, n°1, p 1-7.
- **DE PERETTI C, NICOLEAU J, HOLSTEIN J, REMY-NERIS O., WOIMANT F**, « *Hospitalisation en soins de suites et de réadaptation en France après un accident vasculaire cérébral survenu en 2007* » in BEH (Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire), 28 décembre 2010, n°49-50, p 501-507.
- **DE PERETTI C, NICOLEAU J, TUPPIN P, SCHNITZLER AI, WOIMANT F**, « *Evolution de la prise en charge hospitalière des AVC en court séjour et SSR entre 2007 et 2009* », in La Presse médicale, LPM-D-11-00735.
- **FERY-LEMONNIER E., ZUBER M**, « *Impact des innovations et des pratiques sur le système de soins. Exemple de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux* », in Revue Hospitalière de France, janvier -février 2012, n°544, p. 33-36.
- **LANGHORNE P, TAYLOR G, MURRAY G., DENIS M, ANDERSON C , BAUTZ-HOLTER E**, « *Early supported discharged services for stroke patients : a meta-analysis of 'individual patient' data* », in Lancet 2005, N°365, p 501-506.
- **LANGHORNE P, HOLMQVIST LW**, « *Early supported discharged trialists. Early supported discharged after stroke* », in J. Rehabil Med, N°39, 2007, p 103-108.
- **SCHACH V.**, « *T2A en Soins de Suites et de Réadaptation. Premières réflexions* », in Gestions Hospitalières, avril 2009, p 205-209.

- **WOIMANT F., SEVENE M., BLONDEL P., SIMON-PREL R.**, *“Modalités expérimentales de l’HAD”*, in La revue de l’ARIF, N°12, septembre 2009, p 2-5.
- **WOIMANT F., LEGER JL.**, *« Une filière de soins animée et coordonnée pour les patients victimes d’accidents vasculaires cérébraux »*, La Presse Médicale and Quarterly Review, mai 2012, Vol. 41 n°5, p 488-491. Disponibilité : [www.em-consulte.com/revue/lpm](http://www.em-consulte.com/revue/lpm)

## **MEMOIRES**

- **DECOURCELLES F.**, *« Une approche économique des filières de soins : l'exemple de l'hôpital Rothschild dans l'est parisien »*, 2008, EHESP, 81 pages.
- **LUTZ F.**, *« L'amélioration 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 »*, 2009, EHESP, 79 pages.

## **RAPPORTS :**

- **DURAND N, LANNELONGUE N, LEGRAND P.**, *« Rapport final sur l’Hospitalisation à Domicile »*, Inspection Générale des Affaires Sociales, novembre 2010, RM2010-109P, 178p.
- **FERY-LEMONNIER E.**, *« La prévention et la prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux en France : synthèse du rapport à Mme la Ministre de la santé et des sports »*, (ISRN SAN-DHOS/RE-09-2-FR) juin 2009, 209p.
- **PRADAT-DIEHL P.** *« Rapport finale de la mission interministérielle en vue de l’élaboration d’un plan d’actions national en faveur des Traumatisés crâniens et des blessés médullaires »*, 59p.

## **TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES :**

- **Ministère de la Jeunesse, de la Santé, des Sports et de la Vie Associative**, Circulaire N°DHOS/O1/2008/305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets n°2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l’activité de soins de suite et de réadaptation.
- **Ministère de la Santé et de la Protection Sociale**, Circulaire DHOS/SDO/01/DGS/SD5D/DGAS/PHAN/3 B 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.
- **Ministère de la Santé, des Familles et des Personnes Handicapées**, Circulaire DHOS/O4/DGS/DGAS/2003/517 du 3 novembre 2003 relative à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux.

- **Ministère de la Santé et des Solidarités**, circulaire DHOS/04/2007/108/ du 22 mars 2007 relative à la place des UNV dans la prise en charge des patients présentant un AVC
- **Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé**, Circulaire des DGOS/R4/R3/PF3/2012/106 du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prises en charge des patients victimes d'AVC
- **Ministère de la santé et des sports ; Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique ; Ministère de l'enseignement supérieure et de la recherche**, Plan d'actions national « AVC 2010-2014 », Avril 2010.
- **Ministère du travail, de l'emploi et de la santé ; Ministère des solidarités et de la cohésion sociale**, Programme d'actions 2012 en faveur des Traumatisés crâniens et des blessés médullaires.
- **Haute Autorité de Santé**, Synthèse des recommandations de bonnes pratiques. Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce, Mai 2009.

