

ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Promotion : **2006 - 2008**

Date du Jury : **Novembre 2007**

**Le projet d'implantation d'un service
hospitalo-universitaire de médecine
physique et de réadaptation au Centre
Hospitalier de Riom en coopération avec le
Centre Hospitalier Régional et
Universitaire de Clermont-Ferrand :
Illustration d'une stratégie de service
public hospitalier de territoire**

Amandine BERNON

Remerciements

Je tiens à remercier :

M. Jean-Paul Ségade, de m'avoir donné l'occasion de travailler sur ce sujet passionnant.

M. Bernard Belaigues, M. Thierry Lugbull et M. Guy Blanzat, pour leur disponibilité et leur aide dans la réalisation de ce mémoire.

M. André Salagnac, M. Thibaut Kossmann, Mme Séverine Giraud, Mme. Elisabeth Locquet et l'ensemble de l'équipe de direction du Site Gabriel Montpied pour leur accueil et leur disponibilité tout au long de ce stage.

M. Bernard Tirel, d'avoir accepté d'encadrer ce mémoire.

M. David Causse, pour ses précieux conseils.

Et l'ensemble des personnes interrogées, pour leur disponibilité et la richesse des échanges.

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie.....	2
1. Une nécessaire recomposition de l'offre de soins de MPR en Auvergne.....	4
1.1. La MPR : une discipline amenée à se développer, dans le cadre de filières de soins.	4
1.1.1. Une discipline transversale, à la croisée du médical et du social.....	4
<i>A) Histoire et définition de la MPR.....</i>	<i>4</i>
<i>B) Pathologies traitées et données épidémiologiques.....</i>	<i>5</i>
<i>C) Les modes de prise en charge en MPR.....</i>	<i>7</i>
<i>D) L'enseignement et la recherche en MPR.....</i>	<i>8</i>
1.1.2. Les enjeux de la MPR aujourd'hui.....	9
<i>A) Un nécessaire développement quantitatif et qualitatif.....</i>	<i>9</i>
<i>B) La démographie médicale et l'évolution de la réglementation sur les SSR</i>	<i>10</i>
1.2. Une offre de MPR inadaptée en Auvergne.....	13
1.2.1. Une offre parcellisée, qui ne répond pas aux besoins actuels.....	13
<i>A) Deux services publics de MPR de référence régionale</i>	<i>13</i>
<i>B) Les services de rééducation privés.....</i>	<i>16</i>
1.2.2. La nécessité d'une réorganisation de l'offre inscrite dans le SROS III.....	17
<i>A) Une offre de soins inadaptée et insuffisamment coordonnée.....</i>	<i>17</i>
<i>B) Les préconisations du SROS III</i>	<i>18</i>
1.3. Un projet d'adaptation et de développement de l'offre publique de MPR sur le territoire nord clermontois.....	20
1.3.1. La MPR dans les projets d'établissements du CHRU et du CHGT.....	20
1.3.2. Une 1ère étape, la fédération médicale inter-hospitalière de MPR	21
1.3.3. Une 2e étape : la création d'un nouveau service hospitalo-universitaire .	22
2. La MPR, exemple d'une nouvelle stratégie de service public de territoire, dans une logique « gagnant-gagnant » entre le CHRU et les CH.....	24
2.1. La réorganisation des activités de MPR, projet phare du territoire nord clermontois.....	24
2.1.1. La stratégie d'ouverture du CHRU sur son territoire.....	24
<i>A) L'ouverture, pilier du projet d'établissement du CHRU</i>	<i>24</i>
<i>B) Une stratégie d'ouverture semblable à celle des Hospices Civils de Lyon.</i>	<i>25</i>
<i>C) Une ouverture indispensable dans le contexte actuel des EPS.....</i>	<i>26</i>

2.1.2. Une stratégie de « service public de territoire » nord clermontois, concrétisée à travers le projet MPR	28
A) <i>La constitution d'un « pôle inter hospitalier de territoire »</i>	28
B) <i>La recherche de coopérations « gagnant/gagnant »</i>	29
2.2. Une stratégie de territoire et un projet de MPR bénéfiques au CHGT.....	31
2.2.1. Un CH en difficulté avant la direction commune	31
2.2.2. Une coopération indispensable avec le CHRU : de l'aide ponctuelle à la direction commune.....	32
2.2.3. Un projet de MPR structurant pour l'établissement.....	34
2.3. Une opportunité pour le CHEC de se recentrer sur des activités de SSR et de long séjour garantissant son avenir	36
2.3.1. Une inévitable délocalisation des activités de MPR	36
2.3.2. Un transfert d'activités du CHRU et du CHGT vers le CHEC.....	37
2.3.2. Le bénéfice d'une direction commune et de coopérations logistiques.....	37
2.4. L'opportunité pour le CHRU d'un centre de référence en MPR, de lits d'aval et la possibilité de développer de nouvelles activités de référence. ..	38
2.4.1. Un centre de référence en MPR, assurant une reconnaissance de la discipline et plus de fluidité sur le court séjour.....	38
2.4.2. La possibilité de développer de nouvelles activités de référence.....	39
2.4.3. Un service public hospitalier fort et cohérent face au privé.....	39
3. Perspectives et préconisations pour la mise en œuvre du projet de MPR.....	40
3.1. Un pilotage concerté du projet doit se mettre en place	40
3.1.1. Une concertation avec les acteurs internes du projet.....	40
A) <i>Un projet de MPR fortement politique, qui a du être lancé rapidement.....</i>	<i>40</i>
B) <i>Une finalisation concertée du projet architectural, médical et soignant.....</i>	<i>40</i>
3.1.2. Une concertation avec les acteurs externes concernés	43
3.2. La création d'un service de MPR : l'opportunité de développer des filières de soins autour de la prise en charge du handicap	44
3.2.1. Les prises en charge en MPR doivent s'insérer dans des filières de soins	44
A) <i>L'exemple des filières gériatriques.....</i>	<i>44</i>
B) <i>Une prise en charge rééducative dans le cadre de filières de soins.....</i>	<i>45</i>
3.2.2. Le service de MPR doit établir des liens étroits avec les services d'amont	46
A) <i>Des liens formalisés entre le service de MPR et les services d'amont</i>	<i>46</i>
B) <i>Une présence indispensable de médecins MPR dans les services d'amont</i>	<i>47</i>
C) <i>La question du positionnement des personnels de rééducation</i>	<i>48</i>

3.2.3. Le service de MPR doit également organiser ses relations en aval.....	49
A) Une dimension de réadaptation et de réinsertion essentielle en MPR.....	49
B) Développer un travail de partenariat avec les structures associatives	50
C) Organiser et développer la prise en charge extra hospitalière.....	51
D) Organiser la prise en charge en structures d'aval.....	54
3.3. Définir le cadre juridique de ce service de MPR « de territoire ».....	56
3.3.1. L'hypothèse d'un service du CHRU localisé à Riom.....	56
3.3.2. L'hypothèse d'un service du CHGT.....	57
3.3.3. Un accompagnement au changement des équipes concernées	59
3.4. Quels enjeux et perspectives pour les activités hospitalo-universitaires en CH ?	59
3.4.1. Un développement des activités hospitalo-universitaires des CH.....	59
3.4.2. La perspective d'une labellisation hospitalo-universitaire des services de CH	60
Conclusion.....	63
Bibliographie.....	64
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANAES :	Agence nationale pour l'accréditation des établissements de santé
APF :	Association des paralysés de France
ARH :	Agence régionale de l'hospitalisation
ATIH :	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVC :	Accident vasculaire cérébral
CA :	Conseil d'administration
CCAS :	Centre communal d'action sociale
CDDAPH :	Commission départementale pour les droits et l'autonomie des personnes handicapées
CH :	Centre hospitalier
CHEC :	Centre hospitalier Etienne Clémentel
CHGT :	Centre hospitalier Guy Thomas
CHRU :	Centre hospitalier régional et universitaire
CHU :	Centre hospitalier universitaire
CME :	Commission médicale d'établissement
CPOM :	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPP :	Centre périnatal de proximité
CSP :	Code de la santé publique
DAM :	Direction des affaires médicales
DDASS :	Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DRASS :	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DHOS :	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DIM :	Département d'information médicale
DMS :	Durée moyenne de séjour
EPHAD :	Etablissement pour personnes âgées dépendantes
EPS :	Etablissement public de santé
ETP :	Equivalent temps plein
EVC :	Etat végétatif chronique
FAM :	Foyer d'accueil médicalisé
FEDMER :	Fédération française de médecine physique et de réadaptation
FEHAP :	Fédération des établissements d'hospitalisation et d'assistance privés
FHF :	Fédération hospitalière de France

FMIH :	Fédération médicale inter hospitalière
GHS :	Groupe homogène de séjour
HAD :	Hospitalisation à domicile
HAS :	Haute autorité de santé
MAS :	Maison d'accueil spécialisé
MCO :	Médecine-chirurgie-obstétrique
MDPH :	Maison départementale des personnes handicapées
MERRI :	Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
MIGAC :	Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MPR :	Médecine physique et de réadaptation
PHRC :	Programme hospitalier de recherche clinique
PRIAC :	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PSPH :	Participant au service public hospitalier
RMC :	Réanimation médico-chirurgicale
RRF :	Rééducation et réadaptation fonctionnelles
RMND (pôle) :	Rhumatologie-MPR-Neurosciences-Douleur
SAMSAH :	Service d'accompagnement médico-social des adultes handicapés
SAVS :	Service d'accompagnement à la vie sociale
SIAD :	Service infirmier à domicile
SIOS :	Schéma interrégional d'organisation sanitaire
SOFMER :	Société française de médecine physique et de réadaptation
SROS :	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSR :	Soins de suite ou de réadaptation
SVA :	Site pour la vie autonome
SYFMER :	Syndicat français des médecins de médecine physique et de réadaptation
TC :	Traumatisme crânien/traumatisé crânien
T2A :	Tarifcation à l'activité
UEROS :	Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale
UFR :	Unité de formation et de recherche
UNV :	Unité neurovasculaire

Introduction

Dans son allocution d'ouverture du salon « Hôpital Expo 2006 », Claude Evin, président de la Fédération hospitalière de France (FHF), insistait sur la nécessité pour les établissements publics de santé (EPS) de développer des « stratégies de groupe pour l'ensemble des filières de soins » car « la somme des stratégies individuelles de chaque établissement ne permettra pas le maintien à très court terme d'une offre de soins publique forte et qu'il est donc nécessaire dans le cadre des territoires, de réfléchir et d'agir à plusieurs ».

Le cadre actuel d'action des EPS les invite en effet à repenser leurs relations et leurs stratégies. La tarification à l'activité (T2A) et les exigences accrues en matière de sécurité sanitaire, mises en lumière dans le Rapport Vallancien¹, posent la question des seuils critiques d'activité par discipline. Le financement de l'activité sur la base de durées de séjour de référence impose d'avantage de fluidité entre les différents services de soins et a fait apparaître des besoins importants de lits d'aval des services de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), notamment en lits de soins de suite ou de réadaptation (SSR). Les EPS, font face dans le développement d'une activité suffisante en MCO et la recherche de lits d'aval, à la concurrence des établissements privés, qui adoptent de plus en plus des stratégies de groupe. Les centres hospitaliers (CH) de petite taille se heurtent dans le développement d'une activité suffisante, aux contraintes de la démographie médicale et de l'attractivité, avec une concentration des flux vers les grandes métropoles. Les CHU quant à eux, en recherchant un niveau suffisant d'activité, ne doivent pas mettre en péril leurs missions de recherche et d'innovation, gages de leur excellence.

Dans ce contexte, l'ordonnance du 4 septembre 2003, réformant la planification sanitaire et inaugurant une 3^e génération de schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), a engagé les EPS à développer des stratégies de coopération et de recomposition de l'offre de soins dans le cadre de Territoires de santé². Une circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS III est venue préciser que les Territoires de santé, remplaçant les secteurs sanitaires, devaient être le cadre d'élaboration de projets médicaux de Territoire, en concertation entre les différents acteurs de santé, regroupés dans des conférences sanitaires³. Dans les faits, peu de véritables projets médicaux de Territoire ont été conçus et mis en œuvre dans les Territoires, leur valeur juridique opposable n'ayant pas été posée.

¹ VALLANCIEN G. *L'évaluation de la sécurité, de la qualité, de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics*. Rapport au Premier Ministre, 2006, 77 p.

² La notion de « Territoire » renvoie aux Territoires de santé définis dans les SROS, celle de « territoire » aux territoires « vécus ».

³ Circulaire n°DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de 3^{ème} génération.

Comment dès lors, faire émerger des stratégies de groupe entre EPS, CHU et CH, dans le cadre de territoires, pour répondre aux défis posés et garantir la continuité, l'efficacité et le dynamisme du service public hospitalier ? Comment faire vivre concrètement la notion de territoire de santé ? Comment développer de nouvelles stratégies de coopération et de maîtrise partagée de l'activité, de type « gagnant-gagnant », notamment entre CHU et CH, plutôt que des stratégies « gagnant-perdant » de développement concurrentiel de l'activité ? Comment développer dans ce cadre des filières de soins assurant la cohérence, la continuité des parcours et la qualité de la prise en charge ?

Le projet de 3 EPS auvergnats : le Centre hospitalier régional et universitaire (CHRU) de Clermont-Ferrand, le CH Guy Thomas (CHGT) de Riom et le CH Etienne Clémentel (CHEC) d'Enval, de recomposition des activités de médecine physique et de réadaptation (MPR) peut offrir des pistes de réponses.

Cette recomposition, avec la création d'un service hospitalo-universitaire au CHGT, regroupant le service du CHRU et celui du CHEC, doit permettre une meilleure adéquation de l'offre aux besoins sur le territoire, selon les préconisations du SROS III (Partie1).

Elle s'inscrit dans le cadre d'une stratégie commune de territoire, le « territoire nord clermontois »⁴. Les 3 EPS se sont en effet dotés d'une direction commune de territoire, forme innovante de coopération, qui doit favoriser l'émergence de projets de gestion et de projets médicaux communs. Le but étant d'instaurer une dynamique « gagnant-gagnant » entre les établissements, pour le maintien et le développement d'un service public hospitalier de territoire fort et cohérent (Partie 2).

Ce projet de recomposition de la MPR s'inscrit dans la dynamique actuelle de développement des SSR en aval des services de MCO, avec une réforme de la réglementation et de la tarification qui devrait intervenir entre 2008 et 2010. Le projet de création d'un service hospitalo-universitaire régional sera aussi l'occasion de développer des filières de soins entre les différents acteurs et services hospitaliers du territoire, mais aussi avec les acteurs extra hospitaliers, la MPR étant une discipline à l'interface de différentes activités médicales, médico-sociales et sociales. Il pose aussi la question du cadre juridique et des enjeux du développement des activités hospitalo-universitaires en CH (Partie 3).

Méthodologie

⁴ Le territoire « nord clermontois », regroupant les communes de Clermont-Ferrand, Riom et Enval, est une partie du Territoire de santé du « Grand Clermont », défini dans le SROS III (cf. annexe 3).

Le choix du sujet

Ce sujet, d'actualité au CHRU de Clermont-Ferrand, a été choisi, car il permet d'aborder des notions incontournables dans l'évolution actuelle des EPS :

- Les notions de Territoire de santé, de stratégie de groupe de service public entre CHU et CH, de développement des activités hospitalo-universitaires des CH.
- Les notions de filières de soin, du court séjour au domicile en passant par les SSR, pour une meilleure qualité des soins et pour une maîtrise des coûts en T2A.

La démarche inductive

Le choix a été fait d'une démarche inductive permettant de débiter par une observation de terrain pour en tirer des conclusions plus générales.

Les ressources et le traitement des données

Quatre principales ressources ont été mobilisées :

- Les entretiens avec de nombreux acteurs locaux, médicaux, soignants, administratifs et politiques, dans le CHRU, les établissements périphériques publics et privés concernés, les autorités de tutelle ; ainsi que des acteurs complètement extérieurs, médicaux et administratifs. Les entretiens ont été semi directifs, sans guide d'entretien unique, du fait de la diversité des acteurs et de la volonté de préserver leur liberté de parole. Les résultats ont fait l'objet d'un traitement qualitatif. Un questionnaire sur les coopérations avec les CH a par ailleurs été envoyé par mail à l'ensemble des directeurs des affaires médicales (DAM) de CHU.
- La participation aux réunions de travail sur le projet, au CHRU et au CH de Riom.
- Les données des trois établissements concernés sur l'activité de MPR et sur le projet.
- Les recherches documentaires avec comme axes : la MPR, les Territoires de santé et les coopérations hospitalières.

Les limites et problèmes rencontrés

Les deux principales difficultés furent :

- De synthétiser la masse importante d'informations ressortant des nombreux entretiens et des recherches.
- De garder le cadre du sujet avec des problématiques soulevées assez diverses et intéressantes à développer : coopérations hospitalières, Territoires de santé, développement des SSR avec la T2A, rapprochement du sanitaire et du médico-social, de la ville et de l'hôpital, la prise en charge du handicap...

1. Une nécessaire recomposition de l'offre de soins de MPR en Auvergne

1.1. La MPR : une discipline amenée à se développer, dans le cadre de filières de soins.

1.1.1. Une discipline transversale, à la croisée du médical et du social

A) Histoire et définition de la MPR

On peut trouver des origines très anciennes de la médecine de rééducation, par exemple diverses attelles et béquilles ont pu être observées sur des fresques et vases mésopotamiens et égyptiens. Mais, comme l'a montré Georges Vigarello, la notion de « rééducation » a véritablement émergé à la fin du 18^e siècle⁵. Par exemple, Verdier crée en 1772 un établissement où sont « rééduqués » des enfants victimes de difformités. La notion de rééducation s'enracine dans la vogue pédagogique de cette fin de siècle, il s'agit plus d'une rééducation de l'esprit que du corps. Au milieu du 19^e siècle, avec la création de la clinique des anomalies de Jules Guérin, l'étude et la thérapeutique des difformités devient une spécialité médicale et on voit se dessiner la création d'une filière de médecine de rééducation du corps, réparatrice et redresseuse. Durant l'Entre deux guerres, avec ses cohortes de blessés et de mutilés, l'essor de la médecine de rééducation continue, avec le développement des prothèses. En 1933, la médecine de rééducation devient « fonctionnelle » et est complétée par l'apport de la médecine physique. Après la Seconde guerre mondiale, le terme de « réadaptation » s'impose dans le domaine de la rééducation, avec la notion de réintégration de la personne blessée dans la vie sociale.

La « médecine physique et de réadaptation » ou autrement dit la « rééducation et réadaptation fonctionnelles » (RRF), est officiellement née en tant que spécialité médicale qu'en 1965 avec la création d'un enseignement de « rééducation et réadaptation fonctionnelles » et la formation de médecins spécialistes. En 1968, une chaire de clinique de rééducation motrice est créée à Paris pour le Professeur André Grossiord. La discipline est n'alors plus seulement vue comme l'éducation ou la rééducation de l'infirmité, mais comme la réhabilitation du corps pour s'intégrer au mieux dans la vie sociale et économique⁶.

⁵ VIGARELLO G. *Le corps redressé : histoire d'un pouvoir pédagogique*. Paris, Delarge, 1978, p.90.

⁶ GROSSIORD A. *Leçon inaugurale. Chaire clinique de rééducation motrice*. Paris, Masson, 1968, p.19.

On retrouve bien ici les deux composantes : rééducation et réadaptation. En 1984, la discipline devient réservée aux étudiants reçus au concours de l'internat, le nombre de diplômés nationaux passe de 150 à 35 par an.

Aujourd'hui, selon sa définition européenne, « la MPR a pour objectifs de mettre en œuvre et de coordonner toutes les mesures visant à prévenir ou réduire au minimum inévitable les conséquences fonctionnelles, subjectives, sociales et donc économiques, d'atteintes corporelles par maladie, accidents ou du fait de l'âge ». On retrouve une définition similaire dans la Charte de qualité de la MPR, rédigée par les différents syndicats représentant la discipline en 1999 : « La MPR, au service des personnes porteuses de déficiences et d'incapacités, dont la qualité de vie est altérée temporairement ou définitivement, a pour objectif de développer la réinsertion sociale et professionnelle selon une démarche dynamique, dans les délais les plus courts, se concentrant sur les capacités fonctionnelles, l'amélioration de l'autonomie et de la qualité de la vie ».

Ces définitions insistent sur les deux composantes :

- la «rééducation»: aider la personne à recouvrer le meilleur potentiel de ses moyens physiques, cognitifs et psychologiques, avec pour objectif, autant que possible, la restitution ad integrum de l'organe lésé ou le retour optimal à la fonction.
- la « réadaptation »: aider le patient à s'adapter aux limitations de ses capacités lorsqu'elles deviennent stabilisées.

La MPR se trouve ainsi à l'interface de différentes spécialités médicales, en s'intéressant aux conséquences des lésions traitées en médecine d'organes et en intervenant à des stades différents de la prise en charge de la personne ; et de la réalité sociale de la personne en situation de handicap, comme le disait André Grossiord : « les lendemains, les logements inadaptés, les barrières de la ville ». D'où l'importance particulière dans cette discipline du travail en filières et en réseaux de soins.

B) Pathologies traitées et données épidémiologiques

L'éventail des pathologies traitées en MPR est relativement large, du lumbago à la paraplégie. Il s'agit soit de lésions post-traumatiques, soit de pathologies chroniques invalidantes. Les pathologies neurologiques représentent une part importante, notamment :

- Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) : 1^{ère} cause de handicap de l'adulte dans les pays occidentaux, avec 100 à 145 000 cas par an en France, dont 75% avec des séquelles. L'incidence est actuellement à la hausse du fait du vieillissement de la population : après 55 ans, par tranche de 10 ans, le taux d'incidence est multiplié par 2, quel que soit le sexe.

- Les traumatismes crâniens (TC) graves avec coma de plus de 24 heures, qui touchent environ 8500 personnes par an en France, souvent jeunes.
- Les pathologies médullaires pouvant entraîner une para ou tétraplégie (suite à un traumatisme, une tumeur, une myélopathie...) : environ 1200 cas par an en France.
- Les maladies neurodégénératives, comme:
 - o La sclérose en plaques, qui a une prévalence d'environ 60 000 en France.
 - o La sclérose latérale amyotrophique, qui a une prévalence de 1,5 pour 100 000 en France.
 - o Les troubles moteurs d'origine cérébrale (infirmité motrice cérébrale notamment), qui touchent 2,14 nouveaux nés sur 1000.

Les autres pathologies fréquemment rencontrées en MPR sont :

- La traumatologie et la rhumatologie lourdes.
- Les amputations : leur prévalence est actuellement de 1,7/1000 et leur incidence de 8300 nouveaux cas par an, soit 0,14/1000.
- Les troubles vésicaux-sphinctériens. Ils sont fréquents dans le cas des affections neurologiques citées ci-dessus, par exemple dans un cas d'AVC, leur prévalence est de 40 à 50% en phase aiguë et de 10 à 20% à 6 mois.
- Les pathologies cardio-vasculaires : cardiopathies ischémiques (45 000 décès par an, en diminution⁷), maladies hypertensives (7600 décès par an, en augmentation), artériosclérose et les anévrismes (4400 décès par an, en diminution), insuffisance respiratoires et autres cardiopathies (43400 décès par an, en diminution).

De nouvelles activités se développent actuellement en MPR, comme :

- La médecine et la traumatologie du sport.
- Le reconditionnement à l'effort des maladies métaboliques (diabète, obésité, syndrome métabolique), ou encore des patients douloureux chroniques.
- L'onco-réadaptation.

Selon l'INSEE⁸, les déficiences motrices, c'est-à-dire les pertes ou dysfonctionnements de parties du corps, résultant d'une maladie ou d'un accident, touchent aujourd'hui plus de 8 millions de personnes, soit environ 13% de la population. La proportion des personnes touchées croît avec l'âge : les déficiences motrices touchent 1% des jeunes enfants, plus de la moitié des octogénaires et deux tiers des nonagénaires.

