



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2007-2009**

Date du Jury : **Décembre 2008**

**Une approche économique des filières
de soins : l'exemple de l'hôpital
Rothschild dans l'Est parisien**

Fabrice DECOURCELLES

Remerciements

Avant tout, je tiens à remercier mon maître de stage, Mme Lucile ROZANES-MERCIER, directrice de l'hôpital Rothschild, pour son accueil et sa disponibilité en dépit d'un emploi du temps surchargé.

Je remercie en outre les membres de l'équipe de direction, et tout particulièrement Mme Claude ODIER, pour leur aide et leurs conseils.

Je remercie enfin pour leur accueil les membres de l'équipe projet du nouveau Rothschild que j'ai eu l'occasion de côtoyer pendant toute la durée de mon stage.

Sommaire

Introduction	3
1 Les filières de soins doivent permettre d'obtenir un continuum de prise en charge qui nécessite sur le territoire francilien un renforcement de l'offre en soins de suite et de réadaptation, celle-ci étant soumise à de fortes évolutions réglementaire et financière.....	5
1.1 Les filières de soins répondent avant tout à un objectif essentiel de santé publique de fluidification de la « trajectoire » de soins du patient, qui passe sur le territoire francilien par un renforcement de l'offre en soins de suite et de réadaptation	5
1.1.1 La filière de soins : la « trajectoire » du patient au sein du système de santé.....	5
A) La filière de soins doit être distinguée du réseau de soins ou de santé.....	5
B) La filière de soins répond à des objectifs similaires aux réseaux de soins ou de santé mais est dotée d'une organisation linéaire.....	7
1.1.2 Compte tenu des besoins sanitaires au sein du territoire francilien, la constitution de filières de soins optimales implique une réorganisation de l'offre passant notamment par le renforcement de l'offre en soins de suite et de réadaptation.....	11
A) Les principales données démographiques, socio-économiques et épidémiologiques de la région Ile-de-France.....	11
B) Une offre de soins riche mais qui doit s'adapter pour répondre aux enjeux majeurs de santé publique de la région Île-de-France, notamment en renforçant sa capacité en soins de suite et de réadaptation.....	14
1.2 Pivot des filières de soins hospitalières, les soins de suite et de réadaptation sont à l'orée d'un bouleversement majeur en matière d'organisation et de financement de l'offre	19
1.2.1 Le nouveau cadre réglementaire de l'activité de soins de suite et de réadaptation.....	19
A) La nouvelle donne réglementaire en matière de soins de suite et de réadaptation	19
B) Les interrogations et les espoirs que suscitent ce nouveau cadre réglementaire	21
1.2.2 Les bouleversements financiers : l'application de la tarification à l'activité dans le champ SSR est génératrice d'incertitudes.....	26
A) Le cadre financier actuel n'encourage pas la recherche de l'efficacité.....	26

B)	La tarification à l'activité des soins de suite et de réadaptation : une réforme qui se précise et qu'il convient de connaître pour en anticiper les effets	27
2	Les filières de soins peuvent constituer un instrument déterminant d'optimisation de l'offre de l'hôpital public dans un contexte concurrentiel très marqué en Île-de-France.....	32
2.1	Une activité de soins de suite et de réadaptation de plus en plus concurrentielle, tant en France que sur le territoire francilien	32
2.1.1	Une offre SSR dominée par le secteur privé au niveau national et notamment marquée par le développement de la part du secteur privé lucratif aux dépens essentiellement du secteur privé non lucratif	32
A)	Une offre dominée par le secteur privé et plus particulièrement par le secteur privé non lucratif	32
B)	Les segments d'activité des secteurs public et privé ne se recoupent pas totalement.....	34
C)	Un secteur privé lucratif en plein essor dans le champ SSR venant concurrencer les deux acteurs traditionnels de ce secteur que sont l'hôpital public et le secteur privé à but non lucratif.....	38
2.1.2	L'offre SSR dans le contexte francilien : une place prépondérante de l'APHP au sein de laquelle le futur hôpital Rothschild constituera à terme un maillon essentiel de l'offre pour l'Est parisien.....	41
A)	Le rôle prépondérant de l'APHP dans la région Île-de-France	41
B)	Positionnement du futur Rothschild dans cette offre de soins.....	45
2.2	L'optimisation des filières de soins est une réponse à cette concurrence exacerbée	48
2.2.1	Les filières actuelles de l'hôpital Rothschild : concentration du recrutement en soins de suite gériatriques, plus grande dispersion en rééducation et réadaptation fonctionnelles	48
A)	Les filières gériatriques de l'hôpital Rothschild.....	49
B)	Les filières de médecine physique et de réadaptation.....	53
2.2.2	Aspect prospectif : l'enjeu des filières de soins pour le nouveau Rothschild	56
A)	Les perspectives de développement des filières de soins.....	56
B)	Méthodologie pour développer les filières dans la perspective de l'ouverture du nouvel hôpital	58
	Conclusion	61
	Bibliographie.....	63

Liste des annexesI

Liste des sigles utilisés

APHP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARHIF : Agence Régionale d'Hospitalisation d'Île-de-France
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
AVC : Accidents Vasculaires Cérébraux
CLIC : Centres Locaux d'Information et de Consultation
CMC : Catégorie Majeure Clinique
CSP : Code la Santé Publique
DAF : Dotation Annuelle de Financement
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DEF : Direction Économique et Financière du siège de l'APHP
DIM : Département d'Information Médicale
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DRASSIF : Direction Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales d'Île-de-France
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EDP : Entrepôt de Données Partagé
EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes
ENC : Échelle Nationale de Coûts
EPRD : État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
FEHAP : Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Assistance Privée à but non lucratif
GMD : Groupe de Morbidités Dominantes
HAD : Hospitalisation À Domicile
MAS : Maison d'Accueil Spécialisé
MPR : Médecine Physique et de Réadaptation
OQN : Objectif Quantifié National
PSPH : Participant au Service Public Hospitalier
RHA : Résumés Hebdomadaires Anonymisés
RRF : Rééducation et Réadaptation fonctionnelles
SAE : Statistique Annuelle des Établissements de Santé
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
SROS 3 : Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire de troisième génération
T2A : Tarification À l'Activité
UGA : Unité Gériatrique Aiguë
UHTCD : Unités d'Hospitalisation de Très Courte Durée

UNV : Unités Neuro-Vasculaires

UNVR : Unités Neuro-Vasculaires de Référence

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

VAP : Valorisation de l'Activité en Psychiatrie

Introduction

La nécessité de mettre en place des filières ou des réseaux de soins pour améliorer la prise en charge des patients n'est plus à démontrer. Leur apport essentiel en matière de santé publique est de mettre en contact des acteurs de santé qui trop souvent s'ignorent. L'insuffisance de relation entre l'hôpital et médecine de ville a ainsi maintes fois été dénoncée, mais il est frappant de constater qu'au sein d'un même territoire de santé cette situation peut se retrouver entre deux hôpitaux publics, dont pourtant les complémentarités pourraient être développées au bénéfice des usagers du service public hospitalier.

La présente étude, si elle rappelle de manière incidente la plus-value que représente la constitution de filières de soins en matière de santé publique, est plus particulièrement axée sur une approche économique. L'activité d'un établissement et partant ses recettes, dans un contexte d'extension progressive de la tarification à l'activité à l'ensemble du panel d'activités des établissements hospitaliers, doit désormais faire l'objet d'une attention encore plus soutenue qu'autrefois. Des lits occupés par intermittence ou « embolisés » par la présence de patients dont la sortie serait justifiée sur le plan médical ou social correspondent désormais à une perte nette pour l'établissement.

Dans ce contexte, une approche économique des filières de soins doit permettre de répondre à une question sensible : comment assurer un taux d'occupation optimal des lits et concilier la mission de service public qui impose l'accueil de tous les patients avec la nécessaire prise en compte de l'intérêt financier de l'établissement qui sous-entend, à défaut d'une sélection des patients, une attention plus soutenue aux caractéristiques médicales et sociales des patients accueillis à l'hôpital ?