## CONFERENCES

- **WOIMANT F.**, « Présentation du SROS AVC », 12 décembre 2012. ARS Ile-de-France.
- **WOIMANT F, JEZAK S, NEVEUX ML, DEVAUX E**, « *Analyse du parcours de soins des Accidents Vasculaires Cérébraux en Île-de-France, données du Chainage PMSI* », Congrès ADELFI-Emois Dijon, 12 mars 2012, ARS Ile-de-France.

## SITES INTERNET :

- **Documents du groupe de travail GT4 du SROS hospitalier : SSR**, « *Enquête sur les difficultés d'aval en SSR. Profils bloquants* », FEHAP, disponible : [http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/2\\_Offre-Soins\\_MS/SROS\\_Volet-Hospitalier/Groupe-de-travail/GT04/Aval\\_SSR\\_profils\\_bloquants.pdf](http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/2_Offre-Soins_MS/SROS_Volet-Hospitalier/Groupe-de-travail/GT04/Aval_SSR_profils_bloquants.pdf)
- **Documents du groupe de travail GT4 du SROS hospitalier : SSR**, *Travaux du groupe « Développement des Alternatives »*, disponible : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/GT4-SSR.128344.0.html>
- **Documents du groupe de travail GT4 du SROS hospitalier : SSR**, *Travaux du groupe « Evolution des pratiques »*, disponible : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Evolution-des-pratiques.133145.0.html>
- **Documents du groupe de travail GT4 du SROS hospitalier : SSR**, *Travaux du groupe « Maladies Chroniques et Handicaps lourds »*, disponible : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Maladies-chroniques-et-handica.133147.0.html>

- **Documents du groupe de travail GT4 du SROS hospitalier : SSR**, *Travaux du groupe « précarité et publics spécifiques »*, Disponible : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Precarite-et-publics-specifiqu.133149.0.html>
- **Recommandations de la SOFMER**, Recommandation « Accident vasculaire cérébral », 2007, disponible :  
<http://www.sofmer.com/index.php?pageID=7f60c6306b154c6ee67dfefbf8a58ec9&from=accueil>
- **Parcours de soins développés par la SOFMER-FEDMER**, « parcours de MPR neurologiques », disponible :  
<http://www.sofmer.com/index.php?pageID=bf81300246c4bbf06ecc3df74d97987a&from=accueil>
- **CRFTC** : [www.crftc.org](http://www.crftc.org)

---

## Liste des annexes

---

**ANNEXE I :** Liste des Entretiens réalisés dans le cadre de l'étude

**ANNEXE II :** Grille d'entretien semi-directif utilisée lors des rencontres

**ANNEXE III :** Résultats synthétiques de l'enquête ARS réalisée à la Clinique du Bourget le 01/03/2012 « Patients en SSR présentant des difficultés d'orientation en structures d'aval ».

MAZZEGA	AMELIE	Juillet 2012
<b>Master II Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique</b> Promotion 2011/2012		
<b>Le rôle des SSR dans la fluidification des filières de prise en charge des affections neurologiques en Seine-Saint Denis :</b> Etude à partir du cas de la Clinique de Soins de Suite et de Réadaptation du Bourget.		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Sciences-po Rennes		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Les affections du système nerveux, de type accident vasculaire cérébral et traumatisme crânien, sont traitées dans le cadre de filières de soins structurées, dont la fluidité détermine la qualité de la prise en charge. La phase de rééducation en soins de suite et de réadaptation (SSR) se situe entre la prise en charge initiale dans les services aigus, et le relais avec les établissements et services médico-sociaux (ESMS) permettant la réadaptation/réintégration des patients. Les services de SSR jouent ainsi un rôle pivot dans la continuité du parcours du patient. Ils rencontrent cependant d'importantes difficultés à accueillir des personnes lourdement dépendantes, et à mettre en place des solutions d'aval pertinentes. En particulier, dans un contexte de précarité socio-économique comme la Seine-Saint-Denis, l'accès à des ESMS spécialisés adaptés est particulièrement restreint. Des propositions sont faites pour permettre la levée de ces deux obstacles majeurs, et favoriser la qualité de vie des patients.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Filière de soins ; Soins de Suites et de Réadaptation ; affections du système nerveux, Accident vasculaire cérébral, Traumatisme crânien, Précarité, Seine-Saint-Denis, Retour à domicile, Etablissements médico-sociaux, Hospitalisation à domicile, Hospitalisation de jour, T2A-SSR</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		