⁷ Fédération nationale des observatoires régionaux de santé. *Les maladies cardio-vasculaires dans les régions de France*. 84p.

⁸ MORMICHE P. « Le handicap se conjugue au pluriel ». *INSEE Première*, décembre 2000, 4p.

Du fait du vieillissement de la population (la part des plus de 60 ans devrait passer de 21% aujourd'hui à 27% en 2020, celle des plus de 85 ans de 1,8 à plus de 3%⁹), un quart de la population devrait être porteur d'une ou plusieurs déficiences à l'horizon 2010. Cette évolution laisse présager une augmentation des besoins de prise en charge en MPR.

C) Les modes de prise en charge en MPR

Les praticiens spécialistes en MPR peuvent exercer dans différents types de structures : des structures libérales ou hospitalières, privées ou publiques. Dans les structures hospitalières, on peut distinguer les centres de RRF et les services hospitaliers de MPR, avec une prise en charge plus lourde. L'essor du nombre de lits en MPR ces dernières années (+8% entre 2000 et 2004¹⁰) a essentiellement profité au secteur privé à but lucratif (+24% entre 2000 et 2004), le secteur privé non lucratif étant également très implanté sur ce secteur.

Les structures hospitalières s'organisent autour d'un plateau technique de rééducation et fonctionnent avec une équipe pluridisciplinaire coordonnée par un médecin MPR : médecins, soignants, travailleurs sociaux, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, psychologues... Un accès à des consultations spécialisées (orthopédie, neurologie, neurochirurgie, rhumatologie...) et à un plateau technique d'imagerie (scanner et IRM) doit être prévu.

La prise en charge peut se faire en hospitalisation traditionnelle, de semaine et de jour, les alternatives à l'hospitalisation étant en plein développement (+12% de places d'hôpital de jour entre 2000 et 2004 sur l'ensemble des structures), notamment dans le secteur privé (40% des places d'hospitalisation de jour se concentrent sur le secteur privé à but non lucratif, qui a lui-même 42% de ses capacités en places d'hôpital de jour). Les consultations représentent une part importante de l'activité des services de rééducation, qui peuvent exercer une mission d'expertise pour les organismes d'aide à la prise en charge du handicap, comme les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), ou les sites pour la vie autonome (SVA).

On peut observer une tendance récente à la spécialisation des unités d'hospitalisation, notamment pour les pathologies neurologiques (pathologies médullaires, TC, AVC) qui demandent une prise en charge relativement lourde, mais aussi pour la traumatologie lourde, l'appareillage des amputés, ou encore les pathologies cardio-vasculaires.

Se développent également des unités de prise en charge post-réanimation, notamment dans les CHU, pour les patients encore médicalement instables à la sortie de

⁹ INSEE. « Projections de population ». *INSEE Résultats* n° 361-362-363.

¹⁰ FEHAP. *Perspectives sanitaires et sociales*, sept-oct 2006, 12p.

réanimation et qui nécessitent déjà une prise en charge rééducative intense : TC avec comas, blessés médullaires.

La prise en charge en MPR ne s'arrête pas aux limites du service d'hospitalisation, elle se fait également :

- En amont, dans les services de soins « aigus » (réanimation, chirurgie ou médecine), pour débiter précocement les soins de rééducation et préparer l'orientation du patient. Ce qui nécessite la présence de médecins rééducateurs et de kinésithérapeutes dans les services.
- En aval, dans des structures de prise en charge ou au domicile, par le biais de consultations, d'équipe mobile, de réseau de soins, de partenariat avec les structures médicales et sociales de ville, avec les associations...

La MPR est donc par nature une discipline transversale, qui se prête particulièrement au travail en filières de soins, puisqu'elle suit le patient tout au long de son parcours, médical et social.

D) L'enseignement et la recherche en MPR

La MPR est enseignée durant le 2^e cycle des études médicales (DCEM), dans le module IV « déficits, incapacités, dépendances », figurant au programme de l'examen national classant. Elle est également enseignée en 3^e cycle (TCEM) en tant que spécialité médicale. La formation pratique se déroule dans les services de MPR. La mobilité des spécialistes de MPR en formation dans chaque région doit permettre une formation pratique au moins dans les 2 grandes orientations de la spécialité : les pathologies neurologiques et les pathologies de l'appareil locomoteur.

Les services de MPR peuvent également participer à des activités de recherche, à des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) locaux ou nationaux, dans les domaines du handicap, de la dépendance et sur les pathologies traitées en rééducation.

1.1.2. Les enjeux de la MPR aujourd'hui

A) Un nécessaire développement quantitatif et qualitatif

Aujourd'hui, la MPR se trouve confrontée à plusieurs défis. Tout d'abord, le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de personnes atteintes de déficiences nécessitent le développement d'une offre de soins en MPR adaptée.

Ensuite, la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a posé le principe du projet de vie de la personne handicapée, que les différentes structures de prise en charge doivent aider à mettre en œuvre. Les services de MPR doivent donc contribuer de la manière la plus efficace possible à la réalisation du projet de vie de la personne handicapée, ce qui passe par d'avantage d'ouverture sur les autres structures de prise en charge, médico-sociales et sociales.

Les innovations médicales et technologiques ouvrent de nouvelles perspectives diagnostiques et thérapeutiques à la MPR. En neurosciences, les connaissances du fonctionnement et de l'organisation du cerveau ont beaucoup progressé grâce aux acquis de la neurobiologie, de la neurophysiologie, des nouvelles techniques d'imagerie cérébrale et de la neurochirurgie. Ces avancées permettent à des patients qui hier ne pouvaient pas être sauvés d'arriver aujourd'hui en service de MPR, mais elles impliquent également la prise en charge de plus en plus lourde en soins. Des progrès importants ont également été réalisés dans le domaine de l'informatique, de l'électronique (systèmes optoélectroniques d'analyse du mouvement, miniaturisation des systèmes électroniques pour la stimulation électrique), de la robotique, et des appareillages.

La T2A a accentué la pression à la baisse qui s'est développée ces dernières années sur les durées de séjour dans les services de MCO. Or cette pression se répercute sur les lits d'aval des services de MCO, comme les lits de MPR, ce qui exige un nombre suffisant de lits et une bonne fluidité entre les différents services. Les lits de MPR, comme les lits de soins de suite, deviennent ainsi des enjeux importants pour les EPS, qui ne peuvent plus se permettre de garder en réanimation, en médecine ou en chirurgie des patients pour une durée supérieure à la durée moyenne de séjour (DMS) correspondant au groupe homogène de séjour (GHS), uniquement faute de places en SSR. Ce qui pose aussi la question de l'aval de ces services de SSR, une bonne fluidité sur l'ensemble de la chaîne de soins devant être maintenue. Les liens entre les différents services qui prennent en charge un même patient doivent être resserrés, afin de permettre des orientations les plus efficaces et les plus précoces possibles, c'est la notion de filière de soins.

L'avenir de la MPR semble donc passer par un renforcement de sa présence dans l'univers hospitalier, avec d'avantage d'ouverture vers les autres spécialités médicales et chirurgicales, pour assurer au mieux la continuité des soins donnés aux patients. Il passera également par plus d'ouverture vers les structures de prise en charge des personnes atteintes d'incapacités, afin de garantir la cohérence de leur parcours et la réalisation de leur projet de vie.

Forts d'un constat similaire, les Etats-Unis ont fait le choix d'un développement de l'offre de soins en MPR : c'est la discipline qui s'est le plus développée depuis 20 ans en nombre de médecins. La densité y est de 2,4 médecins MPR pour 100 000 habitants et devrait passer à 3,84 pour 100 000 d'ici 2020, tandis qu'elle est de 2,8 en France et de 2,6 en moyenne européenne¹¹.

B) La démographie médicale et l'évolution de la réglementation sur les SSR

Le développement de la MPR en France se heurtera aux limites de la démographie médicale, qui n'est pas favorable dans cette discipline. Selon une étude du Conseil national de l'ordre des médecins¹², les médecins MPR seraient 1792 au 1^{er} janvier 2006, tous modes d'activité confondus. La moyenne d'âge est de 47,6 ans et il y a 64% d'hommes. Selon le Syndicat français de MPR (SYFMER), le manque de spécialistes en MPR se fait sentir depuis 1998 et devrait s'accroître dans les 20 ans à venir avec le départ en retraite de 80% des médecins actuellement en activité. Depuis 2004, les départs en retraite ne sont plus compensés par l'arrivée de nouveaux médecins spécialistes en MPR. Aujourd'hui les étudiants se formant à la spécialité MPR ne sont que 75 toutes années confondues et 27 médecins spécialisés en MPR sortent chaque année. A ce rythme, les effectifs en médecins MPR devraient diminuer de 30% d'ici 2020 : 350 médecins en moins en 2010 et 680 en 2020. Cette baisse est supérieure à la moyenne des spécialités médicales qui est à 25%. La densité de médecins MPR qui est aujourd'hui de 2,8/100 000 habitants devrait passer à 1,32 d'ici 2020. Il faut également tenir compte de la féminisation importante de la profession, avec environ 2/3 d'étudiantes.

Cette évolution apparaît préoccupante au regard de l'augmentation prévisible des besoins. La création en 2004 d'un diplôme universitaire de médecine de rééducation, ouvert aux médecins généralistes désirant compléter leur formation initiale, pourrait permettre d'atténuer les difficultés démographiques. Mais la spécialité, relativement jeune, souffre encore d'un manque de lisibilité et d'attractivité auprès des étudiants en médecine et des décideurs politiques, hospitaliers et universitaires.

¹¹ Données de la Fédération française de MPR (FEDMER)

¹² Conseil national de l'ordre des médecins. *Etude n°39*, juin 2006.

Le développement de la MPR sera également conditionné par l'évolution de la réglementation sur les SSR et de leur tarification. Selon les décrets du 31 janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins et du 6 mai 2005 relatif à l'équipement et à l'organisation sanitaire, la MPR entre en effet dans la catégorie des SSR, mais elle se distingue des soins de suite en tant que « rééducation et réadaptation fonctionnelles ». Les activités de MPR sont donc toujours financées par dotation globale et non par tarification à l'activité comme les activités de MCO.

Deux décrets, réformant et clarifiant le régime des autorisations d'activités de SSR ont été approuvés par le Conseil national de l'organisation sanitaire et sociale du 6 septembre 2007 et devraient être publiés d'ici le début de l'année 2008. Actuellement, les autorisations, qui avaient été à l'origine conçues pour le seul secteur privé, sont délivrées de façon différenciée aux soins de suite et à la RRF, par type de population et de prise en charge. Il en résulte une grande complexité, du fait de la grande diversité et des contours flous des activités de ces structures, souvent à la limite des soins de suite et de la rééducation, notamment en ce qui concerne la prise en charge des personnes âgées.

Le premier projet de décret en Conseil d'Etat vise à délivrer des autorisations indifférenciées pour les soins de suite et la RRF, afin de donner plus de lisibilité. Trois modalités d'autorisation sont prévues :

- Les établissements de santé autorisés en SSR
- Les établissements de santé autorisés en SSR, dont l'autorisation mentionne qu'ils prennent en charge, à titre exclusif ou non, des enfants ou des adolescents.
- Les établissements de santé autorisés en SSR, dont l'autorisation précise qu'ils prennent en charge des affections ou catégories de patients spécifiques : les affections de l'appareil locomoteur, les affections du système nerveux, les affections cardio-vasculaires, les affections respiratoires, les affections du système digestif, métabolique ou endocrinien, les affections onco-hématologiques, les affections des brûlés, les affections liées aux conduites addictives, les affections de la personne âgée polyopathologique dépendante ou à risque de dépendance.

Chaque établissement pourra être autorisé sur une ou plusieurs activités, en fonction du SROS et de ses objectifs quantifiés, ainsi que de son plateau technique et humain. Les activités de MPR entreraient alors dans le champ des pathologies locomotrices et neurologiques, la double autorisation pour les pathologies locomotrices et neurologiques étant réservée exclusivement aux médecins spécialistes en MPR. Il est à noter que les soins de rééducation post-réanimation entreraient dans le champ des affections neurologiques ou respiratoires.

Le projet de décret intègre également une dimension territoriale nouvelle, avec une distinction entre les activités de recours, avec les types de prises en charge susmentionnées, et les activités de proximité avec des soins de suite et de réadaptation polyvalents. Cette nouvelle réglementation supprimera donc la distinction traditionnelle entre soins de suite et RRF, au profit de la notion de SSR spécialisés, avec une organisation territoriale graduée.

Le 2^e projet de décret simple fixe les conditions techniques de fonctionnement des structures autorisées, par exemple les conditions matérielles et humaines de fonctionnement des plateaux techniques. Un dispositif transitoire permettra aux structures actuellement identifiées en RRF d'accéder à une autorisation en SSR spécialisé dès qu'elles en rempliront les conditions. Ce sera un gage de spécialisation, de médicalisation suffisante de ces structures et de qualité de la prise en charge.

Cette nouvelle réglementation devrait entraîner une révision des SROS III par un avenant SSR, dans un délai de 18 mois, ainsi qu'une mise en conformité des autorisations en cours, dans un délai de 2 ans.

Cette réforme ne pourra se faire sans celle du financement des SSR. Les SSR publics, aujourd'hui financés en dotation globale, devraient en effet entrer dans le champ de la tarification à l'activité à l'horizon 2010-2011, après une phase d'expérimentation¹³. Une première version de l'échelle nationale des coûts (ENC) spécifique aux SSR a été publiée en 2000, mais elle a aujourd'hui besoin d'être révisée. Une nouvelle ENC pour baser les tarifs en SSR est à l'étude, sur la base de quatre éléments :

- La valorisation de l'activité, prenant en compte les spécificités des SSR.
- Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), en lien avec les orientations du SROS.
- Les médicaments onéreux, afin de favoriser l'accès aux innovations, mais aussi de favoriser les flux entre MCO et SSR, en permettant des délégations de traitements, par exemple en matière de dialyses.
- Les plateaux techniques spécialisés, en lien avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

Le démarrage du nouveau recueil ENC devrait débuter en juillet 2008, pour obtenir une nouvelle classification et de nouveaux tarifs en 2010.

Un modèle simplifié de transition pourrait s'appliquer à partir de 2009. Les enjeux de cette réforme du financement des SSR sont :

- Une cohérence avec le financement MCO et avec la nouvelle réglementation sur les SSR. En effet, la différence de financement entre le MCO et les SSR entraîne aujourd'hui des distorsions.

¹³ Mission T2A : *Vers un modèle de financement à l'activité pour le champ du SSR.*

- Une compensation juste des transferts de charges des activités MCO vers les SSR (du fait de la T2A en MCO), ce qui est indispensable à la mise en place de filières de soins.
- La prise en compte de la diversité et de la spécificité des SSR et de la dépendance, avec des indicateurs pertinents.
- L'accompagnement du développement des alternatives à l'hospitalisation.

Au regard de ces différents éléments, l'offre de soins de MPR en Auvergne apparaît inadaptée et nécessite une recomposition.

1.2. Une offre de MPR inadaptée en Auvergne

1.2.2. Une offre parcellisée, qui ne répond pas aux besoins actuels

A) Deux services publics de MPR de référence régionale

Au niveau de la région Auvergne, 5 services hospitaliers publics exercent une activité de MPR : le service de MPR du CH de Vichy (Allier), celui du CH de Moulins, celui du CH du Puy en Velay (Haute-Loire), celui du CHRU de Clermont-Ferrand et celui du CHGT de Riom (Puy de Dôme)¹⁴. Les deux services du CHRU et du CHGT, exercent une mission de recours et de référence à l'échelle régionale, les autres assurant plutôt une offre de proximité.

Le service de MPR du CHRU, basé sur le site Hôpital Nord, sur la commune de Cébazat (à 10 km de Clermont-Ferrand), dispose d'une capacité autorisée de 39 lits, dont 33 sont réellement utilisés. Rattaché au pôle Rhumatologie-MPR-Neurosciences-Douleur (RMND) du CHRU, ce service joue un rôle de proximité, de recours et de référence régionale. Il accueille en effet des patients en provenance de l'ensemble de l'Auvergne, en consultation ou en hospitalisation, complète ou de jour, pour des bilans concernant des pathologies chroniques invalidantes ou suite à un traumatisme ou accident ayant entraîné des lésions. Le service dispose d'une unité d'évaluation du handicap et il est labellisé comme site pour la vie autonome (SVA).

En 2006, le service a accueilli en hospitalisation complète 330 patients, avec une DMS de 29,3 jours¹⁵. La moyenne d'âge des patients était de 59,2 ans, et il s'agissait à 55,4% de femmes. Les patients provenaient à 94,9% de la région Auvergne, à 81,1% du Puy de Dôme et à 44,3% de l'agglomération clermontoise. Ils provenaient à 33% d'une

¹⁴ Cf. Annexe 5 : Carte des implantations d'activités de SSR en Auvergne.

¹⁵ DIM du CHRU. *Tableau de bord du service de MPR*. Année 2006.

unité d'hospitalisation de courte durée du CHRU, à 33% du domicile et à 31,6% d'une unité d'hospitalisation de courte durée hors CHRU. Les manifestations morbides principales les plus fréquemment traitées étaient : la présence d'implants d'articulation orthopédique (27,2%), une ankylose articulaire (17,8%), une hémiplégie spastique (17,1%), la présence d'implants osseux et tendineux (9,5%), une mobilité restreinte (7,8%), une algoneurodystrophie (4,1%), une douleur au niveau d'un membre (2,3%). Concernant la sortie, 83,5% des patients regagnaient leur domicile, 7,3% une unité d'hospitalisation de courte durée du CHU, 6,2% une structure SSR hors CHRU, 2,2% une structure de soins de longue durée hors CHRU.

En hospitalisation de jour, le service a accueilli 81 patients, pour 1 438 journées. La moyenne d'âge était de 43,4 ans. Les manifestations morbides principales les plus fréquentes étaient : une ankylose articulaire (37,1%), une mobilité restreinte (29,3%), la présence d'implants osseux et tendineux (8,4%), des symptômes et signes relatifs aux fonctions cognitives et à la conscience (5,7%), une hémiplégie spastique (4,7%).

Le service rencontre aujourd'hui un certain nombre de difficultés. Tout d'abord, l'absence d'un Professeur des universités et praticien hospitalier (PUPH) spécialisé en MPR et d'un poste d'enseignant spécialiste de MPR à la faculté de médecine. La chefferie de service est actuellement assurée par un PUPH rhumatologue, qui se rend sur place deux demi-journées par semaine. L'absence de PUPH dédié au service de MPR pose un problème de couverture médicale, mais aussi de connaissance et de reconnaissance de la discipline au sein du CHRU. Concernant l'enseignement en MPR, le volume d'enseignement théorique en formation initiale à la faculté de médecine est faible, avec une implication limitée des équipes locales. Le nombre de spécialistes en MPR en formation au CHRU est très faible, de l'ordre d'un interne tous les 4 ans. Le service exerce une petite activité de recherche, avec 2 PHRC locaux en cours, malgré l'absence de moyens dédiés. Aucun enseignant chercheur n'est accueilli, il n'existe pas de convention avec des équipes de recherche labellisées.

Le service rencontre également des difficultés importantes du fait de l'exiguïté et de l'obsolescence de ses locaux. Le plateau technique, construit dans les années 1970, ne répond plus aux besoins actuels, malgré certains aménagements. Les chambres d'hospitalisation sont encore majoritairement des chambres à 2 lits, avec un espace insuffisant pour la circulation de fauteuils roulants.

Les 13 chambres à 1 lit sont destinées prioritairement aux patients présentant des affections neurologiques, dont la charge en soins est plus lourde. Mais du fait du manque de chambres à 1 lit et de l'insuffisance du ratio de personnel par rapport au nombre de lits, le service est contraint de refuser l'admission de nombreux patients nécessitant une charge en soins importante. De ce fait, le service ne joue pas complètement le rôle qu'il devrait jouer, de recours et de référence. Selon un praticien du service, seulement une

quinzaine de lits sont dédiés à de la rééducation de « niveau CHU ». D'autant plus que la faible capacité du service, par rapport à d'autres CHU, qui disposent d'une centaine de lits, ne lui permet pas de se spécialiser dans un ou des domaine(s) d'excellence.

Les refus d'admission engendrent des difficultés dans les services d'amont, notamment de neurologie et de neurochirurgie, pénalisés par des DMS trop longues. Il peut arriver que des patients restent plusieurs mois dans ces services, alors que leur état ne le justifie plus, du fait de l'absence de places disponibles en service de rééducation. Or, dans le cadre d'une montée en charge de la T2A, ces dépassements de la DMS de référence constituent des trappes de financement, qui pénalisent la situation de l'établissement et du pôle d'activité. En effet, la partie de la durée de séjour qui se situe au-delà de la durée de séjour correspondant au GHS et en deçà de la borne haute (permettant la facturation d'un supplément) n'est pas prise en compte.

Enfin, le service de MPR est handicapé par son éloignement du site principal du CHRU, des consultations spécialisées, du plateau technique d'imagerie (scanners et IRM) et des services de dialyses. Une convention a été passée avec le CHGT, plus proche, disposant d'un scanner, afin de réduire les temps d'attente et de transports.

Le service de MPR du CHEC d'Enval dispose d'une capacité autorisée de 105 lits et 3 places. Le CHEC, ancien sanatorium, est un établissement de 166 lits et places autorisés, orienté exclusivement sur le moyen séjour : soins de suite et MPR. Le service de MPR accueille des patients de l'ensemble de la région, en consultation et en hospitalisation traditionnelle ou de jour. Selon le rapport de gestion 2006, 37% des patients accueillis en MPR présentaient des affections traumatologiques, 36,5% des affections orthopédiques, 19,5% des affections neurologiques, 3,5% des affections vasculaires et 3,5% des affections rhumatologiques. Une diminution de la part des malades neurologiques lourds peut s'observer sur les dernières années : les TC sont passés de 37 en 1997 à 20 en 2006 ; les paraplégies récentes de 12 en 1997 à 8 en 2006. En 2006, sur 66 refus d'admission, 43 concernaient ce type de patients neurologiques. On peut également observer une augmentation de la part des patients provenant des cliniques, passant de 28% en 1997 (contre 39% venant du CHRU) à 43,4% en 2006 (34,4% pour le CHRU).

Ce service rencontre également un certain nombre de difficultés. Les locaux, anciens, sont inadaptés. Les chambres à 3 lits ont été supprimées récemment, ce qui a entraîné une baisse du taux d'occupation (seulement 88 lits sur les 105 autorisés sont utilisés). Les chambres à 2 lits, qui restent majoritaires, ne permettent pas la prise en charge optimale des patients lourds, notamment neurologiques, d'où les refus d'admission. L'établissement s'est engagé dans un programme de réhabilitation de ses

locaux, mais il concerne dans un premier temps l'aile de soins de suite indifférenciés et l'ARH est pour l'instant opposée au lancement d'une deuxième tranche pour l'aile de rééducation.

L'isolement du CHEC, peu facile d'accès, limite également les possibilités d'admissions en MPR de patients nécessitant des consultations spécialisées, des examens d'imagerie et/ou des dialyses. Comme le service de MPR du CHRU, ce service ne joue pas le rôle de recours et de référence qu'il pourrait jouer et n'est pas dans la mesure de répondre de manière optimale aux besoins en rééducation sur le territoire.

B) Les services de rééducation privés

Il existe en outre des établissements de RRF privés. Dans l'Allier, le Centre de rééducation de Nérès les Bains offre une capacité de 59 lits et 8 places. Dans le Cantal, le Centre de rééducation de Chaudes Aigues dispose d'une capacité de 62 lits. Le Puy de Dôme concentre donc la plupart de l'offre privée auvergnate de RRF.

Le Centre de RRF Notre Dame à Chamalières, établissement privé participant au service public hospitalier (PSPH) dispose d'une capacité de 48 lits et 24 places. Cet établissement accueille 30 à 40% de patients du CHRU, dont environ 8% de patients neurologiques. Son orientation est donc plutôt axée sur la traumatologie et la rhumatologie.