Les filières de soins apportent une réponse, même si elle n'est pas la seule¹, à cette délicate question. Elles permettent de formaliser les liens de l'hôpital avec les établissements d'amont et d'aval et d'avoir des relations privilégiées avec certains d'entre eux pour avoir un recrutement diversifié de patients en fonction de la lourdeur de leur prise en charge.

¹ La marge de manœuvre des établissements publics, comparativement à celle des établissements à but lucratif, reste cependant étroite dans la mesure où une sélection drastique des patients accueillis pour ne retenir que les plus « rentables » est totalement inconcevable.

Par approche économique des filières de soins, à défaut de terme plus approprié, on entend donc ici la recherche de complémentarités entre établissements ou avec les autres acteurs de santé permettant d'assurer la viabilité financière de ceux-ci tout en répondant à un besoin de santé publique.

Cette approche économique se justifie d'autant plus dans le contexte parisien. Il convient en effet d'insister dans le cadre de cette étude sur le rôle prépondérant de l'Assistance Publique- Hôpitaux de Paris (APHP) sur le territoire parisien, premier opérateur hospitalier de la région mais aussi français, et sur le contexte très concurrentiel des territoires de santé qui composent la région Ile-de-France.

L'intérêt de ce sujet apparaît encore plus flagrant dans le cadre spécifique de l'hôpital Rothschild. Cet établissement de l'Est parisien, situé dans le XII^e arrondissement, est actuellement en pleine reconversion. Jusqu'alors hôpital de court séjour, son activité est recentrée sur le moyen séjour avec la prise en charge du handicap et du grand âge. Cette réorientation vers les soins de suite et de réadaptation (SSR) et la montée en charge du nombre de lits afférents à cette activité oblige cet établissement à s'inscrire dans une démarche prospective pour assurer un taux d'occupation satisfaisant, le tout dans un contexte financier incertain compte tenu de la mise en œuvre dans les années qui viennent de la tarification à l'activité (T2A) SSR. Dans le cadre de ce mémoire, l'accent sera donc mis sur le rôle pivot des SSR en se plaçant du point de vue non pas de l'hôpital de court séjour souhaitant gérer ses lits pour avoir une durée moyenne de séjour plus courte, même si cette question devra être abordée, mais du point de vue de l'établissement d'aval soucieux d'assurer un taux d'occupation satisfaisant de ses lits et de ses places grâce aux filières mises en place avec les établissements d'amont.

Pour aborder cette tentative d'approche économique, il convient, dans un premier point, d'évoquer ce que recouvre la notion de filières de soins et d'insister sur le renforcement de l'offre en soins de suite et de réadaptation nécessaire à la fluidification des filières de soins dans le territoire francilien. L'accent sera en outre mis sur les récentes évolutions réglementaire et financière que connaissent les SSR qui soumettent toute réflexion prospective sur ce sujet à de multiples incertitudes. Le dernier point concerne le rôle des filières de soins dans l'optimisation de l'offre publique dans le contexte concurrentiel très marqué de l'Île-de-France, en prenant pour base de la réflexion l'enjeu de la constitution des filières de soins pour l'hôpital Rothschild.

1 Les filières de soins doivent permettre d'obtenir un continuum de prise en charge qui nécessite sur le territoire francilien un renforcement de l'offre en soins de suite et de réadaptation, celle-ci étant soumise à de fortes évolutions réglementaire et financière

1.1 Les filières de soins répondent avant tout à un objectif essentiel de santé publique de fluidification de la « trajectoire » de soins du patient, qui passe sur le territoire francilien par un renforcement de l'offre en soins de suite et de réadaptation

Une réflexion sur les filières de soins nécessite au préalable de définir ce que sont celles-ci. Il convient en outre de préciser l'état des besoins et de l'offre en santé publique au sein des territoires de santé dans lesquelles les filières de soins se déploient. L'analyse de l'offre permet notamment de constater que la fluidification des filières de soins rend indispensable le renforcement de l'offre en amont, à savoir essentiellement celle en soins de suite et de réadaptation.

1.1.1 La filière de soins : la « trajectoire » du patient au sein du système de santé

A) La filière de soins doit être distinguée du réseau de soins ou de santé

Il convient d'insister à titre liminaire sur ce que recouvre la notion de filière de soins. Une première définition, négative, revient à indiquer ce que n'est pas la filière de soins, à savoir un réseau de soins ou de santé.

L'institution de réseaux de santé constitue une étape importante dans l'effort de rationalisation du système de santé français. La multiplication des réseaux de santé depuis une quinzaine d'années est souvent présentée comme le passage d'une vision de la santé publique marquée par « l'hospitalo-centrisme » à une vision centrée sur le patient, d'une prise en charge atomisée entre les différents acteurs de santé à une prise en charge globale.

On retient communément le dispositif anti-tuberculeux comme constituant la première expérience française de réseau pour la prise en charge d'une pathologie. La tuberculose,

au début du XX^e siècle, était un enjeu de santé publique majeur, celle-ci tuant 150 000 personnes par an aux alentours de 1900. Ce réseau anti-tuberculeux avait pour pivot le dispensaire et faisait intervenir les sanatoriums et des infirmières visiteuses à domicile. Cette première expérience de réseau perdit sa raison d'être avec la mise au point après la seconde guerre mondiale du premier antibiotique contre la tuberculose, la streptomycine.

Dans le cadre fixé par l'ordonnance du 4 octobre 1945 instituant la Sécurité Sociale, des réseaux institutionnels se développent pour lutter contre les grands fléaux sociaux que sont par exemple l'alcoolisme, le tabac, la toxicomanie, les maladies vénériennes et les maladies mentales. Ces réseaux sanitaires spécialisés sont animés par les DDASS et sont une solution à la séparation entre prévention et soins que favorise le mode de financement de la médecine, fondé sur la rémunération à l'acte. Cette séparation entre prévention et soins reste malgré tout encore à l'heure actuelle une des faiblesses majeures du système de santé français.

Les difficultés de financement que connaît la Sécurité Sociale dès les années 70, liées au ralentissement de la croissance économique, incitent à la maîtrise des coûts. Dans ce contexte, les réseaux de soins coordonnés sont institués à titre expérimental par une loi du 19 janvier 1983. Ils s'inspirent de l'exemple des États-Unis où ont été mis en place dès 1973 une organisation des soins en réseaux (HMO, Health Maintenance Organization). Une dizaine de réseaux de soins coordonnés ont été créés à la suite de cette loi mais l'expérimentation n'a finalement pas abouti à la structuration de réseaux pérennes.

Au cours des années 80 mais surtout des années 90, les préoccupations de santé publique ont ressurgi au premier plan pour justifier la création de réseaux visant à décroiser hôpital et médecine de ville, notamment pour la prise en charge des patients atteints du SIDA. Les réseaux se sont dès lors multipliés, sous l'impulsion de plusieurs circulaires « réseaux ville-hôpital », notamment la circulaire de juin 1991 du ministère de la santé ouvrant la possibilité de financements des initiatives en ce domaine. Les réseaux ont fait l'objet d'un premier encadrement légal avec les ordonnances « Juppé » de 1996 (dispositif Soubie). La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a permis une clarification en introduisant dans le code de la santé publique (CSP) une définition juridique unique des réseaux. L'article L. 6321-1 CSP dispose ainsi que *« les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils*

peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. »

Cette définition permet de déterminer les caractéristiques des réseaux de santé. Ces derniers constituent des organisations en « toile d'araignée » associant plusieurs acteurs, de la ville et de l'hôpital, médicaux, paramédicaux et sociaux afin de prendre en charge de manière plus efficace des pathologies complexes (SIDA, hépatite C) ou une population donnée (personnes âgées, précarité, toxicomanes), notamment grâce à une orientation facilitée et coordonnée du patient. Ils présentent l'avantage d'être souples, interdisciplinaires, de favoriser le décloisonnement des acteurs et d'offrir un spectre large allant de la prévention à l'éducation pour la santé en passant bien évidemment par le soin. Les réseaux de soins reprennent les mêmes règles d'organisation mais leurs objectifs n'incluent pas la prévention et l'éducation pour la santé.

- B) La filière de soins répond à des objectifs similaires aux réseaux de soins ou de santé mais est dotée d'une organisation linéaire.