# **ANNEXE I**

## **Liste des entretiens réalisés dans le cadre de l'étude**

### **1. Entretiens avec le personnel de la Clinique du Bourget**

- Dr. E. Chevrillon, Médecin Chef (MPR) : entretien le 10 avril 2012, complété par de nombreuses discussions informelles
- P. De Jorna, Directeur Général : entretiens fréquents dans le cadre du stage Direction
- P. Ndomé Dibango et G. Le Bloas : entretien le 01/06/2012 et rencontre le 01/03/2012 à l'occasion d'une enquête ARS (cf Annexe III)

### **2. Entretiens avec des professionnels du secteur**

- Dr. F. Woimant, neurologue et référent AVC ARS-IDF : entretien à l'ARS le 19/03/2012, et discussions à l'occasion des réunions d'Animateurs de Filières AVC des 12/04/2012 et 31/05/2012
- Dr. J.J Weiss, Médecin, Directeur du CRFTC : entretien au CRFTC le 12/04/2012
- Dr. M. Sevens, Chef du service de MPR du CH de Saint Denis : entretien au CH de Saint Denis le 21/04/2012
- Dr. E. Minvielle, Responsable scientifique du Projet COMPAQH-HPST : rencontre à l'Institut Gustave Roussy le 02/03/2012
- Dr. O. Corabianu, Chef de l'Unité Neuro-Vasculaire du CH Roger Ballanger, Aulnay-sous-Bois : Rencontre le 10/04/2012

### **3. Rencontres avec des professionnels à l'occasion des réunions des groupes de travail du Comité de Pilotage pour la Révision du SROS SSR**

- Dr. Patricia Blondel : Référent Trajectoire ARS-IDF
- Dr. Pascale Pradat-Dielh, Chef de Service, Référent National BM et TC – Pitié Salpêtrière.

## ANNEXE II

### Thème 1 : L'engorgement des services aigus et les difficultés de PEC de patients lourds en SSR.

Cible : Médecins, Chefs de Services, Directeurs d'établissement

#### 1. Qu'est ce qu'un patient « lourd » en SSR ?

- Quels sont les critères d'éviction en SSR:
  - Polypathologies ?
  - Patients ventilés ou trachéotomisés ?
  - Autres ?
- Pourquoi ces patients sont-ils plus facilement « évincés » ?
  - RH : effectif et formation de personnel ?
  - Absence de garde 24/24 de médecin ?
  - Absence de Service de réanimation ou d'urgence à proximité immédiate ?
  - Tarification ? Perspective T2A SSR ?

#### 2. Les services de post-réanimation : charnière entre les services aigus et la SSR

- Quelle est l'ampleur des besoins sur ce plan ? Quelles sont les lacunes ?
- Est-ce une solution permettant de désengorger l'amont /services aigus?
- Quels liens entre ces services et la SSR ? Leur adossement aux services de SSR est-il une solution pour encourager la PEC de patients lourds ? Ou ces services doivent plutôt être organisés autour des établissements MCO ?

### Thèmes 2 : Les difficultés rencontrées par les SSR dans les orientations d'aval.

Cibles : médecins, Directeur, Assistantes sociales

- **Le lien entre le taux et la durée de prise en charge en SSR :**
  - Quelles sont les DMS en SSR neuro ? Sont-elles correctes ou devraient-elles être réduites ?
  - La proportion de patients admis en SSR est-elle satisfaisante par rapport aux besoins ? Si non qu'est ce qui serait souhaitable ?
  - Quels sont les principaux facteurs qui expliquent que les séjours soient plus longs que nécessaires ?
- **Les principaux freins au retour à domicile des patients de SSR**
  - Mise en place des prestations financières (APA, PCH, etc.) ?
  - Organisation des soins et services autour de la personne ?
  - Difficultés à faire un choix sur le retour à domicile ou le placement en établissement ?
  - Quid des liens des établissements avec les praticiens de ville (médecins, kiné, etc...) ?
  - Quid des relations avec les institutions responsables des prestations pour l'autonomie (CG, CLIC, MDPH, etc...) ?