Le Centre de RRF pour personnes âgées Michel Barbat, à Clermont-Ferrand, établissement privé à but non lucratif dispose d'une capacité de 100 lits. Il accueille des personnes âgées (moyenne d'âge de 79 ans) nécessitant de la rééducation orthopédique notamment (seulement 10% de pathologies neurologiques). Il accueille principalement des patients venant de cliniques privées clermontoises (62%), mais a passé une convention avec un service de court séjour gériatrique du CHRU.

Le Centre de MPR de Pionsat, établissement privé situé à une centaine de kilomètres de Clermont, sur le territoire de santé de Montluçon. D'une capacité de 80 lits, cet établissement accueille des patients neurologiques lourds. Une convention a été passée entre le centre et le CHRU pour la prise en charge en rééducation des TC. Le centre dispose également d'un foyer d'accueil médicalisé (FAM) de 38 places accueillant des personnes lourdement handicapées, dont les TC (6 places).

Le centre de RRF du Centre médical infantile de Romagnat, dispose de 60 lits pour les enfants et adolescents nécessitant des soins de RRF. Une convention a été passée entre le CHRU et le centre.

La clinique médicale de cardio-pneumologie de Durtol, accueillant des personnes nécessitant des soins de rééducation cardiologique et pneumologique.

Le département n'est pas le théâtre d'une véritable concurrence entre les différentes structures publiques et privées de rééducation, aucun service ne rencontrant de difficultés de recrutement. En revanche, on peut observer une concurrence récente entre le CHRU et les cliniques privées du territoire en ce qui concerne l'obtention de lits d'aval des services de court séjour, dont les lits de MPR, les pressions à la baisse des DMS ayant fait ressortir des besoins accrus.

1.2.2. La nécessité d'une réorganisation de l'offre inscrite dans le SROS III

A) Une offre de soins inadaptée et insuffisamment coordonnée

Sur le département du Puy de Dôme, le taux d'équipement en lits et places de SSR est supérieur à la moyenne nationale: 0,73/1000 pour la RRF (0,54 en moyenne nationale) au 1^{er} janvier 2005 et 1,89/1000 (contre 1,59 en moyenne nationale) pour les soins de suite¹⁶. Mais l'indice de vieillissement (nombre de personnes de plus de 60 ans pour 100 personnes de moins de 20 ans) y est nettement supérieur: 75,8 contre 64,3 en moyenne nationale¹⁷.

Si l'offre de SSR semble quantitativement suffisante, elle est relativement mal organisée et inadaptée aux besoins. Pour la RRF, le secteur public représente le tiers des lits d'hospitalisation, répartis sur deux services qui n'ont ni l'un ni l'autre les moyens de jouer un vrai rôle de recours et de référence. Leur taille critique insuffisante les empêche de développer des domaines complémentaires d'excellence et les cantonne à des activités de rééducation généraliste. L'insuffisance des alternatives à l'hospitalisation est criante, en témoigne le taux d'occupation à 237% en 2006 des 3 places d'hôpital de jour du service de Clémentel. De plus, les 2 services n'ont pas d'action concertée. Un projet récent de création d'une fiche d'admission commune aux deux services a échoué. De plus, les liens avec les services d'amont de réanimation, de médecine et de chirurgie ne sont pas suffisamment formalisés, il n'y pas de travail en filières de soins, du fait de l'absence de lits dédiés à des types de pathologies.

La coordination avec les structures privées est également insuffisante, même si la création à la demande de l'ARH d'une consultation pré chirurgicale d'orientation au centre de rééducation fonctionnelle Notre Dame, afin d'orienter à l'avance les patients qui vont être opérés vers une structure de rééducation, a apporté des améliorations.

¹⁶ Données STATISS

¹⁷ ARH-URCAM. *Organisation du système de santé auvergnant : diagnostic partagé*. Dec 2004, p. 10.

B) Les préconisations du SROS III

Ce constat est repris en première partie du SROS III pour la période 2006-2011¹⁸. Le volet SSR du SROS affirme la nécessité d'une réorganisation de l'offre de soins en RRF sur la région Auvergne¹⁹. Il préconise tout d'abord la création d'un poste de PUPH de MPR pour la région. Il prévoit ensuite, à proximité des plateaux techniques, l'identification de pôles référents en RRF par pathologies, avec un travail en filières de soins.

La nécessité de mieux articuler les services de RRF avec les services d'amont et d'aval est bien soulignée : par exemple la création de consultations avancées dans les services d'amont, pour une évaluation globale, médicale et médico-sociale du patient et une orientation immédiate, dès le court séjour, y compris la préparation du retour à domicile, après la phase active de rééducation. Un développement des alternatives à l'hospitalisation complète est également préconisé : places d'hôpital de semaine et de jour. Le SROS prévoit également le développement de l'accompagnement vers le médico-social et le domicile des personnes accueillies dans les services de RRF.

Concernant les TC et les blessés médullaires, une filière de prise en charge spécifique est à mettre en place. Elle doit s'organiser autour d'un centre de RRF à orientation neurologique qui doit répondre à toutes ses missions de rééducation, de réadaptation et de réinsertion. Le rôle pivot de ce centre doit permettre une articulation avec d'une part les structures d'amont que sont les services de réanimation neurochirurgicale, chirurgicale ou polyvalente ayant l'expertise de la réanimation des TC et des blessés médullaires, pour une prise en charge précoce, et d'autre part en aval avec le dispositif de suivi médical, médico-social et social. Ce centre à orientation neurologique doit disposer de modalités de prise en charge en unité d'éveil. Cette unité assure la stimulation et la surveillance de l'état neurologique, des paramètres vitaux et hémodynamiques des patients à la sortie des unités de soins aigus ou de réanimation. Elle doit pouvoir bénéficier de l'avis de réanimateurs, neurochirurgiens et neuroradiologues 24 heures sur 24, soit sur place soit par télé médecine.

Située au mieux à proximité d'une unité de réanimation, permettant ainsi de remédier à une éventuelle complication grave, cette unité accueille des TC non dépendants d'une technique de ventilation artificielle, en hospitalisation complète (autres que celle en unité d'éveil), de semaine et de jour.

Concernant les personnes victimes d'AVC, il convient d'optimiser la prise en charge des patients dès la phase aiguë afin de limiter les conséquences et le handicap potentiel qui peut en résulter, par : la définition de critères d'orientations liés à la problématique médicale du patient, le développement des consultations avancées de soins de suite ou de rééducation et réadaptation fonctionnelle en court séjour, l'orientation

¹⁸ SROS III Auvergne 2006-2011, partie I, pages 11-14.

¹⁹ SROS III Auvergne 2006-2011, partie II, pages 62-65.

du patient à proximité de son environnement familial (territoire de santé). Pour ces patients, il convient de développer l'accompagnement vers le secteur médico-social et l'aide à domicile. Sachant que l'indice de surmortalité due aux maladies cérébrovasculaires est de 106,7 en Auvergne contre 100 en moyenne nationale²⁰, l'amélioration de cette prise en charge est un enjeu de santé publique.

Concernant les enfants et les adolescents, un seul établissement de RRF au niveau régional aura vocation à recevoir des enfants âgés de 0 à 17 ans (inclus) issus de la région, voire d'autres régions.

L'annexe opposable du SROS²¹ prévoit une organisation territoriale graduée de la prise en charge en SSR :

- au niveau régional : la création d'un poste de PUPH de MPR, d'un centre de SSR pédiatrique de référence, d'une unité de RRF à orientation neurologique pour la prise en charge des traumatisés crâniens et des blessés médullaires.
- au niveau des 9 territoires de santé : un ou plusieurs services de RRF en propre ou par voie de convention, en hospitalisation classique et de jour.
- au niveau de proximité : une structure d'HAD, les services de soins de suite des hôpitaux locaux.

Sur le Territoire de santé du « Grand Clermont »²², qui regroupe entre autres les communes de Clermont-Ferrand, Riom et Enval, l'annexe opposable prévoit :

- un développement des alternatives à l'hospitalisation dans les structures publiques et privées en matière de RRF.
- une amélioration des filières d'aval par réorganisation des soins de suite, entre le CHRU, le CHGT et le CHEC. Le tableau des objectifs quantifiés et la carte des implantations des activités de RRF prévoient une disparition des activités de RRF du CHEC et leur transfert au CHGT.

²⁰ ARH-URCAM. *Organisation du système de santé auvergnat. Diagnostic partagé de l'offre de soins*. Dec 2004, p.10.

²¹ SROS III Auvergne 2006-2011, annexe 2, page 103 et annexe 3, pages 147 à 149 et 186.

²² Cf. Annexe 4 : découpage de la région Auvergne en Territoires de santé.

1.3. Un projet d'adaptation et de développement de l'offre publique de MPR sur le territoire nord clermontois

1.3.1. La MPR dans les projets d'établissements du CHRU et du CHGT

Les projets d'établissement 2006-2009 du CHRU de Clermont-Ferrand et 2007-2010 du CHGT prennent acte des préconisations du SROS III pour une réorganisation des activités de soins de suite et de RRF entre le CHRU, le CHEC et le CHGT. Une restructuration de l'activité de RRF, dans le cadre d'un partenariat entre les 3 établissements est prévue en deux étapes :

- Tout d'abord la constitution d'une équipe médicale commune en MPR entre le CHRU et le CHEC, avec la création d'une fédération médicale inter-hospitalière (FMIH) et la conception d'un projet médical commun.
- Ensuite, un regroupement des deux services actuels sur le site du CHGT, avec la création d'un nouveau service hospitalo-universitaire et d'un poste de PUPH de MPR à la faculté de médecine de Clermont-Ferrand. Ce qui permettrait un développement de l'enseignement de MPR, la création d'un poste d'interne par an et la création d'un poste de chef de clinique-assistant. Le service de MPR, d'une capacité totale de 104 lits et places doit être organisé en plusieurs unités :
 - o Une unité à orientation neurologique de 34 lits, permettant la prise en charge de deux catégories de patients. Tout d'abord les sujets jeunes souvent victimes d'accidents, les TC graves qui passent par une phase de coma plus ou moins prolongée et les blessés médullaires qui sont atteints de para ou de tétraplégie. Ensuite, les sujets d'âge plus variables atteints de maladies neurologiques d'origine médicale : hémiplegie vasculaire, ruptures d'anévrisme intracrânien et anoxie cérébrale secondaire à un arrêt cardiaque et qui aboutit à un tableau d'état végétatif chronique (EVC).
 - o Une unité polyvalente de 30 lits, remplissant des missions de proximité en orthopédie et traumatologie, assurant le suivi des sportifs, l'appareillage des amputés, la prise en charge des patients lombalgiques chroniques et la prise en charge des pathologies du membre supérieur.
 - o Une unité d'hospitalisation de semaine de 30 lits.

- Une unité d'hospitalisation de jour de 10 places, conformément à une circulaire du 31 décembre 1997 relative aux orientations en matière d'organisation des SSR²³: « Il convient de veiller au développement d'alternatives à l'hospitalisation à temps complet et notamment à l'hospitalisation de jour ».
- Une structure de consultation et de suivi externe.

La baisse de 20 lits par rapport au nombre actuel de lits et places utilisés sur le CHU et de le CHEC devrait en outre permettre la création d'une unité d'accueil des EVC de 8 lits, répondant aux exigences posées par une circulaire du 3 mai 2002 relative à la création d'unités de soins dédiées aux personnes en état végétatif chronique ou en état pauci relationnel²⁴. Est également prévue la création d'une unité d'accueil précoce de post-réanimation de 10 lits, pour la prise en charge en rééducation immédiate, à la sortie du service de réanimation, des patients neurologiques gravement atteints. Cette unité serait située sur le site Saint Jacques du CHU, à proximité immédiate des unités de réanimation et du plateau technique d'imagerie (logique universitaire).

La création de places d'hospitalisation à domicile (HAD), en propre ou par voie de convention, est en outre envisagée.

Ce projet de restructuration de la MPR a été inscrit dans le CPOM, signé en mars 2007 par le directeur de l'ARH Auvergne, le Directeur général du CHRU, le président de la Commission médicale d'établissement (CME) et le doyen de la faculté de médecine. Le projet respecte en effet les orientations du SROS en permettant la constitution de pôles de référence et de filières de soins, identifiés par pathologies, notamment les pathologies neurologiques. Il prévoit également le développement des alternatives à l'hospitalisation, avec de l'hospitalisation de semaine, de jour et à domicile. Ce projet s'inscrit également dans le cadre du projet de décret sur les SSR, avec deux orientations : les pathologies neurologiques et les pathologies locomotrices.

1.3.2. Une 1ère étape, la fédération médicale inter-hospitalière de MPR

La fédération médicale inter-hospitalière (FMIH) de MPR, entre le CHRU et le CHEC, première étape du projet de réorganisation des activités publiques de MPR sur le territoire nord clermontois a été mise en place fin 2006, après l'accord du Conseil d'administration des deux établissements. La FMIH, régie par l'article L. 6135-1 du Code de la santé publique (CSP), offre en effet la possibilité à 2 ou plusieurs EPS de regrouper dans une structure unique certains de leurs départements ou services.

²³ Circulaire DH/EO4/97 n° 841 du 31 décembre 1997 relative aux orientations en matière d'organisation des soins de suite et de réadaptation

²⁴ Circulaire n°DHOS/02/DGS/SD5D/DGAS/2002-288 du 3 mai 2002 relative à la création d'unités de soins dédiées aux personnes en état végétatif chronique ou en état pauci relationnel.

Cette FMIH de MPR devait permettre la mise en place d'une équipe médicale unique entre les 2 services de MPR existants, au-delà des liens formels qui existent déjà entre les personnels médicaux, afin de préparer le regroupement des deux services sur un seul site. Concrètement, elle devait se traduire par :

- La mise en commun des moyens médicaux : 3 emplois de praticiens hospitaliers (PH) pour le CH Clémentel et 2 emplois de PH et d'un PUPH pour le CHRU.
- La mutualisation des moyens médicaux pour les périodes d'absence.
- Le développement d'une organisation commune à l'entrée des patients, de façon à optimiser la prise en charge.
- Des réunions communes pour les orientations thérapeutiques.

Dans les faits, cette fédération n'a pas encore vraiment changé le fonctionnement des deux équipes médicales, qui gardent pour l'instant surtout des liens informels, comme les concertations pour les admissions de patients, ou encore les vacances d'un médecin du service du CHEC sur le service du CHRU.

1.3.3. Une 2^e étape : la création d'un nouveau service hospitalo-universitaire

La deuxième étape du projet de réorganisation de la MPR sur le territoire nord clermontois, avec le regroupement des 2 services existants en 1 seul service sur le site du CHGT de Riom, est prévue à l'horizon 2010, avec l'achèvement de la construction d'un bâtiment neuf dédié.

Le recrutement d'un PH, destiné à devenir le PUPH chef du service de MPR (la création d'un poste pour la MPR à l'unité de formation et de recherche (UFR) de médecine est inscrite dans le CPOM pour 2010 est prévu pour 2008. Il permettra d'affiner la première version du projet médical pour le nouveau service de MPR, qui a servi de base aux projets d'établissement et à la définition des besoins pour le projet architectural. Un rapprochement a été opéré avec le service de MPR du Professeur Gautheron au CHU de Saint Etienne, disposant déjà d'une longue expérience hospitalo-universitaire et qui pourra donc permettre un encadrement du projet clermontois et une formation du futur PUPH. Le but étant de permettre l'émergence d'un pôle régional de référence en MPR, pour les soins, la recherche et l'enseignement, bénéficiant d'une réelle reconnaissance auprès des autres spécialités médicales, des étudiants, des usagers, des décideurs hospitaliers et politiques, de l'ensemble des structures intervenant également dans la prise en charge des personnes soignées en MPR.

Ce nouveau service de MPR, disposant d'une capacité critique permettant de développer une spécialisation dans la prise en charge des pathologies neurologiques,

devrait permettre une amélioration de la réponse aux besoins de soins de rééducation et de réadaptation.

En contact avec les structures d'amont (services de réanimation neurochirurgicale et chirurgicale notamment), il devra être en mesure d'assurer une prise en charge suffisamment précoce des patients, dès leur sortie du bloc et après leur stabilisation sur le plan de la réanimation. En contact avec les structures d'aval, il permettra d'activer le dispositif de suivi médical, médico-social et social et de préparer la réinsertion au domicile et le suivi secondaire tant pour le patient que pour sa famille.

Le service devrait également poursuivre les activités de recherche en cours et élaborer de nouveaux projets, en particulier dans le cadre de PHRC, en s'associant à des équipes de référence sur le plan national et à des équipes locales labellisées.

Afin d'assurer le pilotage de ce projet architectural et médical ambitieux, un comité de pilotage a été constitué, regroupant des directeurs du CHRU, du CHEC et du CHGT, des médecins et des cadres des deux services de MPR, ainsi que le futur PUPH chef du service de MPR et le P. Gautheron de Saint Etienne.

Ce projet de recomposition de l'offre de soins en MPR illustre la nouvelle stratégie de territoire qui se développe entre le CHRU, le CH d'Enval et celui de Riom.

2. La MPR, exemple d'une nouvelle stratégie de service public de territoire, dans une logique « gagnant-gagnant » entre le CHRU et les CH

2.1. La réorganisation des activités de MPR, projet phare du territoire nord clermontois

2.1.1. La stratégie d'ouverture du CHRU sur son territoire

A) L'ouverture, pilier du projet d'établissement du CHRU

Le projet de réorganisation de la MPR entre le CHRU, le CH de Riom et le CH Clémentel symbolise bien la stratégie d'ouverture du CHRU sur son territoire, pilier de son projet d'établissement 2006-2009. Cette ouverture se traduit aujourd'hui à différents niveaux :

- Au niveau international, avec des coopérations avec :
 - o Le Burkina Faso : convention de partenariat ESTHER pour la prise en charge du VIH avec le CH de Ouagadougou et jumelage, avec des échanges de personnels et l'accompagnement par le CHU de la réforme hospitalière burkinabaise.
 - o Le Vietnam : accords de coopération avec l'Hôpital cardiologique, l'Hôpital Viet Duc et la faculté de médecine de Hanoï, pour des échanges de personnels et des dons de matériels.
 - o Le Québec : partenariat avec l'Hôpital du Sacré Cœur de Montréal avec des échanges de professionnels et l'organisation d'un colloque scientifique commun chaque année.
- Au niveau interrégional : avec la constitution de l'interrégion Rhône-Alpes-Auvergne, selon un arrêté du 24 janvier 2006, fixant les groupes de régions prévus à l'article L. 6121-4 du CSP. Cette interrégion s'est traduite concrètement par un schéma interrégional d'organisation sanitaire (SIOS) et des conventions de partenariat entre le CHU de Clermont-Ferrand, le CHU de Saint Etienne, les Hospices Civils de Lyon (HCL) et le CHU de Grenoble, notamment en matière de chirurgie cardiaque, de neurochirurgie, ou encore de recherche sur le cancer. L'objectif étant de permettre la constitution de centres de référence et d'expertise ayant une taille critique suffisante pour rayonner au niveau national et international. Cette ouverture interrégionale est indispensable pour l'Auvergne, petite région d'1,3 millions d'habitants.

- Au niveau régional, avec le « G6 », groupement des EPS principaux de la région : le CHU, les CH de Vichy, Moulins, Montluçon, le Puy en Velay et Aurillac.
Ce groupement a vocation à développer les échanges d'expériences et favoriser des coopérations relatives au personnel médical dans différentes disciplines (réanimation médicale, neurologie, radiologie...) avec des praticiens du CHU qui interviennent dans les établissements du G6 et inversement. On peut également noter la participation du CHU à des réseaux de santé régionaux, tels que le Réseau de soins périnataux d'Auvergne, le réseau PARAD pour la prise en charge des personnes alcooliques, le réseau VIH et le réseau Hépatite C.
- Au niveau départemental, avec, entre autres, la création de 3 FMIH : en anesthésie-réanimation avec les CH d'Issoire, de Riom et de Thiers, en radiologie, avec le CH d'Issoire, en pédopsychiatrie avec le CH de Thiers.
- Au niveau infra départemental, avec notamment :
 - o La constitution d'un GCS entre le CHU et le Centre de lutte contre le cancer Jean Perrin.
 - o Des liens très étroits entre le CHU, le CHGT et le CHEC, avec notamment le projet de création d'un nouveau service commun de MPR.

B) Une stratégie d'ouverture semblable à celle des Hospices Civils de Lyon

On retrouve une telle politique d'ouverture, à différents niveaux, dans le projet d'établissement des Hospices Civils de Lyon (HCL) voté en septembre 2005. Les HCL représentent un poids essentiel en termes d'activité au sein de la région Rhône-Alpes : 50% des lits sur le Grand Lyon et 2/3 de l'activité des trois CHU de la région : Lyon, Saint Etienne et Grenoble. La volonté affichée des HCL, vraie révolution culturelle qui ne se déroule pas sans résistances, est d'avoir une maîtrise partagée de l'activité dans la région et non plus d'étendre leur offre de soins au détriment des établissements périphériques (ce que dicterait une logique stricte de T2A). Le projet médical précise les objectifs :

- Augmenter les activités de recours, de référence, d'innovation et de recherche, marque distinctive d'un CHU, avec le concours des services cliniques des établissements périphériques.
- Aider les CH à maintenir leur rôle sur leur bassin, limiter leur perte de clientèle, afin qu'ils puissent rester des établissements pivots et adresser en fonction de recours les patients au CHU, plutôt que de laisser le champ libre aux réseaux du secteur libéral.

Concrètement, cette politique d'ouverture se traduit par des contrats cadres avec des CH périphériques, mais aussi des établissements privés non lucratifs. Ces contrats sont structurés sur la base de projets et du respect du principe de « préférence », portant sur un périmètre étendu et définissant de façon équilibrée les relations entre les

établissements : le CHU ne doit pas être vu comme un pourvoyeur à titre gratuit de prestations, sans engagement de retour.

Les conventions sont basées sur des relations entre équipes, avec un projet médical autour d'une filière, d'une pathologie, ou d'un traitement à mettre en œuvre. Ce fut par exemple le cas avec le CH de Villefranche en matière de cardiologie et d'urologie.

Pour mener cette politique de coopérations, la direction de la stratégie des HCL s'appuie sur une connaissance fine de la structuration de la consommation de soins des territoires :

- L'analyse de la consommation des séjours par domaine, du bassin considéré, ce qui suppose d'avoir procédé à la segmentation stratégique des activités, afin de visualiser les parts de marché prises en charge par le secteur libéral. Cette méthode a par exemple permis de montrer que le marché du traitement des coronaires sur le bassin du CH de Villefranche était dominé aux $\frac{3}{4}$ par les cliniques privées lyonnaises.
- La confrontation des divergences de représentations institutionnelles et médicales et l'approche des faiblesses communes. Dans l'exemple du bassin de Villefranche, on a pu montrer la part prépondérante de l'urologie libérale par absence d'offre dans l'hôpital pivot.