Comme mentionné ci-dessus, le réseau de santé ou de soins présente une organisation en maillage, gage de souplesse et de faible hiérarchisation entre différents acteurs qui se sont regroupés sur la base du volontariat.

La filière correspond pour sa part à une organisation linéaire de la prise en charge. Le concept sous-jacent est celui d'une « trajectoire thérapeutique », qui marque bien le caractère linéaire et obligé des différentes étapes du parcours du patient. Une forme de hiérarchisation peut aussi se dégager selon les filières entre les différents niveaux de prise en charge. La filière en outre est moins globalisante que le réseau, puisque l'on ne retrouve au sein de la filière que de manière ténue la prévention et l'éducation pour la santé, l'organisation des soins restant la priorité absolue. La liberté de choix du patient dans son parcours de soins est moins grande dans le cadre d'une filière de soins, notamment quand elle prend place au sein d'un établissement hospitalier où le patient est adressé par un service à un autre. Enfin, il convient d'insister sur le fait qu'une filière de soins ne peut être créée *ex nihilo* : elle ne peut être constatée qu'a posteriori mais des

actions incitatives portant plus particulièrement sur le mécanisme d'adressage peuvent cependant en améliorer le fonctionnement.

La notion de filière de soins s'applique parfaitement au parcours de soins coordonnés introduit depuis le 1^{er} juillet 2005. Au sein de celui-ci, le médecin traitant, habituellement un généraliste, se voit conférer le rôle de premier recours de « gate keeper » et dispense les soins primaires. Il adresse son patient en deuxième recours à un praticien pour des soins spécialisés. A son tour, celui-ci adresse si nécessaire le patient en troisième recours à l'hôpital. L'impératif de maîtrise des coûts est ici mis prioritairement en avant pour justifier cette filière qui sanctionne financièrement le patient décidant de s'adresser directement au médecin spécialiste. Une amélioration de la qualité des soins, liée à la continuité et à la gradation des soins, a été aussi mise en avant pour appuyer la réforme, sans que cet impact positif puisse réellement être apprécié depuis la mise en œuvre du dispositif.

Avant cet objectif de maîtrise des coûts, l'attention portée aux filières de soins s'explique avant tout par une volonté d'améliorer la prise en charge de patients. Plusieurs circulaires ont eu pour objet de préciser les modalités de mise en place de filières focalisées sur une pathologie ou une catégorie de la population. Deux exemples peuvent ici être présentés, sachant qu'ils correspondent à des activités importantes pour l'hôpital Rothschild et qui vont se renforcer à l'avenir : la filière gériatrique, filière centrée sur une catégorie de la population dont la polyopathie est un défi majeur à surmonter, et la filière des accidents vasculaires cérébraux (AVC), filière centrée sur une pathologie qui constitue un enjeu majeur de santé publique.

a) *La filière de soins gériatriques*

Les circulaires du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques et du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques constituent les textes de référence. L'objet de ces circulaires est d'infléchir la filière des soins gériatriques de manière à éviter le schéma hélas habituel pour ces patients : arrivée aux urgences, séjour plus ou moins prolongé dans un lit porte avant de trouver une solution de placement dans un lit de court séjour ne relevant pas de la médecine gériatrique et retour à domicile sans suivi de la personne. La filière gériatrique constitue un modèle de filière dont la structuration peut être très poussée, notamment avec la formalisation par voie de convention des relations entre établissements de santé, établissements médico-sociaux, médecine de ville et réseaux (cf. encadré 2).

Aux termes de la circulaire du 28 mars 2007, « *la filière de soins gériatriques hospitalière constitue une modalité d'organisation cohérente et graduée des soins gériatriques sur un territoire donné et a pour objet de couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé en tenant compte du caractère évolutif de ses besoins de santé et du niveau de recours au plateau technique. Elle s'inscrit dans une politique globale de prise en charge des personnes âgées* ».

La structuration des filières gériatriques passe par :

- un renforcement de l'accès à des soins de proximité. Ceux-ci peuvent être dispensés par les médecins généralistes mais aussi par des unités de consultations et d'hôpital de jour gériatriques présents au sein des établissements de santé. Ces unités sont accessibles directement aux patients mais les médecins de ville peuvent aussi adresser leurs patients gériatriques à ces unités pour effectuer des bilans à froid. On retrouve parmi ces acteurs de soins de proximité les hôpitaux locaux. Les réseaux de santé et les centres locaux d'information et de consultation (CLIC) ont un rôle de veille et d'alerte important dans ce cadre ;
- le développement des courts séjours gériatriques et des filières d'admission courtes. Les services ou unités de court séjour gériatrique doivent prioritairement être développés dans les centres hospitaliers disposant d'un service d'accueil des urgences, compte tenu du rôle de porte d'entrée dans les établissements que revêt ce service pour bon nombre de patients gériatriques. L'objectif est cependant, grâce à la création de ces services de court séjour spécifiquement dédiés à la gériatrie, de favoriser les admissions directes sans passage préalable par le service des urgences pour éviter notamment la saturation des unités d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD) évoquées plus haut. Cet accès direct doit être facilité par les contacts avec les acteurs de soins de proximité et les réseaux. Si besoin, des équipes mobiles gériatriques peuvent être créées pour dispenser un avis gériatrique dans l'ensemble des services de l'établissement, y compris bien sûr au service des urgences ;
- l'organisation de l'aval de l'hospitalisation de courte durée doit être assurée par un SSR gériatrique ou, en cas de retour à domicile, par l'hospitalisation à domicile (HAD). On peut retrouver au bout de cette chaîne de prise en charge les réseaux pour favoriser le retour ou le maintien à domicile des personnes âgées.

b) *La filière AVC*

Une circulaire du 3 novembre 2003 est venue préciser les voies d'amélioration de la prise en charge des AVC en formulant plusieurs recommandations visant à structurer la filière de prise en charge des AVC. Il est vrai que l'AVC constitue un enjeu majeur de santé publique, compte tenu de sa fréquence, de sa gravité et de son coût. Ils constituent la troisième cause de mort après l'infarctus du myocarde et les cancers, la première cause de handicap acquis chez l'adulte, la deuxième cause de démence et une cause majeure de dépression tant chez les patients que dans leur entourage. Les estimations suggèrent que chaque année en France, environ 120 000 personnes sont victimes d'un AVC, dont schématiquement 30 000 vont mourir dans les jours ou les mois qui suivent, 60 000 vont garder un handicap de sévérité variable et 30 000 vont récupérer sans séquelles. Parmi les survivants, 50% vont avoir une dépression dans l'année, 25% seront déments dans les cinq ans qui suivent et 40% seulement des actifs reprendront leur travail².

La filière de prise en charge des AVC correspond au parcours du patient, des premiers signes de l'accident au retour à domicile, en passant par l'hospitalisation. L'accent est mis sur la rapidité de la prise en charge, l'AVC constituant une urgence extrême. En effet, plus la prise en charge est rapide, plus le patient a de chances de récupérer sans séquelle.

La circulaire du 3 novembre 2003 détaille les phases successives de cette filière :

- La phase pré hospitalière, où la fonction d'éducation pour la santé du médecin traitant est notamment rappelée puisque celui-ci doit apprendre à ses patients à reconnaître les premiers signes cliniques de l'AVC, de manière à ce que les témoins de l'accident puissent apporter des renseignements exhaustifs au centre 15. Cette sensibilisation à l'AVC concerne aussi l'ensemble des permanenciers et des régulateurs des centres 15. Le transport de la victime doit être rapide et celle-ci doit être acheminée vers l'établissement idoine, à savoir celui disposant d'une unité neurovasculaire (UNV) ou identifié dans le SROS pour la prise en charge des patients AVC disposant d'un plateau technique d'imagerie cérébrale ;
- La phase d'hospitalisation aiguë, où le patient séjourne dans une UNV ou dans une unité neurovasculaire de référence (UNVR) dans laquelle des lits et des équipes sont dédiés à la prise en charge des AVC. A défaut, le patient peut être

² Source : Rapport du groupe de travail de l'ARHIF sur les AVC d'octobre 2002

pris en charge dans un service d'hospitalisation de proximité, sous réserve que ce dernier remplisse diverses conditions liées aux compétences et aux matériels disponibles sur le site ;

- L'aval de l'hospitalisation aiguë, qui correspond aux soins de suite et de réadaptation. Cet aval est présenté comme un moyen d'éviter la saturation des UNV et des UNVR. Les services de SSR pouvant prendre en charge les patients AVC sont les structures de médecine physique et de réadaptation (MPR) ou les services de soins de suite médicalisés. La circulaire insiste sur la nécessaire proximité de ces structures avec le domicile des patients ;
- La phase de retour à domicile doit être facilitée par la continuité de la prise en charge sanitaire, via l'HAD ou un réseau de soins, et médico-sociale, via un SSIAD et des aides à domicile par exemple. Des retours ponctuels en établissement sont possibles, en accueil de jour ou en hébergement temporaire, que ce soit pour offrir un répit aux aidants ou pour un réentraînement fonctionnel ;
- L'alternative au retour ou au maintien à domicile est finalement à envisager en dernière extrémité, par un placement en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), en unité de soins de longue durée (USLD), en maison d'accueil spécialisée (MAS) ou en foyer d'accueil médicalisé (FAM).