➤ **Les principaux freins au transfert en ESMS**

- Pour les EHPAD
- Pour les foyers spécialisés type FAM
- Manque de places ou manque de médicalisation des structures pour des patients lourds ?
- Manque de coordination des établissements SSR avec les ESMS ?

➤ **Les freins aux transferts en HDJ et/ou l'HAD**

- L'HDJ et l'HAD peuvent constituer des solutions d'aval pour la SSR ?
- Dans quels cas ?
- Quels sont les freins : capacités ? Tarification ?

## **ANNEXE III**

### **BILAN DE L'EQUETE REALISEE A LA CLINIQUE DU BOURGET LE 01/03/2012**

#### **« Patients en SSR présentant des difficultés d'orientation en structures d'aval »**

(Enquête organisée par l'ARS IDF)

L'enquête a été réalisée auprès des assistantes sociales, qui ont sélectionné 25 patients parmi leurs dossiers.

Participants : Pauline Ndome Dibango (assistante sociale), Gwenaelle Le Bloas (assistante sociale), Patricia Grot (Directrice des soins), Adeline Bregeon (stagiaire assistante sociale), Amélie Mazzega (stagiaire direction)

Le 01/03/2011, 30 patients étaient en attente d'une place à la Clinique du Bourget

### **RESULTATS**

#### **Pathologie des patients sélectionnés :**

- 80% affections neurologiques
- 20% affections de l'appareil locomoteur.

**Durée moyenne de séjour des patients sélectionnés : 5.3 mois**

#### **Tranche d'âge des patients sélectionnés :**

19 à 45 ans : 20% ; 46 à 59 ans : 32% ; 60 à 74 ans : 36% ; plus de 75 ans : 12%

#### **Lieu de résidence :**

93 : 52% ; autres Départements IDF : 28% ; SDF : 20%

#### **Prise en charge administrative :**

Sécurité sociale et mutuelle : 84% ; sécurité sociale sans mutuelle : 4% ; CMUC : 12%

#### **Problématiques sociales :**

Parmi les 25 patients sélectionnés :

- 16% sont sans interlocuteur ou relais, et dans des situations administrativement complexes dans 24% des cas.
- 40% des patients sont concernés par des problématiques juridiques (protection juridique des personnes vulnérables).

- 44% sont en ALD. 32% sont sans ressources, ou avec des ressources insuffisantes. Pour 20% des patients, des dossiers d'allocations ou autres aides sociales sont en cours, et 12% sont en attente d'accord d'aide sociale d'Etat.
- 60% des patients sont concernés par des contextes familiaux difficiles, et rencontrent des difficultés pour élaborer un projet de vie. Dans 48% des cas, le maintien à domicile est impossible (pour 36% des patients, le logement est précaire ou inadapté).

Des demandes d'orientations ont été faites pour 44% (dans la majorité des cas des réflexions sont en cours avec les médecins, la famille et les assistantes sociales, mais les demandes formelles n'ont pas encore été faites).

Parmi les patients concernés par ces demandes, 54% sont orientés vers des MAS/FAM, 27% vers des EHPAD, 18% vers des USLD et 4% des foyers -logement (à noter que pour certains patients des demandes ont été déposées vers plusieurs types de structures d'aval).

#### **Commentaires/Conclusions :**

- Complexité des problématiques sociales/familiales de ces patients rend très difficile l'élaboration d'un projet de sortie et la formulation d'une demande d'orientation d'aval.
- Difficultés rencontrées au niveau de l'Aide Sociale : le Conseil Général ne veut donner son accord qu'une fois que la structure d'accueil a accepté le patient (or le temps de l'accord, la structure n'a pas gardé la place réservée). A l'inverse, les structures d'accueil souhaitent avoir la confirmation que le patient bénéficie de l'Aide Sociale pour leur admission.

Il pourrait être envisagé que les assistantes sociales contactent les services du CG pour aborder avec eux cette problématique et voir si des arrangements sont disponibles. (Voir aussi si l'Assistante Sociale du Bois d'Amour est concernée par ce même problème).