C) Une ouverture indispensable dans le contexte actuel des EPS

Une politique d'ouverture à différents niveaux des CHU sur leur territoire apparaît ainsi indispensable dans le cadre des évolutions actuelles et des réformes des EPS :

- La T2A, qui a fait apparaître la notion de niveau critique d'activité pour l'ensemble des établissements de santé et de nouveaux besoins en lits d'aval, du fait d'une pression renforcée à la baisse des DMS.
- Les difficultés de recrutement des personnels médicaux, liées à la démographie médicale, qui touchent particulièrement les petits établissements.
- Les exigences accrues en matière de qualité des soins et de sécurité sanitaire, qui impliquent des réorganisations d'activités.
- La réforme de la planification sanitaire, avec l'exigence d'une organisation territoriale graduée dans les SROS de 3^{ème} génération et la notion de territoire de santé, cadre de projets médicaux de territoire. Les SROS III préconisent également le développement du travail en filières de soins entre les établissements de santé.
- L'exigence accrue pour les CHU de trouver un équilibre entre leurs missions de proximité (en concurrence directe avec les établissements privés), leurs missions de recours et de référence, la recherche et l'innovation, sources de financements spécifiques (MIGAC et MERRI). Cette exigence a été largement soulignée lors des

dernières Assises Hospitalo-universitaires à Marseille en janvier 2007, ou encore dans le rapport de Francis Giraud sur les missions des CHU :

« De l'équilibre entre les trois missions indissociables, soins, enseignement, recherche, érigées en principe, dépend le bénéfice que chacune tire des deux autres »²⁵. Cet équilibre est d'autant plus délicat à trouver avec la T2A, qui impose des seuils d'activité et une rémunération au tarif de référence, souvent inférieur aux coûts des CHU. Comment dans ce contexte développer un volume de production de soins suffisant tout en ne pénalisant pas les établissements périphériques et les activités de recherche et d'innovation ?

- L'exigence, dans ce contexte, pour l'ensemble des EPS de préserver leur compétitivité face aux établissements privés, qui adoptent de plus en plus des stratégies de groupe et se positionnent sur des créneaux porteurs.

Dans ce contexte, les CHU et les CH doivent passer d'une logique de coopération subie, dictée par des situations de crise des CH et ne profitant pas vraiment aux CHU, à une logique de coopération prospective définissant une maîtrise partagée de l'activité, bénéfique pour tous. C'est dans ce sens que préconise Claude Evin : « une démarche des établissements dans le cadre d'une stratégie de groupe, comme promoteurs et développeurs et non comme pas comme de simples gestionnaires de l'existant »²⁶. La notion de « stratégie de groupe » a été reprise dans « L'Heure H ²⁷ » de la FHF : la 8^{ème} proposition préconise « l'encouragement des établissements hospitaliers et médico-sociaux à s'organiser en un ou plusieurs groupements de coopération porteur du projet de service public hospitalier de territoire, en associant les établissements de référence et de recours nécessaires ». La FHF invite ainsi à passer du concept traditionnel d'« établissements de santé » à celui de « territoire de santé » et de « service public de territoire ». L'enjeu est :

- Pour les CH, d'avoir une activité d'un niveau suffisant et de qualité, avec le personnel médical nécessaire.
- Pour les CHU, de trouver un juste équilibre entre leurs missions de proximité, de recours et de référence, ce qui implique de canaliser les flux sur le territoire de santé en s'appuyant sur les CH périphériques. Dans ce contexte, ces établissements ne doivent plus être vus comme des concurrents, mais comme des partenaires, des ressources.
- Pour l'ensemble des EPS, de ne plus se faire concurrence, mais de faire face à celle du secteur libéral, en coopérant dans le respect des rôles et fonctions de chacun et

²⁵ GIRAUD F. *Les CHU : réflexions sur l'évolution de leurs missions*. 2006, p. 39.

²⁶ EVIN C. *Allocation d'ouverture d'Hôpital Expo 2006*.

²⁷ FHF. *L'heure H : 65 propositions pour l'avenir du service public hospitalier*. 2006.

dans une logique « gagnant-gagnant », c'est-à-dire que la coopération ne doit pas profiter qu'à l'une des parties.

- Pour la population, d'avoir accès de manière égalitaire sur l'ensemble du territoire, à des soins de qualité, adaptés aux besoins.

C'est au niveau du territoire nord clermontois, que l'ouverture du CHU est la plus marquée, avec l'affirmation d'une véritable stratégie commune de « service public de territoire », avec les CHGT et CHEC, avec le projet de nouveau service de MPR.

2.1.2. Une stratégie de « service public de territoire » nord clermontois, concrétisée à travers le projet MPR

A) La constitution d'un « pôle inter hospitalier de territoire »

Sur le territoire nord clermontois, le CHRU, le CHEC et le CHGT ont souhaité dépasser les modèles coopératifs classiques, organiques (groupements de coopération sanitaire) ou fonctionnels (conventions de coopération, FMIH, réseaux de santé). Ils ont en effet constitué un « pôle inter hospitalier de territoire », avec une « équipe commune de direction de territoire ». Une convention de direction commune a été signée en novembre 2006 par les présidents des CA des 3 établissements, après approbation par les conseils. Elle a vocation à favoriser « la complémentarité entre les 3 établissements, la recherche d'économies de gestion, la finalisation d'un projet de territoire ».

La convention est établie pour une durée de 5 ans, avec une évaluation prévue à terme. Selon les articles 1 et 4 du décret n°2005-920 du 2 août 2005, les EPS mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article 2 de la loi du 9 janvier 2006 peuvent en effet être gérés par une convention de direction commune. Trois conditions doivent être réunies :

- Un accord préalable du Ministère de la santé, car la constitution d'une direction commune affecte la gestion du corps des directeurs d'hôpitaux. Cette compétence pourra être transférée au nouveau Centre national de gestion.
- Une délibération identique des CA des établissements concernés.
- Une convention « établie à cet effet », afin de fixer les règles du jeu.

La convention de direction commune ne remet pas en cause l'autonomie juridique des établissements, qui conservent leur budget propre, leur personnel propre (par exemple il n'y a pas de remplacements mutuels entre les équipes soignantes des 3 établissements) et leurs instances : CA, conseil exécutif, CME, conseil technique d'établissement... Le Directeur général du CHRU est le directeur des 3 établissements et il délègue 2 directeurs du CHRU à la tête des 2 CH. L'ensemble des équipes de direction

des 2 CH est convié aux conseils de direction du CHRU. Ceci permet la diffusion de la logique de territoire dans la sphère administrative et managériale. Il ne s'agit en effet plus d'une collaboration simple entre directeurs, mais bien d'un nouveau mode de management : le « management de territoire ».

Ce modèle d'« hôpital de territoire » fait de la coopération entre directeurs le vecteur de la mise en œuvre de projets médicaux territoire, tels que le projet de nouveau service de MPR.

La logique de territoire se diffuse dans la sphère médicale, avec la réunion de « conseils exécutifs de territoire », depuis juin 2007, réunissant les conseils exécutifs des 3 établissements, afin d'adopter une stratégie concertée en matière d'offre de soins et de pilotage des établissements. La direction commune du territoire nord clermontois, apparaît ainsi comme un mode innovant de coopération permettant de faire vivre ces notions de territoire santé et de projet médical de territoire.

B) La recherche de coopérations « gagnant/gagnant »

La convention de direction commune doit permettre d'ancrer les réflexions des établissements sur l'organisation de l'offre de soins, dans une logique de « service public de territoire », conformément aux préconisations de la FHF. Mais elle a également pour but d'instaurer une dynamique « gagnant-gagnant », au sens de la théorie des jeux²⁸ : un jeu à somme non nulle, duquel chacun ressort gagnant par rapport à une stratégie non coopérative. Robert Axelrod, qui a travaillé sur le modèle coopératif « gagnant-gagnant » ou « donnant-donnant », dérivé du classique « dilemme du prisonnier », a montré que ce modèle tend à s'imposer dans notre société, car plus rentable à long terme que des stratégies non coopératives, ne débouchant pas sur un optimum social²⁹. Le modèle d'Axelrod a ensuite été décliné par des chercheurs dans différents domaines (sciences humaines, économie, mathématiques...) qui ont démontré l'efficacité de différents moyens pour stimuler la coopération, comme : la création d'une identité de groupe³⁰, la communication³¹, la connaissance réciproque³².

On peut penser que la direction commune et les instances communes entre les trois établissements permettent à la fois de renforcer la communication, la connaissance réciproque et la constitution d'un esprit de groupe, propices à des stratégies coopératives.

²⁸ Outil méthodologique développé depuis 1944 pour comprendre les comportements stratégiques.

²⁹ AXELROD R. *Comment réussir dans un monde d'égoïstes?* Paris, Odile Jacob, 2006, 226 p.

³⁰ DAWES R., THALER R. "Cooperation". *Journal of economic perspectives*, vol.2, 1988, p. 187-197.

³¹ BROSIG J., WEIMANN J., OCKENFELS A. "The effect of communication media on cooperation". *German Economic Review*, vol.4, 2003, p. 217-241.

³² SALLY D. "A general theory of sympathy, mind-riding and social interaction with an application to the prisoner's dilemma". *Social science information*, vol. 39, 2000, p. 567-634.

Le projet de création d'un nouveau service de MPR au CH de Riom, par regroupement du service du CHU et de celui de Clémentel, apparaît comme le projet médical concrétisant la stratégie commune de territoire clermontois, stratégie « gagnant-gagnant » pour les trois établissements.

2.2. Une stratégie de territoire et un projet de MPR bénéfiques au CHGT

2.2.1. Un CH en difficulté avant la direction commune

Le CHGT dispose d'une capacité de 430 lits, emploie 660 agents, 45 médecins et exerce des activités classiques de médecine, de chirurgie, de SRR, ainsi que de soins de longue durée. Il dispose d'une UPATOU et d'une unité d'hospitalisation de courte durée de 4 places. Le recrutement de clientèle, essentiellement local (52,8% des patients viennent de l'arrondissement de Riom et 36,7% de Riom même), a connu un net recul ces dernières années. Situé à 15 kilomètres et à moins d'une demi-heure de Clermont-Ferrand, cet établissement en effet subit de plein fouet la concurrence du CHRU et des cliniques clermontoises, y compris sur les activités de proximité. Cette situation a été objectivée dans le SROS III. La cartographie des bassins de services intermédiaires et des aires d'influence des petits pôles hospitaliers³³, construite à partir des données PMSI et utilisée pour le découpage des territoires de santé, a en effet montré l'absence d'une zone d'influence pour le pôle de Riom³⁴. Pour son champ d'activité propre, aucun bassin ne le fréquente prioritairement. Cette situation individualise le CHGT par rapport aux autres CH périphériques que sont Issoire et Thiers. Quand bien même ces structures soient dans la zone de recrutement du CHRU, elles disposent de zones d'influences propres et partagent des zones de patientèle avec les établissements de santé de Clermont-Ferrand. Cet argument est mobilisé par le SROS pour justifier l'existence des territoires de santé « Thiers-Ambert » et « Issoire- Brioude »³⁵. Aucun territoire de santé ne peut être construit autour du CHGT qui ne joue plus le rôle qu'il jouait auparavant d'hôpital de proximité et partage les flux de patients avec les cliniques clermontoises et le CHRU, disposant d'une part de marché de près de 25% sur la commune de Riom. Cette évolution peut s'expliquer par l'intégration progressive de la commune de Riom dans l'aire urbaine de Clermont-Ferrand, avec des flux de personnes de plus en plus denses vers la métropole régionale³⁶.

Cette situation a fragilisé l'établissement et posé la question du devenir et du périmètre de ses activités.

Sa maternité a été rattachée en 2001 au service de gynécologie obstétrique du CHRU et sa fermeture, préconisée depuis le SROS I, puis par une mission d'appui du Ministère de

³³ SROS III Auvergne, partie II, page 35.

³⁴ Cf. annexe 3 : carte des zones d'influence des petits pôles hospitaliers

³⁵ Cf. annexe 4 : découpage de la région Auvergne en Territoires de santé

³⁶ Cf. annexe 2 : carte de l'espace urbain clermontois.

la santé, a finalement eu lieu en mars 2005 avec la création d'un centre périnatal de proximité (CPP), unité fonctionnelle du CHU. Au cours de la même période, les activités de soins continus ont également cessé. Suite à la publication du rapport Vallancien en mars 2006, recommandant, pour des questions de sécurité, la fermeture des blocs opératoires pratiquant moins de 2000 actes chirurgicaux par an, la question a été également posée du maintien des activités de chirurgie faute d'une taille critique suffisante, avec 1661 entrées en chirurgie en 2004 et 1249 en 2005³⁷. L'orientation a donc été prise en 2005 de développer essentiellement la chirurgie ambulatoire et la chirurgie « programmée triée » ne nécessitant pas le recours sur site à de la réanimation.

L'établissement a également connu des difficultés importantes de gestion ces dernières années, avec l'absence de stratégie et d'orientation claires, le refus de l'ARH de valider le projet d'établissement en 2003, de fortes tensions syndicales et une démobilisation des personnels.

2.2.2. Une coopération indispensable avec le CHRU : de l'aide ponctuelle à la direction commune

Le CHRU a d'abord accompagné de manière ponctuelle et sans véritable contrepartie, le CHGT pour faire face à ses difficultés, avec :

- le rattachement de la maternité au CHRU, puis la création du CPP.
- l'occupation de chefferies de services du CHGT par des PUPH du CHRU, en anesthésie et en chirurgie orthopédique.
- la création en 2005 d'une FMIH d'anesthésie, qui permet la mise à disposition de praticiens du CHRU pour des vacations au CHGT et leur participation à des astreintes.

La convention de direction commune, avec la nomination d'un nouveau directeur délégué du CHRU au CHGT fin 2006, a permis d'améliorer la situation de l'établissement en développant ses coopérations avec le CHRU, dans une dynamique « gagnant-gagnant ». Le projet d'établissement 2007-2010 du CH, voté à l'unanimité en juin 2007, en cohérence avec celui du CHRU, liste différentes coopérations et projets de coopérations en matière d'activités médicales et logistiques.

Concernant les activités médicales, sont concernées, entres autres :

- La MPR, avec le projet de création d'un service hospitalo-universitaire regroupant les services du CHRU et du CHEC.

³⁷ CH de Riom. *Rapport de gestion 2006*, p. 14.

- L'imagerie médicale : par convention, le CHGT accueille depuis 2006 les patients du site Hôpital Nord du CHRU, plus éloignés du plateau technique Saint Jacques du CHRU que de celui de Riom, pour les examens de scanner.

En contrepartie, l'équipe de radiologie de Riom se rend 3 matinées par semaine à l'Hôpital Nord pour des examens de radiologie conventionnelle et 1 après-midi pour des échographies. L'activité apportée par la clientèle de l'Hôpital Nord (465 scanners en 2006) représente 7,8% de l'activité totale du scanner et a permis la compensation partielle de la perte de la clientèle de Thiers qui bénéficie désormais de son propre scanner. Cette convention a permis au CHRU de réduire ses coûts de transport et de réduire les délais d'attente sur le plateau technique Saint Jacques.

- La chirurgie ambulatoire ophtalmologique : des opérations de la myopie devraient être pratiquées à Riom grâce à la mise à disposition par le CHRU d'un laser ophtalmologique acheté il y a une dizaine d'années et non utilisé faute d'aménagement d'une pièce spécialement équipée.
- L'odontologie : le CHGT accueille depuis mars 2006, sous la responsabilité d'un Professeur du centre d'odontologie du CHRU, une activité d'odontologie à destination des enfants et adultes handicapés, sous anesthésie générale. Cette activité ne trouvait plus sa place au CHRU, du fait de la saturation des blocs opératoires. Un développement de cette activité est envisagé avec un partenariat avec les chirurgiens dentistes libéraux.

Le CH de Riom a ainsi l'opportunité, grâce à des coopérations avec le CHRU, de développer de nouvelles activités, que le CHRU n'est pas en mesure d'assurer de façon satisfaisante, améliorant ainsi la réponse aux besoins de santé sur le territoire. Le développement d'activités de recours et de référence qui ne sont pas développées au CHRU, en plus des activités de proximité devrait permettre d'atténuer les phénomènes de comportements de fuite des patients.

En matière de logistique, 3 principales coopérations sont prévues entre le CHRU et le CH de Riom :

- La desserte du CHGT par la nouvelle blanchisserie du CHRU, en cours de construction et devant ouvrir en mars 2008 dans la zone industrielle de Cébazat. Actuellement la desserte du CHGT est assurée par une blanchisserie privée. La desserte de Riom renforcera la rentabilité de la nouvelle blanchisserie du CHRU.
- La desserte de l'Hôpital Nord par la nouvelle unité centrale de production du CH de Riom, dont l'ouverture est prévue début 2009, la cuisine actuelle n'étant plus aux normes.

La desserte de l'Hôpital Nord assurera la rentabilité de cette nouvelle UCP d'une capacité de 3200 repas par jour et permettra de résoudre un certain nombre de difficultés liées à l'éloignement du site de l'unité de production du CHRU.

- Le groupement d'achats hospitaliers, avec la participation du CHGT aux groupements de commande du GCS « UNI-HA » aux cotés du CHRU, ou encore le regroupement avec les achats pharmaceutiques du CHRU.

Ces coopérations logistiques croisées entre le CHGT et le CHRU profitent aux deux établissements et permettent de défendre le service public hospitalier face aux services privés, en promouvant la notion de « service public hospitalier de territoire ». Concernant le financement de ces prestations logistiques, la convention constitutive de la direction commune précise que « les prestations fournies par l'un ou l'autre des établissements sont facturées sur la base des couts réels tels qu'ils ressortent de la feuille de résultats de la comptabilité analytique ».

Des rapprochements sont également envisagés avec certaines directions fonctionnelles et services du CHRU, pour une gestion concertée : DIM, direction de l'informatique (par exemple mise en place du dossier médical personnel sur un réseau de territoire), direction des travaux, direction des affaires médicales, direction des équipements, direction des soins, service biomédical... En effet, selon la convention constitutive de la direction commune, le Directeur Général du CHRU « met en œuvre tous les moyens communs permettant la recherche d'une meilleure qualité des soins et d'économies de fonctionnement ».

La mise en place de la direction commune, a ainsi permis de redonner au CHGT une dynamique de projets, en concertation et avec le soutien du CHRU. Le projet de création d'un service hospitalo-universitaire de MPR en est le meilleur exemple.

2.2.3. Un projet de MPR structurant pour l'établissement

Le projet de création d'un nouveau service hospitalo-universitaire de MPR au CHGT, à l'horizon 2010 est une véritable chance de développement pour l'établissement.

Il est tout d'abord l'occasion d'un projet architectural conséquent : le service sera hébergé dans un bâtiment neuf de 8 000 m², sur le site actuel des unités de soins normalisés, bâtiment ancien et non conforme de 55 lits de long séjour et de 5 lits de moyen séjour, qui sera détruit début 2008. Le concours d'architecte a été lancé le 13 décembre 2006, l'entreprise prestataire a été choisie en juin 2007, le début des travaux est prévu en juin 2008 et l'ouverture du service de MPR en juin 2010.

Cette opération immobilière d'environ 15 millions d'Euros fait l'objet d'une demande de crédits commune avec le CHU, dans le cadre du plan « Hôpital 2012 », à titre de « projet de territoire clermontois », au même titre que la construction de la nouvelle UCP. La circulaire du 15 juin 2007 relative à la mise en œuvre du plan Hôpital

2012 et ses annexes précisent en effet que les projets Hôpital 2012 relèvent de 3 catégories différentes:

- « Les investissements immobiliers ciblés tout particulièrement sur les recompositions hospitalières, les dynamiques de coopérations et la mise en œuvre des SROS 3 ».
- « Les investissements dans les systèmes d'information et de communication».
- « Les investissements de mise aux normes des établissements, notamment au regard des risques amiante, sismiques ».

Il est précisé que les projets doivent satisfaire à différents critères d'efficience, dont des critères organisationnels et d'amélioration des soins, avec « priorité donnée aux opérations de coopération ou de mutualisation entre établissements ». Le projet de MPR entre exactement dans la 1^{ère} catégorie de projets et a donc des chances d'être financé, eu égard à l'exemplarité de la démarche de territoire.

Un des critères d'efficience mentionnés dans la circulaire concerne les « ressources issues de l'activité », dont le volume doit permettre le retour sur investissement. La tarification à l'activité qui devrait s'appliquer aux SSR à l'horizon 2010 devrait garantir ce retour sur investissement du service de MPR, doté d'une taille critique suffisante avec une capacité totale de 104 lits et places, répartis sur plusieurs unités, plus les 8 lits d'EVC. La création du service représentera donc un gain de 37 lits : 112 lits et place moins 20 lits de moyen séjour et 55 lits de long séjour transférés au CHEC en compensation de la perte des lits de MPR. Ce gain de lits est un atout pour cet établissement qui faisait face ces dernières années à un recul de son activité. D'autant plus que cette activité supplémentaire générera en cascade une activité supplémentaire dans d'autres services prestataires, comme les consultations de spécialités médicales et chirurgicales, l'imagerie médicale, ou encore la restauration, améliorant ainsi la rentabilité de l'établissement. Le maintien d'un plateau technique d'imagerie conséquent ne pourra ainsi plus faire l'objet de discussions, quelle que soit l'évolution des activités chirurgicales, la proximité d'un tel plateau étant indispensable au bon fonctionnement d'un service hospitalo-universitaire de MPR. La présence de ce service pourra également être l'occasion de développer certaines activités, comme la chirurgie ORL et la rééducation de la voix.

La création d'un service hospitalo-universitaire propre au CH, avec ses volets enseignement et recherche, la présence d'un PUPH, le prestige qui peut en découler, pourra apporter une reconnaissance de l'établissement au niveau de la communauté médicale et soignante du CHU, des autres établissements de la région, voire hors région,

mais aussi auprès de la population, qui précisément fuyait l'hôpital pour trouver au CHRU les prestations de « Professeurs ».

Enfin, ce projet de MPR, avec son volet architectural, médical et soignant, inscrit l'établissement dans une nouvelle dynamique positive, après la période de crise, de restructurations et de fermetures, remobilisant ainsi l'ensemble des personnels médicaux et soignants. Le projet de MPR ainsi que la direction commune avec le CHRU sont entièrement approuvés par le maire de la commune, rompant avec la logique traditionnelle des élus visant souvent à défendre l'autonomie de l'hôpital communal.

2.3. Une opportunité pour le CHEC de se recentrer sur des activités de SSR et de long séjour garantissant son avenir

2.3.1. Une inévitable délocalisation des activités de MPR

A première vue, le gain que peut tirer le CHEC de la réorganisation des activités de MPR n'est pas évident. Pourtant, il devrait en ressortir gagnant. En effet, la situation actuelle du service de MPR n'aurait pu perdurer, avec un recul de l'activité du fait notamment de l'obsolescence des locaux, de l'isolement géographique et du refus de l'ARH de financer une opération de travaux. Le nombre de journées en rééducation est passé de 29 988 en 1999 à 27 080 en 2006³⁸, soit une baisse d'environ 7%. Ce recul d'activité, qui s'ajoute à celui de l'activité de soins de suite a fragilisé la situation financière de l'établissement. Le déficit d'exploitation était en 2006 de 299 842 Euros (soit 2,7% du budget de l'établissement), malgré les actions d'économie entreprises et la dotation exceptionnelle accordée par la tutelle de 200 000 Euros. La reprise sur le fonds de provision était donc de 510 619 Euros en 2006.

La fermeture du service de MPR était envisagée depuis déjà plusieurs années par les autorités de tutelle et un rapport du CNEH sur les SSR en Auvergne la préconisait déjà en 2001. Si elle a été contestée par les syndicats de l'établissement et le maire de la commune, elle ne l'a pas été par l'équipe médicale et soignante du service, qui reconnaît la nécessité du regroupement avec le service du CHU dans des locaux neufs.

Si la localisation du nouveau service sur le site de Clémentel a pu être envisagée, elle a été écartée du fait de l'isolement géographique et de l'absence d'un plateau technique, contrairement au CHGT.

³⁸ CHEC. *Rapport de gestion 2006*.

2.3.2. Un transfert d'activités du CHRU et du CHGT vers le CHEC

La perte des 88 lits et 3 places de MPR sera compensée par des transferts de lits de moyen et de long séjour du CHRU et du CHGT :

- 35 lits de long séjour du site Hôpital Nord du CHRU
- 55 lits de long séjour du CH de Riom
- 20 lits de moyen séjour du CH de Riom

L'établissement, qui dispose déjà d'une capacité de 58 lits autorisés de soins de suite indifférenciés (convalescence) et de 54 réellement occupés sera donc gagnant en nombre de lits. L'activité de moyen et de long séjour sera plus compatible avec sa situation géographique isolée et l'absence de plateau technique d'imagerie et de consultations spécialisées.