1.1.2 Compte tenu des besoins sanitaires au sein du territoire francilien, la constitution de filières de soins optimales implique une réorganisation de l'offre passant notamment par le renforcement de l'offre en soins de suite et de réadaptation

- A) Les principales données démographiques, socio-économiques et épidémiologiques de la région Ile-de-France
 - a) *Données démographiques et socio-économiques³ : une bonne situation sanitaire générale mais de fortes inégalités socio-spatiales*

Selon les quatre premières enquêtes annuelles de recensement, l'Île-de-France comptait au 1^{er} janvier 2007 11,6 millions d'habitants, soit 631 000 franciliens de plus qu'en 1999,

date du dernier recensement général de la population. Le poids démographique de la région en France métropolitaine reste stable.

La population francilienne connaît une croissance modérée pour sa plus grande part imputable à un léger excédent des naissances sur les décès, le taux de natalité en 2001 étant de 15,7 naissances domiciliées pour 1000 habitants en 2001 contre 13 au niveau national. Le taux de mortalité est lui aussi inférieur au taux national, avec 6,7 décès domiciliés contre 9. Le solde migratoire avec l'étranger est positif mais fortement déficitaire avec la province.

Cette population est globalement plus jeune que la population française. En 2000, la région comptait ainsi 16,6% de personnes de 60 ans et plus, soit nettement moins que la moyenne nationale (21,3%), les personnes de plus de 75 ans représentant 5,8% contre 7,7%.

Les indicateurs socio-économiques sont globalement favorables. L'Île-de-France constitue le premier bassin d'emploi et la région la plus riche de France. Elle réalise plus du quart du PIB national alors qu'elle ne représente qu'un cinquième de la population de France métropolitaine. Ce constat ne peut cependant masquer les disparités socio-économiques importantes et géographiquement marquées, opposant, si l'on raisonne en grandes masses, un groupe aisé correspondant aux départements de Paris, des Yvelines et des Hauts-de-Seine à un département plus pauvre, la Seine Saint-Denis. Une analyse plus fine permet de distinguer au sein même de ces deux groupes et dans les autres départements d'Île-de-France des inégalités socio-économiques très fortes entre communes proches ou au sein de la même commune, entre quartiers.

b) Les besoins de soins des franciliens : des indicateurs de santé globalement satisfaisants mais de fortes inégalités de santé existent.

L'espérance de vie est supérieure à la moyenne nationale. Elle se situe en 2004 à 78,4 ans en Ile-de-France contre 76,8 ans sur le plan national pour les hommes et à 84,5 ans contre 83,7 ans pour les femmes. Ce constat doit cependant être fortement nuancé par l'existence d'une mortalité prématurée, certes inférieure à la moyenne nationale, mais très variable en fonction du département, reflétant les fortes disparités socio-économiques évoquées plus haut. A titre d'exemple, pour la période 1997-1999, le taux de mortalité

³ Source pour ces informations : SROS 3 Île-de-France, INSEE et institut d'aménagement et d'urbanisme d'Île-de-France, observatoire régional de santé d'Île-de-France

prématurée pour les hommes est de 308 pour 100 000 en France. Il est de 278 pour l'Île-de-France, de 245 pour les Hauts-de-Seine mais de 325 pour la Seine Saint-Denis.

Deux principales causes de décès peuvent être identifiées : les cancers et les pathologies cardio-vasculaires.

Les cancers constituent la première cause de décès en Île-de-France, avec 22 000 décès annuels, soit près de 30% du total. Le taux de mortalité par cancer est supérieur à la moyenne nationale pour les femmes et inférieure pour les hommes, sachant cependant que les taux de mortalité masculins sont deux fois plus élevés que les taux de mortalité féminins. Avant 65 ans, les cancers responsables du plus grand nombre de décès sont le cancer du poumon pour les hommes et le cancer du sein pour les femmes.

Les maladies cardio-vasculaires, première cause de mortalité en France, sont la deuxième cause de décès en Île-de-France, avec 20 700 décès annuels sur la période 1997-1999, soit 28% du total. La région Île-de-France est celle où l'on meurt le moins de ces pathologies. Cette sous-mortalité s'observe pour les deux principales affections, les cardiopathies ischémiques et surtout les affections vasculaires cérébrales.

La morbidité en Île-de-France peut être approchée par l'identification des principaux motifs d'admission en affection de longue durée. Les principales causes d'exonération du ticket modérateur sont par ordre décroissant les pathologies tumorales, dont l'incidence est peu ou prou identique à celle constatée pour la France, les maladies mentales, là aussi avec un taux d'incidence proche du taux français, l'hypertension artérielle, supérieure à la moyenne nationale et les artériopathies chroniques évolutives dont le taux est lui un peu plus faible.

Les spécificités régionales dans le domaine de la santé sont aussi le reflet des inégalités sociales, que ce soit le Sida, Paris et la Seine Saint-Denis étant les départements les plus touchés, la toxicomanie, la tuberculose⁴ ou encore le saturnisme chez les enfants.

Nonobstant le constat d'une population plus jeune que la moyenne nationale, il convient enfin de souligner le problème de santé publique que pose l'augmentation du nombre de personnes âgées. Le problème de leur prise en charge se pose avec encore plus d'acuité depuis la canicule d'août 2003, l'excès de décès chez les plus de 75 ans qu'a connu à l'occasion de cet événement climatique la région Île-de-France s'expliquant pour une

large part par la forte urbanisation de la région et l'isolement plus important des personnes âgées. La prise en charge de la dépendance des personnes âgées est à cet égard, à l'instar de nombreuses autres régions françaises, une préoccupation majeure de santé publique en Île-de-France.

- B) Une offre de soins riche mais qui doit s'adapter pour répondre aux enjeux majeurs de santé publique de la région Île-de-France, notamment en renforçant sa capacité en soins de suite et de réadaptation
 - a) *L'offre régionale de soins : une insuffisance et surtout une mauvaise distribution de l'offre de soins de suite et de réadaptation sur le territoire francilien qui nuit à la fluidité du parcours du patient*

Le schéma régional de l'organisation sanitaire de troisième génération (SROS 3), arrêté par l'ARHIF pour les années 2006 à 2010, dresse un état des lieux de l'offre de soins sur le territoire francilien et détaille les modifications que l'ARH souhaite apporter à celle-ci pendant la période concernée.

L'étude de l'offre de soins au premier juillet 2005 permet de constater un taux d'équipement légèrement supérieur à la moyenne nationale pour la médecine et la chirurgie et identique au taux national pour l'obstétrique. La région Île-de-France apparaît en outre bien équipée pour l'HAD puisqu'elle concentre 45% des capacités métropolitaines pour un cinquième de la population française. Avec 8 812 lits et 4 932 places en psychiatrie générale et 632 lits et 1 964 places en psychiatrie infanto-juvénile, la région Île-de-France a un taux d'équipement global sensiblement moins élevé que le taux national en psychiatrie générale et identique au taux national pour la psychiatrie infanto-juvénile. Avec 8 900 lits en 2005, le taux d'équipement en soins de longue durée est inférieur à la moyenne nationale, à hauteur de 13,7‰ versus 18‰. Ce taux d'équipement moindre s'explique en partie par la fermeture de capacités rendue nécessaire par le respect des normes réglementaires tendant à l'humanisation des soins de longue durée.