Ces transferts d'activités permettront la rénovation de l'aile actuelle d'hospitalisation en MPR, l'ARH ne pouvant maintenir son refus. Cette opération a également fait l'objet d'une demande de crédits « Hôpital 2012 », au même titre que la construction du bâtiment MPR à Riom.

L'établissement pourra ainsi garantir un taux d'occupation maximal sur des secteurs d'activité porteurs que sont les soins de suite et le long séjour, il garantit ainsi son avenir à long terme. Et, toujours dans cette logique « donnant-donnant » il garantira au CHRU et au CH de Riom l'accès privilégié par voie de conventions à des lits d'aval, stratégiques dans un contexte de T2A et de concurrence avec le secteur privé.

2.3.2. Le bénéfice d'une direction commune et de coopérations logistiques

Le CHEC trouve également sa place dans la direction commune de territoire. Comme le CHGT, il est placé sous l'autorité du Directeur général du CHRU et dirigé par un directeur délégué du CHRU, par ailleurs directeur des travaux, ce qui facilite la conduite de la rénovation de la 1ère aile d'hospitalisation. Il bénéficiera des rapprochements avec les directions fonctionnelles du CHRU au même titre que le CHGT. Sur le plan logistique, il sera desservi par la nouvelle UCP du CHGT et par la nouvelle blanchisserie du CHRU, bénéficiant ainsi de prestations de qualité à un coût attractif, tout en permettant la rentabilité de ces structures, dans une logique « gagnant gagnant » et de service public de territoire.

2.4. L'opportunité pour le CHRU d'un centre de référence en MPR, de lits d'aval et la possibilité de développer de nouvelles activités de référence.

2.4.1. Un centre de référence en MPR, assurant une reconnaissance de la discipline et plus de fluidité sur le court séjour

La création d'un service hospitalo-universitaire de MPR à Riom, centre de référence régional, est une véritable opportunité pour le CHRU. La poursuite en l'état des activités du service de MPR de l'Hôpital Nord était problématique, du fait de l'inadaptation des locaux et de l'absence de taille critique. La création d'un nouveau service dans de nouveaux locaux n'était pas envisageable sur un des sites du CHRU, faute d'espace et d'opportunités de financement, l'établissement étant déjà engagé dans la construction du Nouvel Hôpital d'Estaing et dans une vaste opération de désamiantage et de restructuration de l'hôpital Gabriel Montpied. La localisation du nouveau service à Riom permettait donc d'offrir aux activités de MPR du territoire des locaux répondant aux normes et besoins actuels. Elle permet aussi de montrer que CHRU se situe dans une logique d'ouverture et de partage du territoire et de l'activité et non plus dans une logique de centralisation.

La mise en commun des compétences des deux services existants sous l'égide d'un PUPH spécialiste en MPR, dans un centre de référence régionale, pour la prise en charge des pathologies neurologiques et des affections du système locomoteur, avec un volet soins, enseignement et recherche, devrait permettre à la fois une reconnaissance de la MPR et la diffusion d'une « culture de la rééducation et de la réadaptation » auprès des autres spécialités médicales et chirurgicales, qui font aujourd'hui défaut, entraînant une rupture dans la prise en charge des patients, entre le MCO et la MPR.

La création de ce service, avec ses différentes unités, devrait permettre une sensible amélioration de la réponse aux besoins, notamment des services d'amont, notamment neurologie neurochirurgie, orthopédie et ainsi résoudre une partie de leurs difficultés d'aval, qui pèsent sur leur DMS et provoquent des surcoûts pour l'établissement. D'autant plus que les structures privées sont également en recherche croissante de lits d'aval pour réduire leurs DMS, ce service permettra au CHRU de s'assurer une disponibilité suffisante de lits de rééducation. Cette fluidité entre les services de MCO et de SSR permettra au CHRU de maîtriser ses coûts et de garder des marges pour développer les activités de recours et de référence qui lui sont propres, la recherche et l'innovation.

2.4.2. La possibilité de développer de nouvelles activités de référence

Préserver l'équilibre entre les missions de proximité, de recours et de référence, est en effet un impératif pour tous les CHU. A cet égard, le projet de service de MPR à Riom constitue une double opportunité pour le CHRU :

- Le développement à proximité d'activités de recours et de référence en MPR.
- La création d'une unité de rééducation post-réanimation sur le site Gabriel Montpied.
- La possibilité sur l'espace libéré sur l'Hôpital Nord et avec les redéploiements de moyens d'étendre les capacités de court séjour gériatrique de 30 lits, plus conforme aux missions d'un CHU que les activités de long séjour qui seront transférées sur Clémentel et de la création d'un service de neuro-psychogériatrie de référence régionale de 20 lits.

2.4.3. Un service public hospitalier fort et cohérent face au privé

La création du nouveau service de MPR et plus généralement les conventions de direction de commune et la stratégie commune au CHRU, au CHGT et au CHEC, sont un véritable atout pour le CHRU, face à ses concurrents privés sur le territoire. Les structures privées à but lucratif ont en effet adopté une stratégie de groupe offensive, avec le regroupement récent de 3 cliniques pour constituer le Pôle santé république à Clermont-Ferrand et le projet de regroupement de 3 autres cliniques sur un nouveau site au nord de l'agglomération. Cette stratégie de groupe leur permet de se doter d'une taille critique suffisante, d'autant plus qu'elles sont passées en T2A à 100%. Elles peuvent ainsi développer leur activité sur des créneaux porteurs, comme la cardiologie, l'orthopédie, ou encore l'ophtalmologie. Dotées pour certaines (Pôle santé république, clinique de la Châtaigneraie) d'un accueil urgences, elles concurrencent directement le CHRU et les CH périphériques, dont elles captent les mouvements de fuite.

Dans ce contexte, le CHRU se doit de maîtriser l'évolution de son activité, dans la perspective d'un financement croissant à l'activité. Il est intéressant pour cela de pouvoir s'appuyer sur des établissements périphériques solides qui, dans une dynamique de coopération, peuvent jouer leur rôle d'établissements pivots de proximité, tout en orientant les flux de recours et de référence vers le CHU et non vers le secteur privé. Le CHU doit également maîtriser l'ensemble des filières de soins de l'amont vers l'aval, pour ne pas se trouver pénalisé. Enfin, les coopérations logistiques (blanchisserie,

restauration) croisées entre les établissements du territoire permettent de garantir la compétitivité du service public par rapport aux services privés. L'ensemble du service public hospitalier du territoire trouve ainsi sa force et sa cohérence par rapport au privé.

3. Perspectives et préconisations pour la mise en œuvre du projet de MPR

3.1. Un pilotage concerté du projet doit se mettre en place

3.1.1. Une concertation avec les acteurs internes du projet

A) Un projet de MPR fortement politique, qui a du être lancé rapidement

Le projet de création d'un nouveau service hospitalo-universitaire de MPR au CH de Riom est aujourd'hui un projet essentiellement politique, même s'il a été approuvé par la communauté médicale des 3 établissements et les 2 équipes médicales de MPR. C'est en effet le projet phare du rapprochement, à travers la direction commune, du CHRU, du CHGT et du CHEC. Ce projet a donc du être travaillé relativement rapidement, dans son volet médical et architectural, afin de pouvoir illustrer la mise en œuvre concrète de la stratégie commune de territoire entre les 3 établissements. Il permettait aussi d'offrir rapidement au CHGT une perspective de développement le sortant de la dynamique d'échec dans laquelle il se trouvait et au CHEC une sortie de l'impasse provoquée par le refus de la tutelle de financer les travaux de l'aile d'hospitalisation de MPR. En outre, le projet devait avancer rapidement afin de pouvoir faire l'objet d'une demande de crédits dans le cadre du Plan Hôpital 2012.

Le projet, qui a de ce fait du être lancé très rapidement, n'a encore pas pu faire l'objet d'une vaste concertation. Il en résulte aujourd'hui un manque d'appropriation par les deux équipes de MPR du projet, hormis les deux responsables des services qui ont travaillé sur le projet médical et architectural. Les équipes médicales et soignantes affichent ainsi un certain scepticisme face à ce projet qui conditionne leur devenir. Cette situation devrait évoluer avec la constitution d'un comité de pilotage, associant les deux équipes médicales et l'encadrement des deux services, visant à finaliser le projet médical, architectural et soignant.

B) Une finalisation concertée du projet architectural, médical et soignant

Le projet de nouveau service de MPR doit en effet être maintenant décliné dans ses principaux volets :

- Le volet architectural, avec la rédaction de l'avant projet sommaire, puis de l'avant projet détaillé.

Il s'agit, en lien avec les architectes, les ingénieurs et directeurs des travaux associés, les équipes médicales et soignantes des deux services, de se projeter ensemble dans le nouveau service pour en définir l'organisation et l'aménagement de l'espace. Ce sera également l'occasion de définir l'organisation des différents flux logistiques (restauration, blanchisserie, approvisionnements divers...) ainsi que le plan d'équipement du service.

- Le volet médical, avec la définition des activités développées, de soins, d'enseignement et de recherche, de l'organisation des différentes unités, des modalités d'admissions, des relations avec les autres services...Ce travail doit se faire entre les deux équipes médicales, mais également :
 - o Avec les services d'amont de la MPR, du CHRU et des autres établissements adresseurs, en définissant précisément leurs besoins. A cet égard, il serait intéressant de pouvoir objectiver par des audits ou enquêtes les besoins de lits d'aval de ces services, notamment des réanimations et des services de neurochirurgie et de neurologie.
 - o En concertation avec les DIM du CHRU et de Clémentel, qui disposent des données d'activité et PMSI des services de MPR.
- Le volet soignant, avec la définition des effectifs soignants et médico-techniques par unité, de l'organisation des tâches. Ce travail doit se faire en concertation avec les directions des soins des 3 établissements concernés.

Les équipes pourront s'appuyer dans ce travail à la fois :

- Sur les organisations existantes dans les services de MPR d'autres établissements proches, comme le service du CHU de Saint Etienne du P. Gautheron ou encore le service du CHU de Limoges du P. Dudognon. Cet appui sera indispensable, notamment pour le développement des activités de recherche et d'enseignement en MPR, pour lesquelles le CHRU de Clermont-Ferrand ne dispose pas aujourd'hui d'expérience.
- Sur les diverses préconisations qui existent en matière de prise en charge en MPR, comme les « critères d'une prise en charge en MPR » définis par la FEDMER, ou encore les fiches techniques de fonctionnement par type de SSR spécialisé qui accompagneront les nouveaux décrets. Par exemple en termes d'effectifs soignants et médico-techniques, ces documents édictent des recommandations précises.
- Sur les circulaires relatives à la prise en charge des pathologies neurologiques :

- Une circulaire du 18 juin 2004 relative à la prise en charge des TC³⁹, qui édicte des recommandations en matière architecturale et soignante assez précises, par exemple : « compte tenu des difficultés de repérage des traumatisés crâniocérébraux, la signalisation des locaux doit faire l'objet d'attention particulière », « le plateau technique permet le développement des programmes spécifiques de rééducation, notamment un secteur d'évolution en fauteuil roulant, un secteur de réentraînement à l'effort, une piscine de rééducation, un parc d'essai de fauteuil roulant, et des solutions techniques d'aide au handicap » ; « un tétraplégique doit bénéficier d'une heure par jour d'ergothérapie en travail individuel et d'une heure en travail de groupe. La prise en charge en ergothérapie d'un paraplégique est plutôt d'une demi-heure par jour ».
- Une circulaire du 3 novembre 2003 relative à la prise en charge des AVC⁴⁰, qui comporte également un certain nombre de préconisations, comme : « la mise en place et la réévaluation régulière d'un plan de soins interdisciplinaire individualisé à la définition duquel participe le patient (synthèses), l'association étroite de la famille ou des proches du patient aux synthèses-bilans pluridisciplinaires qui jalonnent le séjour ».
- Une circulaire du 3 mai 2002 relative à la création d'unités de soins dédiées aux personnes en EVC⁴¹, qui comporte en annexe un cahier des charges très précis des structures hospitalières, qui devra être suivi dans la conception de l'organisation du service de 8 lits dédiés aux EVC.

Il apparaît indispensable pour la réussite du projet, d'aménager des espaces de concertation entre les équipes médicales et soignantes des deux services existants, afin que puisse émerger bien en amont de l'ouverture une identité commune et que le nouveau service ne soit pas simplement la superposition des deux anciens, ce qui générera inévitablement des tensions. L'objectif affiché de ce travail doit être la conception d'un service de MPR moderne et de référence, qui ne saurait être la réplique exacte des deux services existants.

Une concertation devra également être menée quant à la création d'un service de rééducation post-réanimation sur le Site Gabriel Montpied du CHU, prévue dans le projet d'établissement du CHU.

³⁹ Circulaire n°DHOS/SDO/01/DGS/SD5D/DGAS/PHAN/3B/280 du 18 juin 2004 relative à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crâniocérébraux et des traumatisés médullaires

⁴⁰ Circulaire DHOS/DGS/DGAS n° 2003-517 du 3 novembre 2003 relative à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux

⁴¹ Circulaire n°DHOS/02/DGS/SD5D/DGAS/2002-288 du 3 mai 2002 relative à la création d'unités de soins dédiées aux personnes en état végétatif chronique ou en état pauci relationnel.

Ce projet devra s'inscrire dans le cadre de la restructuration du site avec la construction d'un nouveau bâtiment et le désamiantage de l'ancien bâtiment, ce qui sera l'occasion de repositionner les services de soins dans le cadre des pôles d'activité.

3.1.2. Une concertation avec les acteurs externes concernés

Le projet devra faire l'objet d'une communication et d'une concertation auprès de différents acteurs externes qui seront concernés par l'ouverture du nouveau service de MPR. Tout d'abord les structures privées de la région qui exercent des activités de rééducation. Leur l'activité sera effectivement impactée, notamment en ce qui concerne les pathologies neurologiques. Le nouveau service répondra en effet à des besoins aujourd'hui non couverts par les deux services de MPR, mais par ces structures privées, notamment le centre de rééducation de Pionsat.

Ensuite les autres principaux CH de la région disposant d'un service de MPR : Vichy, Moulins et le Puy en Velay. Ces établissements seront concernés par l'ouverture du service de MPR exerçant des missions de recours et de référence à l'échelle régionale, notamment dans la prise en charge des TC et des AVC. Par exemple, le CH de Vichy, qui ne parvient pas à recruter de praticien en MPR depuis plus d'un an et qui fait assurer des vacations à un praticien de la clinique voisine, réfléchit à un transfert de lits de rééducation orthopédique vers la clinique pour se centrer sur la rééducation neurologique. Cette réflexion devrait pouvoir s'articuler avec le projet de nouveau service au niveau de l'agglomération clermontoise. Ce CH est d'autant plus concerné qu'il est le siège du seul institut de formation en masso-kinésithérapie d'Auvergne.

Enfin, les différentes structures qui peuvent intervenir sur la prise en charge des personnes accueillies dans les services de MPR, notamment :

- Les Directions régionale et départementale des affaires sanitaires sociales (DRASS et DDASS), sur le secteur sanitaire, mais aussi médico-social, avec la prise en charge du handicap à la sortie de l'hospitalisation. La DRASS et la DDASS doivent être informées du projet de nouveau service de MPR afin de pouvoir l'intégrer dans leurs réflexions sur l'organisation de la prise en charge du handicap, par exemple dans la rédaction et la mise en œuvre du Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) ou dans l'instruction des demandes d'autorisations de création de structures médico-sociales.
- Le Conseil général, désormais chargé de la prise en charge du handicap, de la rédaction d'un Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des enfants, adolescents et adultes handicapés.

- La Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), créée suite à la loi du 11 février 2005, qui associe l'Etat, le Département, la Sécurité sociale et les associations. Elle a vocation à accueillir, informer et accompagner les personnes handicapées et leurs proches.
- Les principales associations d'usagers, comme l'Association des paralysés de France (APF), l'Association française des traumatisés crâniens (AFTC), ou encore l'Association France AVC. Ces associations accueillent et accompagnent les personnes handicapées et peuvent gérer des structures médico-sociales et sociales.

Le lancement de la phase opérationnelle du projet de MPR, avec la finalisation du projet médical et soignant, doit être l'occasion de repenser la rééducation dans une logique de filières de soins, articulée avec l'amont comme l'aval.

3.2. La création d'un service de MPR : l'opportunité de développer des filières de soins autour de la prise en charge du handicap

3.2.1. Les prises en charge en MPR doivent s'insérer dans des filières de soins

A) L'exemple des filières gériatriques

Le travail en filières de soins s'est essentiellement développé dans le domaine de la gériatrie. Une circulaire du 18 mars 2002⁴² prévoit que la trajectoire de soins des personnes âgées puisse s'inscrire dans le cadre d'une filière de soins. Le Plan solidarité grand âge 2007-2012 a instauré la possibilité d'une labellisation de ces filières. Les patients âgés doivent en effet pouvoir bénéficier d'un parcours de soins cohérent et continu, réduisant les risques d'installation ou d'aggravation d'une dépendance. La filière de soins gériatrique comprend, en général : un court séjour gériatrique, une équipe mobile de gériatrie, une unité de consultations et d'hospitalisations de jour gériatrique, un ou plusieurs SSR appropriés aux besoins des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance, un ou plusieurs soins de longue durée. Ces différents maillons de la filière gériatrique doivent permettre la prise en charge des hospitalisations non programmables, des hospitalisations programmées et des simples bilans.

⁴² Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique

La filière vient fédérer ces différents maillons de la chaîne avec une convention pluripartite liant tous les établissements membres et précisant le mode de fonctionnement. La filière s'appuie en outre sur des partenariats au sein de son territoire d'implantation, notamment avec les EPHAD. La valeur ajoutée de la filière de soins est donc d'associer sur le territoire d'implantation l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge et de servir de levier à la coordination de leurs actions au service des personnes, qui bénéficient ainsi d'un continuum de prise en charge, sans rupture, au fur et à mesure de la gradation des soins qu'ils requièrent.

Cette organisation des soins en filières se développe dans d'autres disciplines, notamment la cancérologie⁴³.

Les patients nécessitant une prise en charge rééducative, pour des affections du système nerveux ou du système locomoteur, présentent, comme les patients âgés, des risques d'installation ou d'aggravation d'une dépendance. Ils nécessitent donc eux aussi une prise en charge spécifiquement adaptée à leurs besoins dans le cadre de filières de soins.

B) Une prise en charge rééducative dans le cadre de filières de soins

La circulaire du 31 décembre 1997 relative aux orientations en matière d'organisation des soins en SSR⁴⁴ énonce très clairement la nécessité de filières de soins : « Le principe de continuité des soins apparaît comme le fil conducteur en matière d'organisation des SSR (...). Pour répondre à l'objectif de continuité, la fonction SSR s'inscrit donc dans une filière de soins, organisée et déterminée par la trajectoire du patient, en fonction de son état de santé ».

Cette exigence est reprise dans différentes circulaires relatives à la prise en charge de certaines pathologies traitées en MPR. La circulaire du 3 novembre 2003 relative à la prise en charge des AVC dispose que « les soins n'atteignent leur pleine efficacité que s'ils s'inscrivent dans une filière de soins structurée (...). Le parcours des malades au sein de la filière comporte la phase pré hospitalière, l'hospitalisation en soins aigus et en soins de suite et réadaptation et la réinsertion (...). La fluidité des patients tout au long de ce parcours nécessite l'organisation de relations et de collaborations étroites entre les différentes structures ».

La circulaire du 18 juin 2004 sur les TC préconise le même type d'organisation : « La qualité de la prise en charge des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires dépend de la coordination en réseau de tous les professionnels, à toutes les étapes, dans les domaines sanitaire et médicosocial. Elle requiert également de prendre

⁴³ Revue hospitalière de France. Réorganisation de la cancérologie. N° 516, mai-juin 2007.

⁴⁴ Circulaire DH/EO4/97 n° 841 du 31 décembre 1997 relative aux orientations en matière d'organisation des soins de suite et de réadaptation.

en compte les spécificités physiques et psychiques du traumatisme crânio-cérébral et du traumatisme médullaire et de veiller à l'accompagnement médical, physique et psycho-comportemental, social et économique des patients, ainsi que de leurs familles, et ce tout au long de leur parcours ».

Ces préconisations sont reprises dans le SROS III Auvergne. Concernant les TC : « Une filière de prise en charge spécifique est à mettre en place. Cette filière s'organise autour d'un centre de RRF à orientation neurologique qui doit répondre à toutes ses missions de rééducation, de réadaptation et de réinsertion. Le rôle pivot de ce centre doit permettre une articulation avec d'une part les structures d'amont que sont les services de réanimation neurochirurgicale, chirurgicale ou polyvalente ayant l'expertise de la réanimation des traumatisés crâniens et des blessés médullaires, pour une prise en charge précoce, et d'autre part en aval avec le dispositif de suivi médical, médico-social et social ».

Concernant les AVC : « L'AVC implique la participation de l'ensemble du système de santé : la prévention, la prise en charge aux urgences, l'accès au plateau médico-technique, aux soins en hospitalisation aiguë, les soins de suite et de réadaptation, la réinsertion à domicile(...). Il convient d'optimiser la prise en charge des patients dès la phase aiguë afin de limiter les conséquences et le handicap potentiel qui peut en résulter. Pour ces patients, il convient de développer l'accompagnement vers le secteur médico-social et l'aide à domicile ».

Ce travail en filières de soins implique donc des relations étroites du service du MPR, à la fois avec les structures d'amont et d'aval.

3.2.2. Le service de MPR doit établir des liens étroits avec les services d'amont

A) Des liens formalisés entre le service de MPR et les services d'amont

L'organisation de la prise en charge en MPR dans le cadre de filières de soins par grand type de pathologie implique des liens étroits et bien formalisés entre le service de MPR et ses principaux services d'amont, ce qui n'existe pas actuellement, faute de relations privilégiées et de bonne connaissance réciproque. Cette exigence est rappelée par la circulaire du 31 décembre 1997 : « En amont, la fonction des services de SSR ne peut plus se définir en termes de « dégageant » des services de court séjour.

C'est pourquoi, afin d'assurer une véritable continuité des soins, l'admission des malades doit être négociée avec les structures amont. Cela signifie que des conditions d'admission doivent être formalisées et respectées».

Ceci implique un travail de concertation en amont entre l'équipe médicale du futur service de MPR et les équipes des différents services d'amont : neurologie, neurochirurgie, chirurgie orthopédique, chirurgie viscérale, médecine interne et rhumatologie, notamment. Ce travail doit permettre d'établir des protocoles décrivant notamment les conditions et modalités d'orientation, d'admission, de transfert entre les structures et équipes soignantes. Ces conditions concernent l'état du patient, la transmission des informations nécessaires à son admission, ou encore la possibilité de retour en cas de complications. L'accès aux consultations spécialisées de suivi, au plateau technique d'imagerie, aux dialyses, devra également être organisé entre le CHGT et le CHRU.

Ceci permettra une meilleure qualité et continuité de la prise en charge, mais aussi plus de fluidité dans les services de court séjour, en évitant les séjours trop longs faute d'une difficile orientation vers la rééducation, du fait de relations non formalisées, laissant souvent place à l'improvisation.

B) Une présence indispensable de médecins MPR dans les services d'amont

De telles relations ne peuvent s'instaurer que par la présence de médecins MPR dans les principaux services d'amont de la MPR. On retrouve encore cette préconisation dans les différentes circulaires : celle du 31 décembre 1997 : « c'est dans cette perspective que peuvent être envisagées les interventions précoces des soignants de SSR au sein des unités de court séjour », ou celle sur la prise en charge des TC : « Dès la réanimation, l'intervention d'un médecin de MPR est nécessaire. Elle a deux objectifs essentiels : prescrire les gestes de rééducation appropriés ainsi que les mesures préventives des complications fonctionnelles et permettre l'articulation étroite entre réanimation et structure de MPR ». Le médecin de MPR a ainsi pour mission, dès la prise en charge en service d'aigu, d'évaluer le patient de façon à décider, en concertation étroite avec le médecin référent et l'entourage, de sa prise en charge et de son orientation future.