Les SSR en 2005, avec 19 000 lits et places autorisés, sont comparativement moins présents en Île-de-France que dans le reste de la France. Le taux d'équipement est en effet de 1,30 contre 1,59 en moyenne nationale, ce qui n'est pas sans poser problème pour la fluidité de l'offre.

⁴ Plus d'un cas sur deux de tuberculose en France est francilien

Dans ce cadre, le SROS 3 retient comme orientation un renforcement de l'offre SSR, déjà entamé avec le SROS 2 mais qui doit être poursuivi pour la période 2006-2010. En effet, bien que le potentiel en SSR se soit accru à l'occasion du SROS 2, une insuffisance des structures persiste, notamment parce qu'une partie non négligeable des autorisations données, évaluée à environ 20% en 2005, tarde à être mise en œuvre. Ce renforcement doit enfin être poursuivi car les SSR occupent une place croissante dans l'offre de soins, compte tenu du vieillissement de la population.

Ce renforcement quantitatif doit s'accompagner d'une réorganisation majeure de l'offre sur le territoire pour obtenir une couverture géographique plus équilibrée. Les SSR doivent en effet être recentrés sur une prise en charge de proximité, pour des raisons d'accessibilité des patients et de leurs proches compte tenu de la durée des séjours. Le SROS 3 souligne ainsi la nécessité d'améliorer l'efficacité de la prise en charge dans la zone centrale de la région, à Paris et dans sa proche banlieue, trop de patients résidant dans cette zone devant la quitter faute de réponse sur place à leurs besoins de soins. Ils se retrouvent dans l'obligation de trouver une solution de prise en charge dans les zones périphériques où l'offre SSR est plutôt conséquente, mais guère accessible, pour des raisons d'éloignement ou car elles sont mal desservies.

Ce renforcement et cette réorganisation des SSR répond à un objectif primordial : assurer la fluidité du parcours du patient. Les SSR, en permettant l'aval des services de court séjour, joue en effet un rôle essentiel dans la fluidité des trajectoires de soins, notamment pour deux grands types de patients, les personnes âgées et les personnes handicapées. Ils occupent à cet égard au sein des filières de soins un rôle pivot entre le court séjour et le retour à domicile ou ses alternatives.

b) Les évolutions de l'offre de l'APHP apportent une réponse à ce problème spécifique de l'insuffisance de l'offre en soins de suite et de réadaptation préjudiciable à la fluidité du parcours du patient

S'inscrivant dans le panorama de l'offre de soins donné par le SROS 3, l'APHP joue un rôle de premier plan compte tenu de son rang de premier opérateur hospitalier national et partant francilien.

Regroupant quarante-six hôpitaux répartis, hormis quelques exceptions⁵, sur l'ensemble du territoire francilien, avec cependant une forte concentration à Paris et dans sa proche banlieue, l'APHP est un Etablissement public relevant de la ville de Paris. Elle constitue le centre hospitalier universitaire d'Île-de-France et, à ce titre, elle est liée à sept facultés de médecine, deux d'odontologie et deux de pharmacie. L'ensemble des spécialités médicales y sont représentées, organisées autour de 52 disciplines médicales, biologiques et mixtes.

Ces quarante-six hôpitaux sont pour partie regroupés, portant à trente-sept le nombre d'entités composant cet établissement, auxquelles s'adjoint l'hospitalisation à domicile et cinq services généraux correspondant à des fonctions support : les Achats Centraux Hôteliers et Alimentaires (ACHA), le Service Central des Ambulances (SCA), le Service Central des Blanchisseries (SCB), Sécurité, Maintenance et Services (SMS) et l'Agence Générale des Equipements et Produits de Santé (AGEPS).

Les trente-sept hôpitaux ou groupes hospitaliers ont été géographiquement réunis en juin 2003 au sein de quatre groupements hospitaliers universitaires (GHU), Est, Ouest, Nord et Sud, afin d'obtenir une masse critique permettant d'organiser de manière plus cohérente la prise en charge au sein des territoires de santé. Dans le cadre de la nouvelle gouvernance, l'APHP a par ailleurs réorganisé la structuration interne de ses hôpitaux et groupes hospitaliers en regroupant ses 720 services médicaux en 176 pôles en retenant, dans la mesure du possible, une logique fonctionnelle.

Le rapport d'activité 2006 mentionne que la capacité d'accueil est de 22 723 lits, dont 12 426 lits de MCO, 4 534 de SSR et 4 123 de SLD. Les alternatives à l'hospitalisation occupent une place non négligeable avec 1 515 places de jour et 820 places d'HAD. L'activité d'hospitalisation est de plus d'un million de séjours et séances en MCO et de plus de 22 700 séjours en SSR, l'activité ambulatoire étant d'environ 3,8 millions de consultations.

L'APHP emploie un peu moins de 20 000 personnels médicaux, étudiants compris, plus de 53 000 personnels hospitaliers (soignants, personnels médico-technique...), un peu plus de 9 000 personnels administratifs et environ 5 600 personnels techniques et ouvriers.

⁵ L'hôpital de San Salvador à Hyères dans le Var, l'hôpital marin d'Hendaye, l'hôpital maritime de Berck dans le Pas-de-Calais et l'hôpital Paul Doumer à Liencourt dans l'Oise. Ces hôpitaux

Compte tenu de son poids, l'APHP a un rôle majeur à jouer dans l'adaptation de l'offre hospitalière régionale aux besoins de santé de la population. Bien qu'il ait été arrêté selon une temporalité différente de celle du SROS 3 2006-2010, le plan stratégique de l'APHP 2005-2009 présente ainsi des similitudes dans ces objectifs, notamment en ce qui concerne la réorganisation de l'offre en SSR.

Son maillage territorial étendu et sa couverture large de toute la palette des prises en charge lui permet de rechercher en interne des solutions d'amélioration du service rendu aux patients. Elle doit certes chercher des complémentarités avec d'autres acteurs hospitaliers, notamment pour ses sites les plus excentrés, et avec les acteurs médico-sociaux, mais une priorité reste cependant la recherche en son sein des complémentarités permettant de rationaliser son offre sur le territoire. Le plan stratégique 2005-2009 a ainsi pour objectif de poursuivre la réorganisation qui doit permettre de remédier :

- au problème de parcellisation extrême de nombreuses structures ;
- à la saturation des services d'aigu et notamment des urgences.

L'axe trois ce plan insiste dans cette perspective sur l'accentuation de l'efficience des activités hospitalo-universitaires de l'APHP, une des lignes directrices de cet axe étant de s'appuyer sur l'identification des GHU pour mieux organiser l'offre de soins. L'enjeu est ici de développer les complémentarités, les synergies et les filières entre sites, et tout particulièrement entre établissements de court et de moyen séjour. Cette recherche de complémentarités doit se traduire, entre autres modalités, par des transferts d'activité permettant d'atteindre une taille critique pour optimiser la visibilité de l'offre de soins.

L'augmentation globale des capacités d'accueil en SSR, notamment pour assurer une meilleure prise en charge des personnes âgées, est un autre axe fort du plan stratégique. Elle vise à améliorer la réactivité de l'APHP dans sa réponse aux besoins de santé :

- en fluidifiant l'accès en premier et deuxième aval des urgences ;

correspondant pour la plupart à d'anciens sanatoriums reconvertis depuis lors en hôpitaux gériatriques de moyen et de long séjour.

- en fluidifiant le passage entre services de spécialités en MCO et leur premier et deuxième aval.

Cet effort d'accroissement de l'offre de soins est indispensable pour éviter le maintien dans des lits d'aigu ou dans les lits portes des services d'urgence de patients qui relèvent de toute évidence d'un service de SSR. Au-delà de l'impact sur la capacité d'accueil, on peut aussi relever que la prise en charge en SSR est indispensable pour assurer aux patients une prise en charge appropriée à leur état de santé. Cela se vérifie dans certaines disciplines, particulièrement en neurologie pour optimiser la prise en charge des malades atteints de lésions cérébrales acquises.