On retrouve une telle préconisation dans le SROS III Auvergne : « les consultations avancées d'évaluation de RRF en amont dans les services adresseurs doivent être étendues en permettant une évaluation globale, familiale et médico-sociale du patient et en permettant une orientation immédiate dès le court séjour, incluant les conditions potentielles du retour à domicile après la phase active de rééducation ».

Dans de nombreux établissements, la présence de médecins MPR est organisée dans des services de court séjour. Au CHU de Saint Etienne, une « équipe mobile de coordination des SSR », constituée de médecins MPR, d'aides-soignants, d'infirmiers, de

kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes intervient dans différents services. Elle a une mission de diagnostic et d'orientation pour les patients susceptibles de relever de la MPR. Cette équipe mobile intervient aussi auprès de patients non hospitalisés. Au CHU de Nantes, un travail d'évaluation et d'orientation pour la rééducation est effectué par des médecins MPR dès la réanimation ou les autres services de médecine ou de chirurgie. Le CH de Roubaix a mis en place une organisation un peu particulière : le service de MPR est un service transversal sans lits, les médecins de MPR travaillent directement dans les services de médecine et de chirurgie avant d'orienter éventuellement les patients vers le centre de rééducation fonctionnelle du CH de Wattrelos. L'intervention des médecins MPR dans les services de court séjour de ces différents établissements a permis d'établir en concertation des protocoles de prise en charge rééducative précoce des patients, ce qui a amélioré la qualité de la prise en charge, les soignants de court séjour n'ayant pas forcément une « culture rééducative ».

Au CHRU de Clermont-Ferrand, ce travail dans les services d'amont se fait déjà aujourd'hui, mais de manière marginale, avec des consultations avancées d'un médecin du service de MPR dans les services de neurologie, pour effectuer des bilans et préparer l'éventuelle orientation en rééducation des patients. Ce travail doit être développé, dans la perspective de l'ouverture du nouveau service, dans les services de neuroréanimation, de réanimation médico-chirurgicale, de neurologie, de neurochirurgie, dans la nouvelle unité neuro-vasculaire (UNV), ainsi que les autres services de médecine et de chirurgie du CHRU et du CH de Riom demandeurs. La présence d'au moins 1 PH à temps plein sera nécessaire pour effectuer ce travail, d'autant plus que le service de MPR basé à Riom ne sera pas à proximité immédiate des services d'amont du CHRU.

Ce travail permettra de gommer la rupture qui existe aujourd'hui entre la prise en charge du court séjour et celle de la rééducation. Il permettra aussi de sécuriser les orientations directes du court séjour vers le domicile, vers les soins de suite ou le long séjour, des patients nécessitant une faible prise en charge rééducative ne justifiant pas l'hospitalisation en MPR. Il participera aussi d'une meilleure connaissance et reconnaissance du service de MPR auprès des autres spécialités médicales.

Le développement des liens entre le service de MPR et des services d'amont facilitera le travail des assistantes sociales d'orientation des patients en service de rééducation.

C) La question du positionnement des personnels de rééducation

Le renforcement de la présence de la MPR en court séjour sera également bénéfique au travail de rééducation qu'effectuent les kinésithérapeutes de ces services,

aujourd'hui assez éloignés des médecins MPR. Ils pourront en effet bénéficier de l'expertise du praticien MPR dans l'élaboration des programmes de rééducation.

Ce qui pose la question du rattachement de ces personnels, au service de MPR ou aux services de court séjour, la politique étant variable selon les établissements : rattachement de l'ensemble des professionnels de rééducation au service de MPR au CHU de Saint Etienne, rattachement aux différents services au CHU de Nantes, par exemple. Au CHRU de Clermont-Ferrand, l'ensemble des kinésithérapeutes est aujourd'hui rattaché au pôle RMND et aux différents services sur le site Gabriel Montpied, intégrés aux différents pôles et rattachés aux services sur le site de l'Hôtel Dieu. Ils sont en outre placés sous l'autorité d'un cadre supérieur kinésithérapeute. Il apparaît compliqué de changer cette situation en rattachant ces personnels au nouveau service de MPR, de plus basé sur un troisième site.

En revanche, ces personnels doivent avoir des échanges réguliers avec le(s) praticien(s) MPR intervenant dans leurs services. Ils doivent avoir également accès à des formations sur le nouveau service hospitalo-universitaire de MPR.

3.2.3. Le service de MPR doit également organiser ses relations en aval

Le travail en filières de soins supposant une articulation étroite de tous les maillons de la chaîne de la prise en charge du patient, le service de MPR doit également organiser ses relations avec les structures de prise en charge en aval.

A) Une dimension de réadaptation et de réinsertion essentielle en MPR

En service de MPR, la dimension de réadaptation et de réinsertion de la personne dans la vie sociale et professionnelle est essentielle et se prépare pendant l'hospitalisation, sans attendre la sortie. Cette mission est énoncée à l'article L6111-2 du CSP : « les établissements, publics ou privés, ont pour objet de dispenser (...) des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicales à des malades requérant des soins continus dans un but de réinsertion ». La circulaire du 18 juin 2004 sur la prise en charge des TC précise que «le travail de réadaptation et de réinsertion débute dès la prise en charge en MPR et s'articule avec le dispositif de suivi médical, médico-social et social élaboré dans le cadre du ou des réseaux de prise en charge.

La prise en charge en MPR favorise le développement d'un nouveau projet de vie qui intègre l'entourage familial, la vie à domicile, le travail, les loisirs ». Cette notion de projet

de vie est au centre de la nouvelle loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Les professionnels du service de MPR peuvent s'appuyer dans cette démarche sur des méthodes qui ont fait l'objet de référentiels validés au niveau national, notamment :

- La Conférence de consensus ANAES-SOFMER : « La sortie du monde hospitalier et le retour à domicile d'une personne adulte handicapée sur les plans moteur et/ou neuropsychologique » de septembre 2004.
- La Conférence de consensus ANAES-Société française d'économie de la santé «Sortie du monde hospitalier et retour au domicile d'une personne adulte évoluant vers la dépendance motrice ou psychique » de décembre 2004.
- La norme homologuée « démarche précoce d'insertion » de l'Association française de normalisation (AFNOR), définissant une méthode d'organisation pour le travail des services de MPR et de leurs partenaires, visant l'insertion familiale, sociale, scolaire, professionnelle des patients.

B) Développer un travail de partenariat avec les structures associatives

Ce travail de réadaptation et de réinsertion doit s'appuyer sur les ressources internes du service : soignantes, médico-techniques et surtout sociales, dont l'effectif doit être suffisant pour accomplir à bien cette mission essentielle. Il doit également s'appuyer sur le milieu associatif, qui dispose dans ce domaine d'expérience et de savoir-faire. C'est le cas dans les services de MPR d'autres établissements, comme celui de Saint Etienne, qui accueille, entre autre, en son sein une équipe labellisée de l'association Comète France. Cette association a été créée en 1992 pour aider les personnes handicapées hospitalisées en MPR à construire un projet de retour à domicile, si besoin d'aménagement du logement, ainsi qu'un projet professionnel, à la sortie d'hospitalisation. L'association fédère une trentaine de centres de RRF et de services de MPR qui intègrent en leur sein une équipe médicale et paramédicale (0,20 ETP de médecin, 0,5 ETP d'assistante sociale, 0,5 ETP de paramédical et 1 ETP d'ergonome chargé d'emploi) spécifiquement chargée de cette activité d'insertion sociale et professionnelle précoce. Le financement est assuré à hauteur de 55% par l'Etat (ARH) et à 45% par l'AGEFIPH, sur la base d'un contrat d'objectifs et de moyens. Il pourrait être intéressant pour le nouveau service de MPR d'adhérer à ce réseau, afin de bénéficier de ces financements et de développer le travail d'insertion socioprofessionnelle aujourd'hui réalisé dans le service du CHU par un cadre de santé dédié, en lien avec l'assistante sociale (0,5 ETP).

D'autres partenariats devront également être développés avec des associations d'usagers, comme l'APF, l'Association française des TC (AFTC), France AVC, ou encore des associations de Handisport pour assurer des permanences au sein du service.

Enfin, des relations étroites doivent se mettre en place avec la MDPH, qui depuis la loi du 11 février 2005 doit aider les personnes handicapées dans la définition de leur projet de vie, les évaluer, élaborer leur plan de compensation, attribuer leurs prestations, éventuellement les orienter vers les structures de travail adapté.

C) Organiser et développer la prise en charge extra hospitalière

Le travail de réadaptation et de réinsertion doit se poursuivre à la sortie de l'hospitalisation, lorsque le patient retourne à son domicile (environ 80% des cas). Le retour à domicile ne signifie en effet pas la fin des soins pluridisciplinaires de rééducation. Ce qui nécessite à la fois la présence de structures adaptées, sanitaires, médico-sociales et sociales, avec, le plus possible, une intervention coordonnée des différents acteurs.

Différentes réponses sanitaires et médico-sociales doivent être organisées à la sortie de l'hospitalisation en MPR, pour garantir une continuité de la prise en charge pluridisciplinaire en rééducation et réadaptation, spécifiquement adaptée aux besoins de la personne. Elles peuvent également être le moyen de prévenir une hospitalisation complète, pour des personnes atteintes de pathologies chroniques évolutives et invalidantes, comme la sclérose en plaques ou les myopathies.

Tout d'abord de l'**hospitalisation de jour** au sein du service de MPR, afin de permettre une transition entre l'hospitalisation complète et le retour définitif à domicile ou d'effectuer un bilan ou un suivi sur une pathologie chronique évolutive.

Ensuite de l'**hospitalisation à domicile** (HAD), permettant de dispenser des soins techniques et pluridisciplinaires à des patients qui nécessitent encore une prise en charge assez lourde. Actuellement, un très petit nombre de patients sortant du service de MPR du CHU sont orientés vers l'HAD, du fait du peu de places disponibles et de la spécificité des soins nécessaires à la sortie de la rééducation. Il n'existe en effet sur l'agglomération clermontoise qu'une seule structure d'HAD : « HAD 63 », gérée par une association, disposant d'une capacité autorisée de 25 places et implantée sur la commune de Cébazat, à proximité du site Hôpital Nord du CHRU. Le SROS III Auvergne, qui préconise un développement de l'HAD, prévoit l'implantation d'une deuxième structure à l'horizon 2011. Un dossier d'autorisation a été déposé par la société privée Hospidôme, pour créer une structure d'HAD. Un dossier a été également déposé par le CHRU, pour la création de 25 places d'HAD :

10 pour la prise en charge périnatale et 15 pour la prise en charge des patients neurologiques lourds, en lien avec le projet de MPR et pour la prise en charge de pathologies diverses. Ce projet a été refusé par l'ARH au titre du principe du caractère

généraliste et polyvalent des structures d'HAD, posé dans une circulaire du 4 février 2004⁴⁵ : « le caractère généraliste et polyvalent de l'hospitalisation à domicile doit permettre la prise en charge des patients sur la base du niveau de soins requis par leur état de santé, quelle que soit leur(s) pathologie(s) ». Néanmoins, « les promoteurs de structures d'HAD polyvalentes peuvent développer des activités spécialisées ». Il existe en effet des structures d'HAD spécialisées dans la rééducation et la réadaptation. On peut donner l'exemple de l'« HAD MPR » du CH de Saint Denis, créée en 2005. Cette structure de 15 places, composée d'un médecin coordonateur, d'une infirmière coordinatrice et de divers personnels prend en charge en moyenne 50 patients par an, souffrant en général d'affections neurologiques. Autre exemple, l'« HAD rééducation » du CH de Mulhouse créée en 1998, de 5 lits, accueille en moyenne 25 patients par an. L'équipe est composée d'un PH rééducateur (0,2 ETP), d'un ergothérapeute (1 ETP), d'un kinésithérapeute (0,4 ETP) et d'une assistante sociale (0,3 ETP). Eu égard à la spécificité de cette prise en charge, une solution doit être trouvée sur le territoire clermontois pour la création d'une dizaine de places d'HAD dédiées à la MPR, avec l'intervention de différents professionnels : médecin, IDE, ergothérapeute, kinésithérapeute, assistante sociale. Une convention peut être envisagée avec la structure « HAD 63 », la structure « Hospidôme » ou toute autre structure susceptible de pouvoir être autorisée, le CPOM entre le CHRU et l'ARH prévoyant en effet « la collaboration avec une nouvelle structure privée d'HAD » et ne prévoyant pas d'autorisation au CHRU pour la création de places d'HAD en propre.

Une réflexion doit aussi s'engager sur la création d'une **équipe mobile hospitalière pluridisciplinaire** de rééducation et réadaptation, du même type que celle du CHU de Saint Etienne (l'équipe de coordination des SSR qui intervient aussi dans les services de court séjour), intervenant à domicile pour des bilans et des prises en charge de personnes ayant ou non été hospitalisées. Une équipe mobile du même type a été constituée au CH de Mulhouse pour le suivi à domicile des personnes qui ont été hospitalisées pour un TC. La constitution d'une telle équipe nécessite pose la question des moyens et du financement, le CHU de Saint Etienne a par exemple été aidé par l'ARH Rhône-Alpes pour la constitution de son équipe mobile. Une demande pourrait être faite en ce sens auprès de l'ARH Auvergne au titre de la mise en œuvre des préconisations du SROS III.

Le regroupement des deux services existants de MPR en un seul sera peut être aussi l'occasion de dégager des moyens pour constituer une équipe mobile intervenant à la fois dans les services de court séjour et au domicile.

⁴⁵ Circulaire DHOS/O n° 2004-44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile

Enfin, pour des prises en charge plus légères que l'HAD ou l'équipe mobile hospitalière, une articulation doit se faire entre le service de MPR, les services de soins à domicile, comme les services de soins infirmiers à domicile (**SSIAD**) et les différents **professionnels libéraux** qui peuvent intervenir auprès du patient, à domicile ou en cabinet : infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, psychologues... L'offre de formations ou l'accès au plateau technique de rééducation hospitalier de ces professionnels libéraux peuvent être l'occasion d'entretenir des relations de confiance et de connaissance réciproques.

Il est à noter que la démographie des professionnels libéraux dans le Puy de Dôme est relativement favorable concernant les kinésithérapeutes avec une densité égale à la moyenne nationale (71,4 pour 100 000 habitants), les infirmiers avec une densité supérieure à la moyenne nationale (87,4 pour 100 000). Elle est revanche moins favorable pour les orthophonistes (11,8 pour 100 000 contre 19,2 en moyenne nationale)⁴⁶.

Cette diversité des acteurs de la prise en charge sanitaire et médico-sociale, pose le problème de leur coordination. Dans certaines régions, des réseaux se sont mis en place afin de coordonner tous ces intervenants dans la prise en charge des personnes handicapées. On peut donner l'exemple du réseau de santé « Handicap lourd de l'adulte » dans la région bordelaise. Ce réseau de santé (tel que défini à l'article L.63-21 du CSP) a permis la constitution d'une équipe mobile pluridisciplinaire, hospitalière et libérale, coordonnée par un médecin MPR. Cette équipe prend les personnes en charge à leur domicile. Le médecin traitant est le pivot et le prescripteur de la prise en charge. Ce réseau est financé par la dotation régionale des réseaux de santé. La constitution d'un réseau de santé ciblé sur la prise en charge du handicap sur le territoire clermontois, associant et coordonnant les différents acteurs et structures que nous venons de lister serait bien sur intéressante. Ce réseau permettrait le financement par l'ARH et l'URCAM des frais de fonctionnement du réseau, des membres coordonnateurs, des actions de prévention et de formation au travail en réseau.

Outre ces différentes structures sanitaires et médico-sociales, les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (**SAMSAH**), structures médico-sociales créées par un décret du 11 mars 2005, sont également des partenaires incontournables pour les services de MPR. L'APF a déposé un dossier de demande d'autorisation de création d'un SAMSAH de 10 places sur l'agglomération clermontoise. Cette structure accueillera, après accord de la Commission départementale des droits et de l'autonomie des personnes adultes handicapées (CDDAPH), des personnes adultes

⁴⁶ ARH-URCAM. *Organisation du système de santé auvergnant. Diagnostic partagé*. Décembre 2004.

handicapées, dont les déficiences et incapacités nécessitent des soins réguliers et coordonnés, un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert. La prise en charge se fera par une équipe médicale (1 médecin MPR), paramédicale (un infirmier coordonnateur, un aide-soignant, un psychologue) et socio-éducative (un assistant social, un éducateur). Des professionnels libéraux seront associés par convention : kinésithérapeutes, infirmiers du SSIAD, orthophonistes... La structure disposera de 8 logements adaptés, sur la commune de Beaumont, à proximité de Clermont-Ferrand pour aider des personnes handicapées à acquérir leur indépendance. Il est indispensable que les services de MPR du CHU et de Clémentel, puis le nouveau service de Riom s'associent à cette structure, pour assurer la prise en charge de leurs patients, d'autant plus que le médecin coordonnateur sera un PH du service de MPR du CHU.

Un autre projet de SAMSAH pour la prise en charge TC et des blessés médullaires a été déposé par l'Association pour l'insertion sociale et professionnelle des handicapés (ADAPT) et l'AFTC, projet qui pourra intéresser le service de MPR développant une forte activité de prise en charge de ces pathologies.

A leur sortie d'hospitalisation en MPR, les personnes handicapées peuvent également être prises en charge par le service d'accompagnement à la vie sociale (**SAVS**) de 40 places, géré par l'APF sur l'agglomération clermontoise. Cette structure d'accompagnement socio-éducatif des personnes adultes handicapées est animée par une équipe pluridisciplinaire (secrétaire, assistantes sociales, éducatrice spécialisée, ergothérapeute, psychologue). L'admission de la personne handicapée dans ce service se fait après avis de CDDAPH.

Un partenariat étroit entre la MDPH et le service de MPR est donc indispensable, pour que les demandes d'admission en services médico-sociaux tels que le SAMSAH ou le SAVS soient faites le plus tôt possible et qu'en outre, l'organisation de différentes aides à domicile : auxiliaires de vie, aides ménagères, portages de repas, puisse être faite en amont de la sortie, auprès des différents services et sociétés gérant ces aides, comme les centres communaux d'action sociale (CCAS).

D) Organiser la prise en charge en structures d'aval

Pour les patients qui ne peuvent regagner leur domicile à la sortie du service de MPR, du fait de leur âge et/ou de leur dépendance (ce qui représente environ 15% des patients⁴⁷), la prise en charge dans des structures d'aval doit être prévue et organisée:

- Les services de soins de suite et de soins de longue durée : une convention pourra être passée avec le CHEC et les hôpitaux locaux du territoire de santé : Billom, le Mont Dore.

⁴⁷ DIM DU CHRU. *Rapport d'activité 2006 du service de MPR.*

- Les EPHAD et les maisons de retraite: des conventions pourront être passées avec les principaux établissements du territoire.
- Les structures médico-sociales et sociales prenant en charge les adultes lourdement handicapés, comme les foyers d'accueil médicalisés (FAM) et les maisons d'accueil spécialisées (MAS). Une convention pourra notamment être signée avec l'APF qui gère un foyer de vie à Riom, de 30 places (27 en long séjour, 2 temporaires et 1 d'urgence), plus 10 places en accueil de jour.
- Les unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et/ou professionnelle (UEROS) destinées aux TC et blessés médullaires (circulaire du 18 juin 2004).

Ces structures accueillent les personnes qui, à la sortie de l'hospitalisation en rééducation présentent des difficultés neuropsychologiques et/ou des troubles comportementaux qui rendent difficiles le retour à une vie normale. Il n'existe pas à ce jour de structure de ce type en Auvergne, mais à Limoges et Saint Etienne.

La bonne articulation du service de MPR avec les structures d'aval, garantit la qualité et la continuité de la prise en charge, toujours dans une optique de filières de soins, mais aussi une bonne fluidité des entrées et des sorties, indispensable dans la perspective d'un financement à l'activité des SSR à l'horizon 2010.

La finalisation du projet de MPR posera également la question du cadre juridique du futur service hospitalo-universitaire implanté au sein d'un centre hospitalier.

3.3. Définir le cadre juridique de ce service de MPR « de territoire »

3.3.1. L'hypothèse d'un service du CHRU localisé à Riom

La création d'un nouveau service hospitalo-universitaire de MPR au CHGT, regroupant le service du CHRU et celui du CHEC pose le problème de son cadre juridique, un CH n'ayant normalement pas vocation à disposer de services hospitalo-universitaires avec des missions d'enseignement et de recherche, dévolues conjointement aux CHU et aux facultés de médecine, par conventions. L'article L6142-1 du CSP dispose en effet que « les centres hospitaliers et universitaires sont des centres de soins où, dans le respect des malades, sont organisés les enseignements publics médical et pharmaceutique et post-universitaire, ainsi que, sans préjudice des attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement, la recherche médicale et pharmaceutique et les enseignements paramédicaux ». Et l'article L6142-3 du CSP : « Dans les villes sièges d'unités de formation et de recherche de médecine et de pharmacie, les universités, pour ce qui concerne ces unités, et les centres hospitaliers régionaux organisent conjointement l'ensemble de leurs services en centres hospitaliers et universitaires ».

Dans cette optique, le nouveau service hospitalo-universitaire de MPR devrait être un service du CHRU de Clermont-Ferrand, simplement délocalisé sur le site du CHGT. Ce service, ayant fait l'objet d'une demande d'autorisation au nom du CHRU, serait entièrement géré par cet établissement:

- Son personnel médical et non médical serait inscrit dans ses effectifs.
- Les recettes d'activités seraient encaissées au niveau du CHRU.
- Le service appartiendrait à un pôle d'activité du CHRU, le pôle RMND, comme le service actuel de MPR. Les personnels du service seraient représentés au niveau de ce pôle.
- Le CHRU rembourserait au CHGT ses dépenses liées au fonctionnement du service, comme les dépenses de restauration, de blanchisserie...

Cette solution serait tout de même problématique dans le sens où le CHGT, supportant les charges liées la construction du bâtiment hébergeant le service de MPR, ne serait pas associé à sa gestion, ne pourrait inscrire les personnels dans son effectif autorisé contractuel et ne pourrait inscrire les recettes d'activité dans ses prévisions budgétaires et financières.

3.3.2. L'hypothèse d'un service du CHGT

L'article L6142-5 du CSP prévoit la possibilité de conventions entre les CHU, les universités et d'autres établissements pour les associer à des missions de soins, d'enseignement et de recherche : « Des conventions peuvent être conclues par les universités et par les centres hospitaliers régionaux, agissant conjointement, avec d'autres établissements de santé ou organismes publics ou privés susceptibles d'être associés aux diverses missions définies à l'article L. 6142-1 ». Ces conventions doivent être signées par le Président de l'Université, par le Directeur général du CHU, après délibération du CA et par le représentant légal de l'établissement associé, sur mandat du CA (article R6142-32 du CSP). Elles sont établies pour une durée de 2 ans et renouvelables par tacite reconduction, sauf dénonciation de l'une des parties (article R6142-33 du CSP). D'après les articles R6142-34 et R6140, ces conventions définissent la ou les missions auxquelles est associé l'établissement et précise les conditions et modalités de cette association :

- « La liste des services de l'organisme affectés à l'accomplissement de la ou des missions auxquelles l'organisme est associé ».
- « Pour chacune des catégories de personnels enseignants et hospitaliers, la liste des postes à pourvoir dans l'organisme et, pour chaque poste, la part d'activité que doit y consacrer le membre du personnel enseignant et hospitalier qui y est affecté ».
- « Le nombre de postes d'internes et d'étudiants à pourvoir par des affectations d'internes et d'étudiants du CHU ».
- « Le nombre d'étudiants susceptibles d'être admis dans l'organisme ».

Cette solution permettrait au service de MPR du CHGT d'exercer par délégation établie par convention entre le CHRU, le CHGT et la faculté de médecine de Clermont-Ferrand, des activités hospitalo-universitaires de soins, de recherche et d'enseignement. Les lits et places du service feraient partie des capacités autorisées de l'établissement (par transfert des autorisations existantes au CHRU et au CHEC vers le CHGT), qui pourrait à ce titre bénéficier des recettes liées à l'activité, mais aussi des financements MIGAC et MERRI liés aux missions d'enseignement et de recherche. Le service pourrait fonctionner avec du personnel non médical inscrit à l'effectif du CHGT. Les personnels travaillant actuellement dans le service de MPR du CHRU et celui du CHEC qui souhaiteraient travailler dans le nouveau service de Riom pourraient le faire par mutation. Concernant le rattachement du personnel médical, plusieurs options sont envisageables :

- Un rattachement du personnel médical non universitaire au CH de Riom et un rattachement du PUPH et des internes au CHRU, avec une affectation au CHGT

prévue dans la convention et un remboursement du CHGT au CHRU de l'équivalent de la rémunération hospitalière.

- Un rattachement de l'ensemble du personnel médical au CHRU, avec affectation au CHGT prévue dans la convention et remboursement par le CH de Riom au CHRU. Cette solution apparaissant plus simple.

Ces divers rattachements des personnels posent le problème de leur représentation au sein des instances du CHRU et du CHGT, ainsi qu'au sein d'un pôle d'activité intégrant les différentes unités fonctionnelles de MPR.

Les personnels non médicaux rattachés au CHGT seraient électeurs et éligibles aux instances du CH. Les personnels médicaux hospitalo-universitaires (PUPH et internes) seraient électeurs à la CME du CHRU et électeurs et éligibles à la CME du CHGT (article R6144-5 du CSP). Le PUPH, chef du service de MPR, siègerait de droit à la CME du CHGT (article R6144-2). Les personnels médicaux non universitaires, s'ils sont rattachés au CHGT, seraient électeurs et éligibles dans la CME de cet établissement ; s'ils sont rattachés au CHRU, électeurs et éligibles au CHRU. S'ils partagent leur activité entre les deux établissements (et que l'activité est au moins égale à l'activité minimale exigée d'un praticien à temps partiel), ils seraient électeurs et éligibles dans les 2 CME (article R6144-6 du CSP). Pour le Conseil exécutif, qui associe à parité des membres de la direction et des praticiens désignés par la CME, les praticiens de MPR ne pourraient siéger qu'à celui du CHGT, sauf s'ils ont été élus au sein de la CME du CHRU. Etant donné que les conseils exécutifs des deux établissements seront amenés à se réunir dans un « conseil exécutif de territoire », les praticiens de MPR auraient finalement de toute façon l'opportunité d'être représentés aux côtés de ceux du CHRU et du CHGT.

Se pose également la question du positionnement du futur service de MPR au sein des pôles d'activités du CHRU et du CHGT et de la représentation des personnels. Il serait intéressant que le service puisse être rattaché, comme le service de MPR actuel du CHRU, au pôle RMND du CHRU, aux côtés d'autres services hospitalo-universitaires avec lesquels il aurait des liens privilégiés : les services de neurologie et de neurochirurgie. Ceci permettrait aussi la représentation des personnels médicaux et non médicaux du service de MPR dans un même pôle, quel que soit leur établissement de rattachement. Mais les textes ne prévoient pour l'instant pas la possibilité de constituer des pôles regroupant des services d'établissement différents, qui seraient en quelque sorte des « pôles de territoire ». Il serait souhaitable que ce soit possible à l'horizon 2010, dans l'hypothèse où le service de MPR soit un service autonome du CHGT. Sinon, il devra intégrer un pôle d'activité du CH.

3.3.3. Un accompagnement au changement des équipes concernées

Quelle que soit la formule juridique retenue, un accompagnement au changement des équipes devra être assuré, comme dans toute opération de recomposition hospitalière. Les diverses expériences de recomposition montrent l'importance de la communication, qui doit venir à la fois de la direction et du corps médical, pour montrer la cohérence du projet⁴⁸. Le calendrier de l'opération doit être clairement affiché. Les éventuelles réaffectations ou mutations de personnels doivent être annoncées le plus tôt possible, l'examen attentif de chaque difficulté individuelle permettant de préserver le climat social.

L'implantation de ce service hospitalo-universitaire de MPR au CH de Riom pose la question du développement dans les centres hospitaliers d'activités traditionnellement réservées aux CHU : quels en sont les enjeux et les perspectives ?

3.4. Quels enjeux et perspectives pour les activités hospitalo-universitaires en CH ?

3.4.1. Un développement des activités hospitalo-universitaires des CH

Le développement de stratégies de territoire entre CHU et CH et d'activités hospitalo-universitaires de soins, d'enseignement et de recherche au sein des centres hospitaliers, s'observe dans de plus en plus de régions, sous la forme de :

- Conventions de coopération: par exemple le CHU de Rouen s'est rapproché en octobre 2006 des CH de Dieppe et du Havre dans le cadre d'une convention cadre de coopération et de complémentarité pour développer en commun des activités de recherche, le développement de la télémédecine.
- FMIH : par exemple dans le Limousin, une FMIH de radiothérapie a été signée en décembre 2005 entre le CHU de Limoges et le CH de Guéret, afin de rapprocher les équipes médicales, de développer en commun des activités de recherche clinique en oncologie, ainsi que la formation en oncologie des personnels médicaux et paramédicaux. Autre exemple, une FMIH de pédiatrie a été mise en place entre le CHU d'Amiens et le CH d'Abbeville. Dans le Nord, une FMIH hospitalo-universitaire de réanimation et de maladies infectieuses a été mise en place entre le CHU Lille et le CH de Tourcoing.

⁴⁸ FHF. *Gestion des ressources humaines dans le cadre des restructurations*. 2002. 22p.

- Mises à disposition de PUPH : par exemple le CHU de Brest a passé une convention de coopération avec le CH de Morlaix pour la mise à disposition d'un PUPH en chirurgie de la main. Le CHU de Limoges a mis des PUPH à disposition des CH de Saint Yrieix (ORL et cardiologie) et de Châteauroux (orthopédie infantile).
- Chefferies hospitalo-universitaires de service partagées : par exemple la chefferie du service de neurochirurgie du CH de Valence est assurée par le PUPH de neurochirurgie du CHU de Saint Etienne.

Ces coopérations entre CHU et CH permettent de pallier les difficultés de recrutement des CH liées à la démographie médicale et de développer leur attractivité, tant pour les personnels que pour les patients.

Mais les outils qui permettent de développer ces coopérations restent aujourd'hui relativement limités, souvent inadaptés et ne favorisent pas le développement de formules innovantes, comme le projet de MPR clermontois.

Les conventions entre CHU et CH sur les activités hospitalo-universitaires définies à l'article L. 6142-5 laissent en suspens beaucoup de questions sur le fonctionnement concret. Les FMIH, définies à l'article L6135-1 du CSP sont théoriquement réservées aux seuls CH et ne devraient pas impliquer de CHU, mais faute d'autre solution, plusieurs CHU en ont mises en place.

Une évolution des lignes règlementaires serait donc souhaitable, afin de favoriser les coopérations entre CHU et CH pour la délégation d'activités hospitalo-universitaires. C'est dans ce sens qu'a été évoquée lors des Assises Hospitalo-universitaires de Marseille en janvier 2007 la perspective d'une « labellisation hospitalo-universitaire » de services de CH.

3.4.2. La perspective d'une labellisation hospitalo-universitaire des services de CH

Une des 9 propositions formulées lors des Assises de Marseille était en effet d'« instaurer la labellisation hospitalo-universitaire de certains services ou pôles d'EPS partenaires du CHU, fondée sur un cahier des charges universitaire, clinique et médico-économique ». Cette labellisation devrait porter sur les domaines du soin, de l'enseignement et de la recherche. C'est un service ou pôle qui serait labellisé, et non tout l'hôpital, ce qui est un gage de valeur du label, car les services dont l'implication est discutable ne seraient pas valorisés. La labellisation ferait l'objet d'un contrat, comprenant :

La labellisation universitaire, délivrée par le directeur de l'UFR. Cet agrément ferait du service ou pôle considéré dans le CH un lieu de formation des internes et des externes.

En préalable, le financement de ces postes ferait l'objet d'une négociation avec les DRASS. Cet agrément permettrait également aux praticiens hospitaliers de ces CH d'enseigner dans le cadre des formations théoriques et pratiques dispensées par l'UFR de Médecine. Ce partenariat correspondrait alors à ce qui se fait dans les CHU lorsque les PH participent à l'activité d'enseignement.

La labellisation clinique, délivrée par le CHU, après avis du Président de la CME et des responsables de la discipline et suite à une négociation avec les médecins et homologues du CH. L'objectif étant de garantir l'homogénéité de la prise en charge du patient entre les deux secteurs :

- Avec des protocoles de prise en charge communs ou partagés, intégrant les recommandations des sociétés savantes, des collèges universitaires et de l'HAS.
- Avec une gradation de la prise en charge et un raisonnement par filière de soins. Pour un patient présentant une pathologie complexe ou nécessitant le recours à un plateau technique, le transfert du patient au CHU est organisé, ou bien un déplacement de praticien, du CH au CHU ou inversement pour un appui technique.
- Avec une « sécurité » assurée par le rôle de recours et référence joué par le CHU.

Un accord sur une démarche commune et conjointe d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et sur la formation médicale continue. L'EPP pouvant conduire à une démarche commune et conjointe au CH et au CHU. La formation médicale continue, quant à elle, implique un travail conjoint des établissements et de l'UFR.

L'engagement du CHU à faciliter aux équipes du CH un accès à l'innovation, par exemple sous la forme d'un accès aux plateaux techniques, d'une formation privilégiée lors de la diffusion d'une nouvelle technique...

Une participation du CH à la recherche. La règle doit être l'association du service ou pôle labellisé aux travaux de recherche du service hospitalo-universitaire de référence.

Cette labellisation permettrait ainsi d'instaurer une dynamique « gagnant-gagnant » entre les établissements.

Le CHU y gagnant : la continuité dans la qualité de la prise en charge par filière ; l'enrichissement mutuel des pratiques ; des appuis pour assurer la formation des internes dans le cadre de l'augmentation du numerus clausus ; une extension du périmètre de la recherche clinique, les PHRC régionaux et interrégionaux permettant déjà d'impliquer les CH.

Les CH y gagnant tout d'abord le fait de pouvoir se prévaloir de l'intégration de leurs meilleurs services dans une « filière hospitalo-universitaire », reconnue par un label,

ce qui peut être un avantage décisif dans des villes en butte à une concurrence vive, en chirurgie particulièrement.

Ensuite l'intégration dans la filière CHU d'équipes chirurgicales de CH peut leur permettre, à travers la notion d'équipes partagées, d'atteindre les seuils d'activité qui, de plus en plus nombreux, seront définis et imposés comme cela est en cours pour la chirurgie cancérologique. Enfin, l'impulsion d'un dynamisme fort pour des équipes travaillant hors CHU mais formées, par définition, en CHU et ouvertes à la démarche hospitalo-universitaire. La participation de l'équipe labellisée à la recherche clinique du CHU de référence est de nature à stimuler l'équipe et, au-delà, l'hôpital. De plus, la labellisation devrait permettre l'obtention de financements MIGAC et MERRI.

La possibilité de cette labellisation hospitalo-universitaire serait ainsi une véritable chance de développement de stratégies communes de territoire « gagnant-gagnant » entre CHU et CH, avec une reconnaissance d'activités hospitalo-universitaires des CH. Ce type de labellisation ne serait pas applicable à la situation clermontoise puisque la totalité de l'activité hospitalo-universitaire de MPR sera basée à Riom et non plus au CHRU. Mais elle pourrait être intéressante pour établir des coopérations entre les 2 établissements dans d'autres disciplines, comme l'ORL ou l'ophtalmologie.

Conclusion

«La complémentarité ne se décrète pas, elle est le fruit d'une réflexion stratégique entre les décideurs qui doivent y trouver leurs comptes respectifs»⁴⁹. Cette phrase d'un rapport du Conseil économique et social résume bien l'enjeu et l'avenir des coopérations hospitalières : établir des stratégies « gagnant-gagnant » de maîtrise concertée et partagée de l'activité, dans le cadre de territoires, à l'échelle interrégionale, régionale et locale. Ces stratégies de coopération doivent permettre d'« explorer pleinement le potentiel public-public » pour reprendre une expression de Claude Evin, de garantir le maintien et le développement d'un service public hospitalier performant. Elles doivent aussi permettre aux EPS de répondre à leurs défis actuels : maîtrise de l'activité et des coûts, maîtrise de la démographie médicale, articulation des missions de proximité, de recours et de référence, développement de filières de soins complètes, cohérentes et fluides.

Le développement de filières de soins continuera de mettre en lumière le rôle essentiel des SSR et la nécessité d'une bonne articulation avec les autres maillons de la chaîne, en amont avec les services de MCO et en aval, avec une ouverture sur les autres acteurs extra hospitaliers du territoire. Les réformes de la réglementation et du financement des SSR devront leur permettre de répondre à ces défis. La MPR doit trouver toute sa place dans ce développement des SSR, pour relever le défi du vieillissement de la population et de l'accroissement du nombre de personnes atteintes de déficiences.

Les directeurs d'hôpitaux, devenant des « managers de territoire » devront impulser ces dynamiques de coopération et promouvoir une vision à la fois territoriale et globale de l'offre de soins. La vision territoriale se déclinera à plusieurs niveaux : interrégional pour les CHU, régional et local. Les directeurs devront pour cela pouvoir s'appuyer sur des outils juridiques pertinents, comme la labellisation hospitalo-universitaire de services de CH, la possibilité de créer des « pôles d'activités de territoire » sur plusieurs établissements, ou encore des fédérations médicales entre CHU et CH. Le développement du système d'information hospitalier, de la comptabilité analytique et de l'analyse de gestion, permettant une analyse médico-économique fiable, seront également indispensables à l'élaboration de stratégies de coopération et de maîtrise de l'activité et des coûts.

⁴⁹ Conseil économique et social. *Aménagement du territoire et établissements de santé*. 2004, p. 123.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Lois

- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. -Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2003. -Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004. *Journal Officiel de la République Française*, 19 décembre 2003

Ordonnances

- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. -Ordonnance n° 2005-1112 du 1er septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière. *Journal officiel de la République Française*, 6 septembre 2005.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. –Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. *Journal officiel de la République Française*, 3 mai 2005.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2003. –Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé. *Journal officiel de la République Française*, 6 septembre 2003.

Décrets

- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. -Décret n°2005-920 du 2 août 2005 portant dispositions relatives à la direction de certains établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires à la fonction publique hospitalière. *Journal Officiel de la République Française*, 5 août 2005.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. -Décret n° 2005-76 du 31 janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins prévus à l'article L. 6121-2 du code de la santé publique. *Journal Officiel de la République Française*, 2 février 2005.

Arrêté

- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2006. -Arrêté du 24 janvier 2006 fixant les groupes de régions prévus à l'article L.6121-4 du Code de la Santé publique. *Journal Officiel de la République Française*, 26 janvier 2006.

Circulaires

- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2007.-Circulaire n°DHOS/F2/2007/248 du 15 juin 2007 relative à la mise en œuvre du plan Hôpital 2012.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004. Circulaire n°DHOS/SDO/DGAS/PHAN/3B/280 du 18 juin 2004 relative à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crâniocérébraux et des traumatisés médullaires.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2003. -Circulaire DHOS/DGS/DGAS n° 2003-517 du 3 novembre 2003 relative à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004. -Circulaire n° 101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004. -Circulaire DHOS/O/ n° 44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. -Circulaire n°DHOS/02/DGS/SD5D/DGAS/2002-288 du 3 mai 2002 relative à la création d'unités de soins dédiées aux personnes en état végétatif chronique ou en état pauci relationnel.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. -Circulaire DGAS/PHAN/3A/2002/522 du 11 octobre 2002 relatif à la mise en place d'un dispositif de soutien à domicile des personnes handicapées et plus particulièrement des personnes lourdement handicapées.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 1997. -Circulaire DH/EO4/97 n° 841 du 31 décembre 1997 relative aux orientations en matière d'organisation des soins de suite et de réadaptation.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 1996. -Circulaire DDASS/DE/DSS n° 96-428 du 4 juillet 1996 relative à la prise en charge médico-sociale et à la réinsertion sociale et professionnelle des personnes atteintes d'un traumatisme crânien.

Ouvrages

- AXELROD R., *Comment réussir dans un monde d'égoïstes? Théorie du comportement coopératif*. Paris: Odile Jacob, 2006. 226 p.
- CALMES G., SEGADE J.-P., LEFRANC L., *Coopération hospitalière : l'épreuve de vérité*. Paris : Masson, 1998. 170 p.
- EBER N., *Le dilemme du prisonnier*. Paris: La Découverte, 2006. 122 p.

- EXPERT P., *La tarification à l'activité. Médecine et gestion : une dynamique nouvelle*. Paris : Berger-Levrault, 2ème édition, 2006. 357 p.

Articles

Sur la MPR et les SSR

- BLONDEL P. « Vous avez dit MPR ? ». *Réadaptation*, n° 493, pp. 10-11
- CHARPENTIER P. « MPR et reclassement des travailleurs handicapés ». *Bulletin du SYFMER*, février 2005, p. 14.
- DIZIEN O, LAFFONT I, RECH C. « L'avenir des prises en charge en médecine physique et de réadaptation ». *Réadaptation*, n°493, pp. 26-29.
- HAMONET C. « L'exercice de la médecine physique et de réadaptation en centre hospitalier universitaire ». *Gestions hospitalières*, janvier 1999, pp. 52-55.
- HAMONET C. « Productivité et médecine de réadaptation ». *19e congrès de la SOFMER, affiche (poster)*. 29 septembre 2004, Paris.
- JEANNEAU J. « Typologie des établissements de soins de suite ou de réadaptation ». *Perspectives sanitaires et sociales*, n°188, septembre-octobre 2006, pp. 1-12.
- MORINEAUX B. « Organisation et modalités d'exercice de la MPR en France ». *Bulletin du SYFMER*, février 2005. p. 9.
- PELISSIER J. « Apport des nouvelles technologies dans l'évolution des procédures de MPR ». *Bulletin du SYFMER*, février 2005, p. 13.
- STIKER H-J. « Brève histoire de la réadaptation ». *Réadaptation*, n°493, pp. 12-13.
- SYFMER. « Des médecins spécialistes au service des personnes handicapées ». *Bulletin du SYFMER*, février 2005. pp. 1-16.
- VAUTRAVERS P. « La démographie en médecine physique et de réadaptation ». *Réadaptation*, n°493, pp. 18-19

Sur les territoires, les coopérations, les filières de soins, la T2A

- APOLLIS B., TERRIER E. « La réforme de la planification hospitalière ». *A.J.D.A.*, N°8, février 2006, pp. 422-424.
- BELAIGUES B. « Le CHU régionalisé ». *DH magazine*, N°99 bis, janvier-février 2005, pp. 59-61.
- BOUCAND M. « La filière de soins des personnes porteuses d'un handicap sévère ». *Gestions hospitalières*, aout-septembre 1995, pp.520-524.
- BROUCQSAULT M, CAILLET R. « Les séjours de longue durée à l'aune de la T2A ». *Revue hospitalière de France*, n°499, juillet-aout 2004, pp. 62-65.

- CASH R. « La tarification à l'activité : première année de mise en œuvre ». *Revue d'économie financière*, n°76, 2004, pp. 209-222.
- COLLECTIF. « Dossier CHU ». *JADH*, n°7, janvier-février 2007, pp. 18-36.
- CORMIER M., « Mutation et enjeux des coopérations hospitalières ». *A.J.D.A.*, N°8, février 2006, pp. 416-421.
- EVIN C. « Une stratégie de groupe au service des patients ». *Revue hospitalière de France*, n° 516, mai-juin 2007, p.1.
- FUENTES P. « Vers une organisation graduée des soins ». *Revue hospitalière de France*, n°516, mai-juin 2007, p.67.
- JACQUET N. « Dossier SROS III ». *Revue hospitalière de France*, n° 497, mars –avril 2004, pp. 3-25.
- LECLERCQ B, RAISIN DADRE L. « Les stratégies de coopération des HCL avec les centres hospitaliers ». *JADH*, n°6, novembre-décembre 2006, pp.34-36.
- LEVEL B., JALLU J.-L., « Quelle organisation hospitalière dans le nouveau territoire de référence ? ». *Revue Hospitalière de France*, N°510, mai-juin 2006, pp.20-21.
- MARIN P., « SROS et Projets médicaux de Territoire ». *Revue Hospitalière de France*, N°510, Mai-Juin 2006, pp. 25-28.
- PIQUEMAL A. « Développer les stratégies de groupe ». *Revue hospitalière de France*, n°516, mai-juin 2007, p.66.
- PODEUR A., « Objectifs quantifiés et projet médical de territoire ». *Revue Hospitalière de France*, N°510, mai-juin 2006, pp. 12-16.
- SEGADÉ J.-P., « Un CHU mal connu mais apprécié ». *DH Magazine*, N°99 bis, janvier-février 2005, pp. 37-38.
- TRUCHET D., « Etablissement public de santé et système de santé ». *AJDA*, N° 8, février 2006, pp.401-404.

Sur la théorie des jeux

- BROSIG J., WEIMANN J., OCKENFELS A., « The effect of communication media on cooperation ». *German Economic Review*, vol.4, 2003, pp. 217-241.
- SALLY D., « A general theory of sympathy, mind-riding and social interaction with an application to the prisoner's dilemma ». *Social science information*, vol. 39, 200, pp. 567-634.
- DAWES R., THALER R., « Cooperation ». *Journal of economic perspectives*, vol.2, 1998, pp. 187-197.

Rapports

- BERLAND Y. *Mission « Démographie médicale hospitalière », Rapport au Premier Ministre*. 2006. 202 p.
- COLLECTIF. *Synthèse des recommandations du groupe de travail sur les soins de suite et de réadaptation*. Ministère de la Santé et des solidarités. 2006. 48 p.
- COLLECTIF. *Livre blanc du management des CHU*. 2006. 78 p.
- COLLECTIF. *Conférence de consensus ANAES et SOFMER : sortie du monde hospitalier et retour à domicile d'une personne adulte handicapée sur les plans moteur et neuropsychologique*. 2004. 22p.
- DUCASSOU D. *Restaurer l'attractivité des CHU et leur partenariat avec le monde de la santé et l'université*. 2003. 49 p.
- FHF. *Gestion des ressources humaines dans le cadre des restructurations : les évolutions nécessaires*. 2002. 22p.
- FHF. *Rapport du groupe d'études et de recherches sur les fusions et les regroupements d'établissements publics de santé*. 2002. 75 p.
- GIRAUD F. *Les Centres Hospitaliers et Universitaires, Réflexion sur l'évolution de leurs missions, Rapport au Premier Ministre*. 2006. 65 p.
- VALLANCIEN G. *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France, Rapport au Premier Ministre*. 2006. 77 p.

Colloques / conférences

- XXES ASSISES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES. *Le CHU porteur d'avenir*. Dossier de presse 2007. 21 p.
- EVIN C. Allocation d'ouverture Hôpital Expo 2006. 11 p.
- POLLEZ B. *HAD : polyvalence ou spécialisation ? Eléments de réponse à travers l'illustration par une discipline médicale : la MPR*. Colloque DHOS, 15 juin 2004. 9 p.
- SEGADÉ J.P. *Un service public hospitalier de territoire*. IHEDAT. 15 juin 2007.