- c) *La reconversion de l'hôpital Rothschild apporte pour l'Est parisien une réponse à ce problème de l'aval en soins de suite et de réadaptation*

L'hôpital Rothschild allie une activité de soins de suite et de réadaptation (services de rééducation neurologique et neuro-orthopédique, service de gériatrie) à une activité de court séjour (services de chirurgie plastique et de médecine gériatrique). Cet établissement connaît actuellement une reconversion se traduisant par la construction d'un nouveau bâtiment dont l'ouverture est prévue début 2010 et qui accueillera l'ensemble des pôles cliniques et médico-technique.

Dans le cadre du GHU Est, l'hôpital Rothschild s'est en effet vu attribuer par le plan stratégique 2005-2009 de l'APHP la mission d'offrir pour l'Est parisien une solution au problème récurrent de la prise en charge du handicap et du grand âge. Il constitue à cet égard une composante fondamentale du projet de développement des filières, en devenant le pivot pour les soins de suite et de réadaptation pour le handicap et la gériatrie au sein du GHU Est. Il répond ainsi aux deux axes du plan stratégique mentionnés ci-dessus, à savoir la recherche de complémentarités via la spécialisation des sites et l'accroissement de l'offre en SSR pour fluidifier les filières de soins.

L'hôpital Rothschild recentre dans cette perspective ses activités autour d'une offre de soins dédiée aux Soins de Suite et de Réadaptation et à la gériatrie. Le projet « nouveau Rothschild » doit aboutir à horizon 2010 et totaliser 180 lits et 23 places de jour de MPR, complété d'un plateau de rééducation avec de la balnéothérapie et de deux laboratoires de recherche « marche » et « explorations périnéales », auxquels s'ajoutent 190 lits de gériatrie (160 lits de SSR et 30 lits d'UGA) et 6 places d'hôpital de jour thérapeutique et diagnostique. Un service d'odontologie hospitalo-universitaire comportant 55 fauteuils

dentaires complète cet ensemble. Il est par ailleurs projeté à horizon 2012, dans le cadre du prochain plan stratégique, d'accroître encore la capacité en SSR et de créer une USLD dans un autre bâtiment devant être restructuré et rénové.

Cette spécialisation nécessite le départ des activités qui ne répondent pas spécifiquement à la problématique de la prise en charge du grand âge et du handicap. Le service de gynécologie et d'obstétrique a été transféré à l'hôpital Trousseau en juin 2007 et en 2010 le service de chirurgie plastique, esthétique et reconstructrice le sera à l'hôpital Saint-Louis. Ce recentrage est aussi à l'origine d'un mouvement inverse de transfert vers l'hôpital Rothschild de services répondant à l'objectif d'une spécialisation sur la prise en charge du handicap et du grand âge, avec le doublement de la capacité en lits de gériatrie grâce à un transfert depuis l'hôpital Charles Richet et l'arrivée en juin 2010 d'une soixantaine de lits de médecine physique et de réadaptation en provenance de l'hôpital Charles Foix – Jean Rostand.

1.2 Pivot des filières de soins hospitalières, les soins de suite et de réadaptation sont à l'orée d'un bouleversement majeur en matière d'organisation et de financement de l'offre

1.2.1 Le nouveau cadre réglementaire de l'activité de soins de suite et de réadaptation

A) La nouvelle donne réglementaire en matière de soins de suite et de réadaptation

Jusqu'à cette année, les soins de suite et de réadaptation étaient régis par les dispositions des décrets 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 et n° 2005-434 du 06 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires modifiant le code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles. Ces textes réglementaires distinguaient parmi les structures de soins de suite et de réadaptation soumises à autorisation **les structures de « soins de suite » d'une part et les structures de « rééducation et réadaptation fonctionnelles » d'autre part.**

Les décrets n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation et n° 2008-377 du même jour relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite

et de réadaptation sont venus modifier cet ordonnancement réglementaire, **en mettant fin à la distinction entre ces deux types de structures.**

Aux termes du décret n° 2008-376 susmentionné, **le régime des autorisations d'activités de soins ne comporte désormais plus qu'une autorisation générique en « soins de suite et de réadaptation »**, pouvant cependant se décliner le cas échéant en prises en charge spécialisées. Celles-ci correspondent d'une part à une population spécifique, les enfants et les adolescents, une sous-distinction étant opérée entre les enfants de moins de six ans et les enfants de plus de six ans et les adolescents, d'autre part à neuf grandes affections. Le code de la santé publique prévoit ainsi désormais une prise en charge spécialisée pour :

- Les affections de l'appareil locomoteur ;
- Les affections du système nerveux ;
- Les affections cardio-vasculaires ;
- Les affections respiratoires ;
- Les affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien ;
- Les affections onco-hématologiques ;
- Les affections des brûlés ;
- Les affections liées aux conduites addictives ;
- Les affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance.

Une distinction est ainsi maintenue malgré tout, mais cette fois-ci entre les soins de suite et de réadaptation polyvalents, qui s'inscrivent plus dans un cadre de proximité, et les soins de suite et de réadaptation de recours où prime la concentration de compétences et de ressources.

Sur la base de ce recensement des types de prise en charge, le décret n° 2008-377 détaille la composition des équipes pluridisciplinaires et définit le plateau technique nécessaires pour assurer d'une part, la prise en charge générale en soins de suite et de réadaptation, et d'autre part, les prises en charge spécialisées évoquées ci-dessus. Ces moyens humains et matériels constituent un socle minimal auxquels devront répondre les structures sollicitant l'autorisation.

Ces décrets présentent par ailleurs l'intérêt d'introduire dans le code de la santé publique une définition juridique unique de l'activité de soins de suite et de réadaptation. Aux termes de l'article R 6123-118 CSP, « *l'activité de soins de suite et de réadaptation [...] a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques,*

cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. Elle comprend, le cas échéant, des actes à visée diagnostique ou thérapeutique. »

B) Les interrogations et les espoirs que suscitent ce nouveau cadre réglementaire

Compte tenu de la relative nouveauté de ces textes, il est encore difficile à ce stade de percevoir leurs conséquences sur l'activité de SSR. Une circulaire d'application doit être publiée, notamment pour aider les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) dans leurs travaux de révision du SROS qui doivent intervenir dans un délai de dix-huit mois à compter de la date de publication des décrets. Une fois les dispositions du SROS révisées, les établissements de santé disposeront de six mois pour renouveler leur demande d'autorisation d'exercer l'activité de soins de suite et de réadaptation dans le respect des nouvelles conditions réglementaires. Des fiches techniques visant à décrire le champ d'activité des prises en charge spécialisées doivent en outre être rédigées.

a) *Le nouveau cadre réglementaire reconnaît la place des soins de suite et de réadaptation dans les filières de soins et la diversité des activités que recouvre ce terme générique*

Il convient de mentionner comme avancée positive l'inscription dans le code de la santé publique pour les SSR de la notion de coopération entre établissements de santé, notamment par la voie de conventions, pour assurer la coordination de la prise en charge et du suivi du patient. La coopération interhospitalière et avec les établissements médico-sociaux est ainsi mise en avant pour optimiser la prise en charge en SSR en lien avec le court et le long séjour mais aussi pour assurer le transfert dans les structures de SSR dont l'établissement ne dispose pas. L'importance des SSR comme pivot de la filière de prise en charge est ainsi clairement établie.

En outre, la reconnaissance de prises en charge spécialisées va permettre de dresser une cartographie plus fine des structures de SSR nécessaires pour un même territoire de santé. Il est en effet pour l'instant difficile d'identifier précisément le type d'activité d'une structure et le public auquel elle s'adresse. Il est possible d'en espérer une lisibilité plus importante du dispositif sanitaire en matière de SSR, notamment dans la région Île-de-France où il n'est pas toujours simple d'avoir une vision claire des moyens disponibles. On peut en espérer une amélioration de la prise en charge de grandes pathologies

comme les AVC pour lesquels la rééducation est un aspect essentiel du projet de soins individuel.