Sites internet

- Site du Journal Officiel de la République Française : www.legifrance.gouv.fr/
- Site du Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports : www.sante.gouv.fr
- Site de l'ARH Auvergne : www.parhtage.sante.fr/re7/auv/site.nsf
- Site de la DRASS Auvergne : www.auvergne.sante.gouv

- Site de l'INSEE : <http://www.insee.fr>
- Site de la base de données STATISS : www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm
- Site de la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé : <http://www.fnors.org/>
- Site de la FHF : www.fhf.fr/accueil/index.php
- Site de la FEHAP : www.fehap.fr
- Site de l'HAS : www.has-sante.fr
- Site du Collège Français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation : www.cofemer.fr
- Site de la SOFMER : <http://www.sofmer.com/>
- Site du SYFMER : <http://www.syfmer.org/>
- Site de l'association Comète France : <http://www.cometefrance.com>

Documents locaux

- ARH Auvergne. *SROS III 2006-2011*. Mars 2006. 92 p.
- ARH Auvergne. *Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec le CHU*. Mars 2007.
- CHU de Clermont-Ferrand. *Projet d'établissement 2006-2009*. Janvier 2006. 172 p.
- CHU de Clermont-Ferrand. *Rapport de gestion 2006*.
- CH E. Clémentel. *Rapport de gestion 2006*. 125 p.
- CH de Riom. *Projet d'établissement 2007-2010*. 73 p.
- CH de Riom. *Rapport de gestion 2006*. 87 p.
- CH de Riom. *Programme technique détaillé pour la construction d'un bâtiment dédié à la MPR*. Mars 2007. 90 p.
- CH de Riom. *Rapport d'analyse des projets pour le concours d'architecture et d'ingénierie pour la construction d'un service hospitalo-universitaire de MPR*. Mai 2007. 22 p.
- CHU de Clermont-Ferrand, Direction des soins. *Fiche de calcul des effectifs pour les services standard de 28 lits*.

Liste des annexes

- Annexe 1 : Liste des personnes interrogées
- Annexe 2 : Carte de l'espace urbain clermontois
- Annexe 3 : Carte régionale des zones d'influence des petits pôles hospitaliers
- Annexe 4 : Découpage de la région Auvergne en territoires de santé
- Annexe 5 : Carte régionale des implantations d'activités de SSR et de RRF
- Annexe 6 : Gradation de l'offre de soins en MPR en Auvergne (SROS III)
- Annexe 7 : Schéma sur le projet de nouvelle réglementation sur les SSR
- Annexe 8 : Projections en personnels non médicaux pour le service de MPR du CH de Riom

Annexe 1 : liste des personnes interrogées

Acteurs du CHU

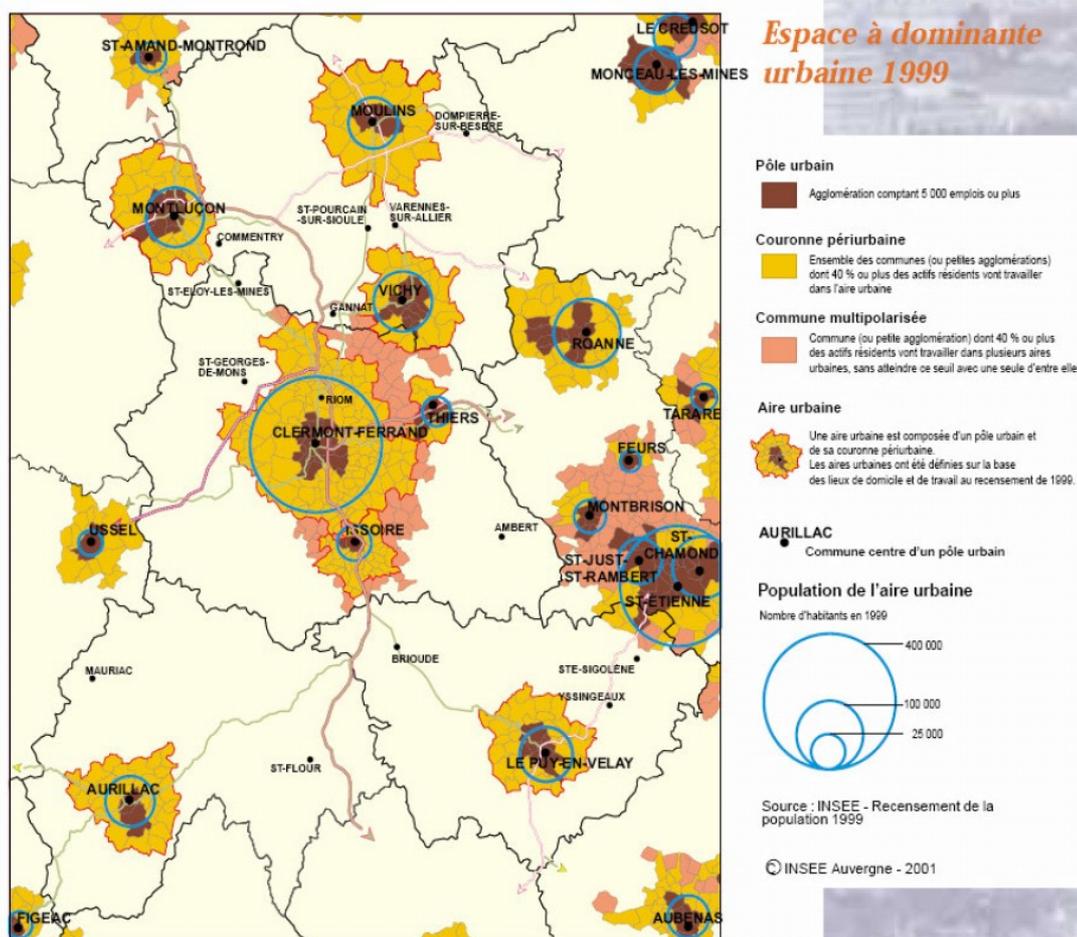
- Jean Paul Ségade, directeur général
- Bernard Belaïgues, directeur général adjoint
- Thierry Lugbull, directeur délégué du CHGT
- Guy Blanzat, directeur délégué du CHEC
- Séverine Giraud, directrice référente du pôle RMND
- Thomas Talec, directeur des affaires médicales
- D. Bruno Aublet-Cuvelier, DIM
- Agnès Evrard, assistante de gestion, pôles RMND
- P. Franck Durif, chef du pôle RMND
- P. Jean-Michel Ristori, chef du service de MPR
- D. Didier Vernay, praticien hospitalier en MPR
- D. Pascale Givron, chef de clinique en MPR
- D. Michèle Bonnard, praticien hospitalier, service de neuroréanimation
- D. Dominique Guelon, praticien hospitalier, service de réanimation médico-chirurgicale
- Monique Montagnon, coordinatrice générale des soins
- Sylvie Aubreton, cadre supérieur kinésithérapeute
- Eric Durand, cadre de santé, service de MPR
- Eric Freitas, cadre de santé chargé du handicap, service de MPR
- Brigitte Merle, cadre kinésithérapeute, service de MPR
- Dominique Matussière, cadre de santé, service de neuroréanimation
- Bruno Ogeix, cadre de santé, service de neurochirurgie
- Philippe Chevaldonne, cadre de santé, service de réanimation médico-chirurgicale
- Marie-Pierre Allegre, kinésithérapeute, service de neurochirurgie
- Marion Sabatier, assistante sociale, service de neurochirurgie

Acteurs hors CHU

- David Causse, délégué général adjoint à la FHF
- Alain Raisin-Dadre, directeur de la stratégie des Hospices Civils de Lyon
- Alain Gaillard, directeur de l'ARH Auvergne
- Jean-Claude Zicola, maire de Riom

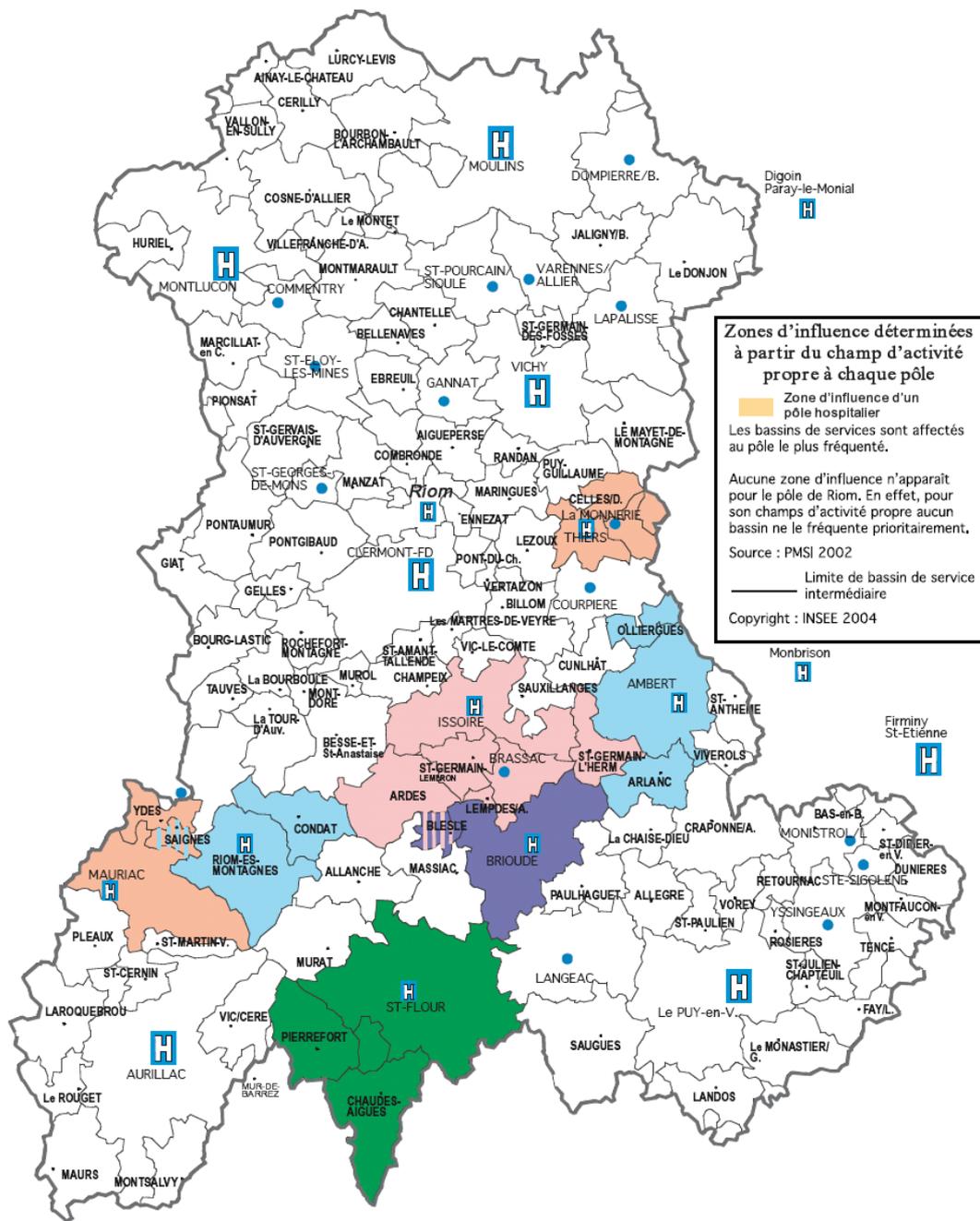
- Mme Rossignol, chargée du contrôle des EPS, DDASS du Puy de Dôme
- Dominique Vergne, chargé du handicap et de la dépendance, DDASS du Puy de Dôme
- D. Jacques Malroux, direction du service médical régional d'Auvergne
- Mireille Virlogeux, présidente de l'AFTC Auvergne
- M. Cotte, directeur du Centre de rééducation fonctionnelle Notre Dame
- Frédéric Chatelet, directeur du Centre de rééducation fonctionnelle Michel Barbat
- P. Vincent Gautheron, chef du service de MPR du CHU de St Etienne
- P. Jean-François Mathé, service de MPR du CHU de Nantes
- P. Jean-Pierre Dhalluin, chef du service de MPR du CH de Roubaix
- D. Bruno Pollez, service de MPR du CH La Bassée
- D. Emmanuel Coudeyre, service de MPR du Centre de rééducation fonctionnelle Notre Dame

Annexe 2 : Carte de l'espace urbain clermontois



Source : V. VALLES. « Aires urbaines auvergnates en 1999, Délimitation et évolution ». *Les Cahiers du Point économique de l'Auvergne*, INSEE, N°83, Mars 2001.

Annexe 3 : Carte des zones d'influence des petits pôles hospitaliers en Auvergne



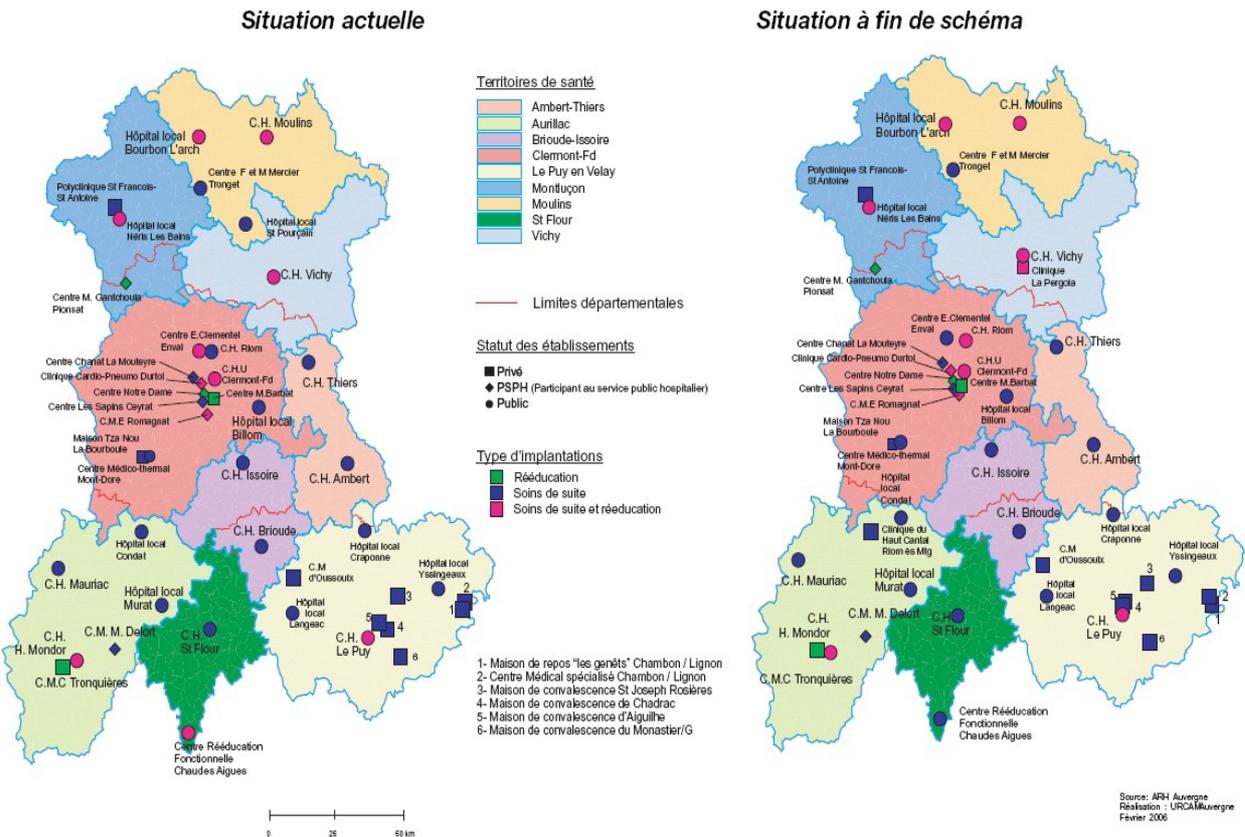
Source : SROS III Auvergne 2006-2011

Annexe 4 : Découpage de la région Auvergne en territoires de santé



Source : SROS III Auvergne 2006-2011

Annexe 5 : Carte des implantations d'activités de soins de suite et de rééducation et de réadaptation fonctionnelle en Auvergne



Source : SROS III Auvergne

Annexe 6 : Schéma de la gradation de la prise en charge en rééducation et réadaptation fonctionnelles en Auvergne

NIVEAU III – Niveau régional

- Mise en place d'une chaire de Médecine physique et réadaptation
- Un établissement référent de SSR pédiatrique
- Une unité RRF à orientation neurologique pour la prise en charge des traumatisés crâniens (TC) ainsi que des blessés médullaires (BM)
- Un établissement référent pour la rééducation réadaptation cardiovasculaire

NIVEAU II – Territoire de santé

- Un ou plusieurs services soins de suite en propre ou par voie de convention
- Un ou plusieurs services rééducation et réadaptation fonctionnelle en propre ou par voie de convention
- Une ou plusieurs structures services rééducation et réadaptation fonctionnelle hôpital de jour en propre ou par voie de convention
- Un ou plusieurs services soins de suite ayant une orientation cardiologique en propre ou par voie de convention
- Un ou plusieurs services soins de suite ayant une orientation carcinologique en propre ou par voie de convention

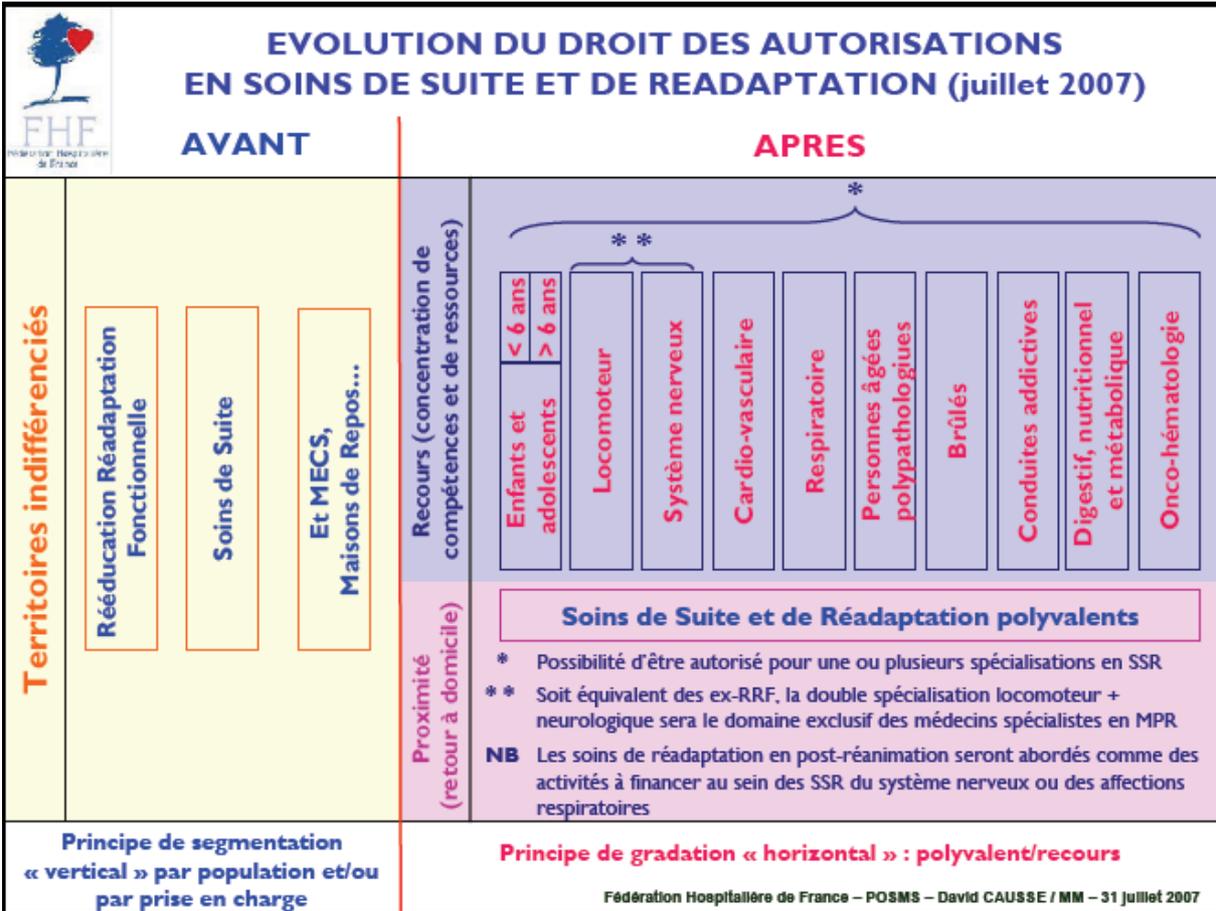
- 9 territoires de santé

NIVEAU I – Proximité

- HAD
- Services soins de suite des hôpitaux locaux

Source : SROS III Auvergne

**Annexe 7 : schéma récapitulatif du projet
de nouvelle réglementation sur les soins de suite ou de réadaptation**



Source : Fédération Hospitalière de France

**Annexe 8 : Projections en personnel non médical
pour le service de MPR du CH de RIOM**

Documents de référence

- Fiches techniques spécialisées sur les SSR, Ministère de la Santé
- Critères de prise en charge en MPR, FEDMER
- Effectifs du service de MPR du CHU de Clermont-Ferrand et du CHEC
- Fiche de calcul d'effectifs pour les services de 28 lits, direction des soins du CHU.
- Effectifs du service de MPR du CHU de Limoges

Unité de rééducation neurologique (34 lits)

1 cadre de santé

	Matin	Soir	Journée semaine	Journée Week-end	Nuit	Total ETP
IDE	3	2			0,5	10,16
AS	3	3			1	13,2
ASH	1	1				3,56
Kiné			2	1		2,76
Ergo			1			1,24
Secrétaire			1			1,24

Unité de rééducation polyvalente (30 lits)

1 cadre de santé

	Matin	Soir	Journée semaine	Journée Week-end	Nuit	Total ETP
IDE	2	2			0,5	8,39
AS	3	3			1	13,2
ASH	1	1				3,56
Kiné			2	1		3,84
Ergo			1			1,24
Secrétaire			1			1,24

Unité d'Etats végétatifs chroniques (8 lits)

0,5 cadre de santé

	Matin	Soir	Journée (semaine)	Nuit	Total ETP
IDE	1	1		0,5	4,82
AS	1	1		0,5	4,82
ASH	1	1			3,56
Kiné			0,5		0,62
Secrétaire			0,5		0,62

Unité d'hospitalisation de semaine (30 lits)

1 cadre de santé

	Matin	Soir	Journée	Nuit	Total ETP
IDE	2	1		0,5	5,68
AS	2	1		0,5	5,58
ASH	1	1			2,58
Kiné			4		4,36
Ergo			2		2,48
Secrétaire			1		1,24

Unité d'hospitalisation de jour (10 places)

0,5 cadre de santé (hôpital de jour+consultations)

	Journée	Total ETP
IDE	1	1,24
AS	1	1,24
ASH	0,5	0,62
Kiné	2	2,48
Ergo	1	1,24
Secrétaire	2	2,48

Consultations

	Journée	Total ETP
IDE	1	1,24
ASH	0,5	0,62
Kiné	2	2,48
Ergo	2	2,48
Secrétaire	1	1,24

Personnel commun

2 ASH (plateaux techniques)
1 cadre supérieur de santé
1 cadre kinésithérapeute
5 brancardiers
1 psychomotricien
2 orthophonistes
2 psychologues
1 neuropsychologue
1 éducateur sportif
2 assistantes sociales

Tableau récapitulatif

Grade	ETP nécessaires	ETP existants	Créations/suppressions
Cadre supérieur	1	0	+1
Cadre de santé	4	2	+2
Cadre kinésithérapeute	1	2	-1
IDE	31,53	24,5	+7
AS	38,04	36,5	+1,5
ASH	14,48	14	+0,5
Brancardier	5	5	0
Kiné	19	19	0
Ergo	8,68	6	+2,5
Psychomotricien	1	0	+1
Orthophoniste	3	1,30	+1,5
Psychologue	2	1,5	+0,5

Neuropsychologue	1	0	+1
Educateur sportif	1	1	0
Assistante sociale	2	2	0
Secrétaire	4	4	0

Soit 1 création de 17,5 ETP
Equipe mobile non prise en compte