Par ailleurs, la mention parmi les prises en charge spécialisées des affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance est un signe fort de reconnaissance des spécificités des soins de suite gériatriques. Le code de la santé dispose de manière expresse que le ou les médecins coordonnateurs de l'équipe pluridisciplinaire propre à cette prise en charge sont qualifiés spécialiste en gériatrie ou titulaire de la capacité de gériatrie. Il précise en outre la composition de l'équipe pluridisciplinaire, en indiquant que ceux-ci doivent être formés à la prise en charge des affections de la personne âgée polyopathologique, notamment de celle souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

Si ces dispositions peuvent être critiquées, en ce qu'elles introduisent des normes-plancher que certains établissements seraient susceptibles de suivre sans aller au-delà des prescriptions réglementaires, il n'en demeure pas moins qu'elles ont le mérite d'exister. Jusqu'alors, rien n'était prévu dans le code de la santé publique et la simple distinction entre soins de suite et rééducation fonctionnelle pouvait sembler des plus simplistes si l'on considère la diversité des prises en charge qui se cache derrière l'appellation générique de soins de suite et de réadaptation.

b) Ce nouveau cadre réglementaire suscite cependant des interrogations, en lien notamment avec le financement de l'activité de SSR

Bien que constituant une avancée positive, le nouvel encadrement réglementaire de l'activité de SSR suscite cependant quelques interrogations, en lien essentiellement avec le financement de l'activité de SSR dans le contexte futur d'une tarification à l'activité.

Les structures spécialisées en réadaptation fonctionnelle peuvent ainsi craindre, avec la suppression de la distinction entre soins de suite et réadaptation fonctionnelle, une banalisation de cette dernière forme de prise en charge préjudiciable à la reconnaissance de ses spécificités. Les praticiens spécialisés en médecine physique et de réadaptation se sont ainsi faits l'écho de ces craintes, la prise en charge en réadaptation fonctionnelle nécessitant des moyens humains et matériels plus conséquents que dans le cadre d'une prise en charge en soins de suite.

Le décret n° 2008-377 détaille les moyens matériels et humains propres à chaque prise en charge, qu'elle soit générale ou spécialisée. Constituant une norme a minima, il existe un risque que les activités soient valorisées sur le seul fondement de la mobilisation de ces moyens. Une telle approche risque de pénaliser les établissements, a priori plutôt les établissements publics ou participant au service public hospitalier (PSPH), qui pratiquent des prises en charge lourdes et/ou intensives en rééducation et réadaptation.

A contrario, la mention détaillée des moyens matériels et humains pose le problème pour nombre d'établissements de leur mise à niveau pour respecter les normes prescrites, et donc de manière incidente du financement de cette mise à niveau dans un contexte budgétaire difficile pour nombre d'établissements. La prise en charge spécialisée des affections de l'appareil locomoteur suppose ainsi d'avoir au sein de l'établissement des espaces de rééducation comportant des équipements d'électrophysiothérapie et une installation de balnéothérapie et d'offrir au moins deux des pratiques thérapeutiques suivantes : masso-kinésithérapie, ergothérapie, orthoprothésie et psychomotricité. Le médecin coordonnateur doit être qualifié spécialiste en médecine physique et de réadaptation ou justifié d'une formation attestée dans cette discipline. L'équipe pluridisciplinaire doit comprendre au moins des compétences de masseur-kinésithérapeute et d'ergothérapeute. Le titulaire de l'autorisation doit en outre assurer l'accès, le cas échéant par voie de convention avec un autre établissement ou un groupement de coopération sanitaire, à un atelier d'ajustement d'aides techniques, à un atelier d'appareillage et de confection de prothèses et à un laboratoire d'analyse du mouvement.

Comme on peut le constater, le code de la santé publique entre dans le détail des modalités, ce qui est un atout certain pour assurer au patient une prise en charge de qualité. Mais cette qualité nécessitera certainement pour les établissements de dégager des ressources humaines et financières afin de satisfaire à ce standard minimum. Il faut ainsi tenir compte d'une démographie médicale et paramédicale défavorable. Les médecins spécialistes de médecine physique et de réadaptation se raréfient, même si leur nombre devrait se stabiliser⁶. Il faut aussi prendre en considération la forte attractivité de l'hospitalisation privée et, pour les professions paramédicales comme les masseurs-kinésithérapeutes, d'une forte demande sur ce type de soins qui fait de l'installation dans le secteur libéral une alternative intéressante au travail en établissement.

⁶ Une étude de la DRASSIF mentionnée par le SROS 3 d'Ile-de-France fait état d'un effectif de 268 praticiens spécialisés en médecine physique et de réadaptation en 2004 ramené à 233 en 2009 (soit -13%) mais qui devrait se maintenir à ce niveau à horizon 2014.

Il convient cependant de souligner que les prises en charge spécialisées apparaissent plus comme des activités de recours, l'activité de proximité restant plutôt l'apanage des soins de suite et de réadaptation polyvalents. Il reste difficile pour l'instant de juger a priori des éventuelles difficultés que soulève le nouveau cadre réglementaire dans sa mise en œuvre. La révision du SROS permettra certainement d'éclairer la réflexion sur ce point en établissant pour les territoires de santé une offre de SSR optimale et progressive, alliant polyvalence pour le niveau de proximité et spécialisation pour le niveau de recours.

c) La place de l'hôpital Rothschild au sein de cette offre de SSR reconfigurée

Comme évoqué plus haut, les SSR sont d'ores et déjà une composante primordiale de l'activité de l'hôpital actuel. A l'issue de la construction du nouveau bâtiment et de la montée en charge des activités au sein de celui-ci, l'hôpital Rothschild disposera d'une capacité d'accueil en SSR de 280 lits (sur 310 lits au total, auxquels s'ajoutent 55 fauteuils dentaires) et de 23 places de jour. Ces 280 lits comprendront 100 lits de SSR gériatrique et 180 lits de rééducation neurologique et neuro-orthopédique. Les 23 places d'hôpital de jour devraient correspondre à une activité de rééducation et d'exploration fonctionnelle.

Au vu des moyens humains et matériels actuellement disponibles et de ceux prévus par le projet du « Nouveau Rothschild », le respect des normes réglementaires ne devrait pas constituer une difficulté majeure. Dans le cadre restreint du territoire de santé 75-2 correspondant aux arrondissements du XI^e, du XII^e, du XIII^e et du XX^e, l'hôpital offrira une activité conjuguant proximité, recours mais aussi activité de référence, en répondant aux conditions techniques de fonctionnement pour les quatre types de prises en charge spécialisées suivantes :

- Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance. Les moyens humains, à savoir les compétences en médecine gériatrique et une équipe pluridisciplinaire comprenant les compétences de masseur-kinésithérapeute, d'ergothérapeute, de diététicien et de psychologue sont d'ores et déjà disponibles mais devront être étoffées compte tenu de l'augmentation de la capacité d'accueil. Les textes réglementaires ne précisent pas d'équipements ou de modalités d'organisation spécifiques devant être dédiés à cette prise en charge spécialisée. Il est cependant spécifié que les locaux et l'organisation des soins doivent prendre en compte les besoins spécifiques des

patients, notamment de ceux souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées ;

- Affections de l'appareil locomoteur, pour lesquelles il existe les compétences médicales, grâce à la présence de médecins spécialistes en MPR et paramédicales (masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste et psychologue). Le futur hôpital sera pourvu d'une installation de balnéothérapie et des équipements et appareillages exigés par le décret n° 2008-376. Il dispose d'ores et déjà du laboratoire d'analyse du mouvement nécessaire à l'obtention de l'autorisation ;
- Affections du système nerveux, pour lesquelles les spécifications sont proches de celles exigées pour les affections de l'appareil locomoteur. La seule différence notable est de permettre l'accès des patients au laboratoire d'urodynamique, mais celui-ci existe déjà actuellement ;
- Affections des brûlés. Là aussi, un médecin coordonnateur peut être désigné parmi les médecins spécialistes en MPR présents sur le site. Les compétences paramédicales et les moyens techniques nécessaires, notamment une installation de balnéothérapie, sont ceux que l'on retrouve pour les autres affections.

La seule incertitude concerne le maillage territorial retenu par l'ARHIF pour l'offre à déployer en SSR. Une étude de l'offre de soins actuel et prévisionnel dans le territoire de santé 75-2 permet cependant d'espérer voir l'hôpital Rothschild constituer l'établissement de référence dans le domaine de la prise en charge en SSR⁷. L'annexe du SROS 2006-2010 mentionne expressément pour ce territoire de santé la faiblesse de la prise en charge en soins de suite qui doit être essentiellement comblée par l'ouverture du nouveau bâtiment de l'hôpital Rothschild.

Ce nouveau contexte réglementaire encourage donc fortement, compte tenu des investissements qu'il implique, la spécialisation et la concentration sur un seul site des moyens humains et matériels pour constituer un plateau technique capable de répondre aux conditions de fonctionnement d'un large pan des prises en charge spécialisées. Il conforte ainsi la volonté de l'APHP de remédier à la parcellisation de ses activités pour

⁷ Le point 2 traite plus amplement de la concurrence sur ce secteur d'activité à Paris et plus particulièrement sur le territoire de santé

améliorer l'efficacité de ses structures et de conférer un rôle de premier plan à l'hôpital Rothschild dans l'offre SSR de l'Est parisien.

1.2.2 Les bouleversements financiers : l'application de la tarification à l'activité dans le champ SSR est génératrice d'incertitudes

A) Le cadre financier actuel n'encourage pas la recherche de l'efficacité

Les activités de SSR et de psychiatrie relèvent encore pour le moment d'un mode de financement distinct en fonction du statut de l'établissement :

- Les établissements publics et les établissements PSPH connaissent un financement forfaitaire et se voient versés pour leurs activités de SSR et de psychiatrie une dotation annuelle de financement (DAF). Celle-ci doit être fixée par le directeur de l'ARH en tenant compte de certains éléments, au nombre desquels se trouvent la DAF de l'année précédente, les orientations du SROS et les prévisions d'évolution de l'activité (article R. 6145-26 CSP) ;
- Les établissements du secteur privé lucratif, soumis à un objectif quantifié national (OQN), selon un mécanisme prix/volume visant à diminuer autant que possible toute dérive inflationniste, sont rémunérés par l'Assurance Maladie en fonction du prix de journée.

Au sein de l'APHP, la DAF fait l'objet d'une notification globale pour les activités de SSR et de psychiatrie. La Direction Economique et Financière (DEF) du siège de l'APHP procède à une ventilation de cette DAF globale entre établissements, en distinguant dans un premier temps les parts respectives des SSR et de la psychiatrie. Dans le cadre de l'EPRD 2008, présenté en léger déséquilibre avec -10 millions d'euros sur un montant global de 6,2 milliards d'euros, la DAF globale est fixée à 544 382 520€, soit environ 8,7% des recettes inscrites au compte de résultat prévisionnel principal. Les parts respectives des SSR et de la psychiatrie sont fixées à 421 659 563€ et 122 722 957€.

S'agissant de la part de DAF correspondant à l'activité de SSR, la ventilation entre établissements est effectuée pour 2008 selon un nouveau modèle de la DEF dont l'ambition est de préparer le passage en T2A SSR. Il est en effet retenu comme critère de répartition l'activité réalisée, en ventilant le montant total de la DAF au prorata du nombre de journées. Celles-ci sont pondérées sur la base des coûts relatifs issus de la comptabilité analytique propres à chacun des trois types de prise en charge du champ

SSR (soins de suite, médecine physique et de réadaptation et hôpital de jour). Un réajustement de l'importance respective de ces types de prise en charge a été effectué, qui a joué au profit de l'activité de réadaptation et aux dépens de celle d'hôpital de jour, considérée comme survalorisée.

Si la méthode de ventilation retenue se fonde sur l'activité réalisée, il en résulte cependant des écarts significatifs entre la part de DAF 2007 et 2008 par établissement qui ont amené le siège de l'APHP à n'introduire que de manière progressive ce modèle, sur une période de deux ans. Si certains établissements sont particulièrement gagnants, avec entre 5 et 6 millions d'€ de recettes supplémentaires par rapport à 2007, cela se fait forcément, dans le cadre d'une enveloppe fixe, au détriment d'autres établissements, notamment de l'un d'entre eux qui doit perdre à l'issue de la période de deux ans plus de 12 millions d'€. Si l'on écarte ce cas extrême, les établissements perdants à la nouvelle méthode le sont pour un montant de 180 000 à 1,6 millions d'€. L'hôpital Rothschild pour sa part fait partie des établissements gagnants, avec une DAF SSR en hausse en 2008 de 1,39 millions d'€ par rapport à 2007, essentiellement grâce à la montée en charge de sa capacité d'accueil en soins de suite gériatriques de 18 à 50 lits.

Outre les écarts significatifs qu'il induit, le modèle retenu ne préjuge en rien des orientations qui seront finalement retenus pour l'introduction de la T2A dans le champ des SSR. Comme cela est exposé plus loin, le modèle projeté s'éloigne résolument des modes de calcul jusqu'alors privilégiés, le nombre de journées n'étant plus notamment la base de référence pour le calcul de l'activité en SSR. On peut en outre s'interroger sur la pérennité d'un dispositif étalé sur deux ans, jusque 2009, alors que le modèle transitoire de T2A SSR évoqué ci-dessous doit être engagé lui aussi en 2009.

- B) La tarification à l'activité des soins de suite et de réadaptation : une réforme qui se précise et qu'il convient de connaître pour en anticiper les effets
 - a) *L'introduction de la T2A dans le champ des SSR : une nécessité pour engager cette activité sur la voie de l'efficience*

L'introduction de la tarification à l'activité (T2A) depuis 2004 constitue sans nul doute pour l'hôpital la réforme financière majeure de ce début du XXI^e siècle, par le changement qu'elle induit dans les méthodes de gestion et l'incitation à l'efficience qu'elle suscite. Si elle concerne l'ensemble des établissements, publics et privés, à l'exception notable des hôpitaux locaux et des établissements du service de santé des armées, son champ

d'application ne couvre pas l'ensemble de l'activité hospitalière puisqu'elle couvre uniquement la médecine, la chirurgie et l'obstétrique (MCO).

Les soins de suite et de réadaptation et la psychiatrie ont en effet été exclus dans un premier temps du champ d'application de la réforme. Le passage à la T2A pour les activités de MCO ne devait normalement se faire que de manière graduelle, sur une période de huit ans, de 2004 à 2012. Le passage à 100% de T2A, initialement prévu pour 2012 et finalement avancé au 1^{er} janvier 2008, constitue de ce fait une incitation forte à l'introduction de ce mode de financement dans les secteurs d'activité pour l'instant non couverts.

L'application de la T2A au secteur des SSR constitue en effet une priorité pour encourager les acteurs à s'engager dans la voie de l'efficacité. Il est en effet hasardeux de maintenir trop longtemps, au sein d'une même filière de soins, deux secteurs d'activité, MCO et SSR, dont les modes de financement sont si divergents. Le risque potentiel est de voir les gains d'efficacité susceptibles d'être produits dans le secteur MCO être diminués par la faiblesse d'une offre SSR dont la réactivité n'aurait pas été améliorée. La T2A SSR permet par ailleurs de valoriser les efforts fournis par les professionnels dans ce secteur d'activité en leur offrant une plus grande visibilité sur l'impact financier de leur travail.

Au sein de l'APHP, on peut constater que la divergence des modes de financement a amené les organes de cette institution à privilégier le champ MCO. Cette orientation s'explique parfaitement par les circonstances dans lesquelles s'est mise en place cette réforme et par ses effets sur les recettes : d'une part, la montée en charge s'est faite bien plus rapidement que prévu, d'autre part elle a un impact particulièrement significatif sur les recettes et partant sur l'équilibre global de l'EPRD. Il n'est donc pas étonnant que le champ MCO ait monopolisé l'attention au détriment des autres champs d'activité relevant encore d'une enveloppe globale et dont la variabilité était de ce fait bien moins conséquente. A titre d'exemple, l'entrepôt de données partagé (EDP) de l'APHP, qui met à disposition de ses utilisateurs de nombreuses informations médicales et administratives, n'intègre que progressivement les données relatives au champ SSR, la priorité ayant été donnée au champ MCO.

L'absence d'enjeu à ce stade sur le financement de l'activité de SSR a cependant pour conséquence fâcheuse de ne pas favoriser l'émergence d'une vision prospective sur ce secteur incluant une approche économique. Si l'importance des SSR dans la prise en charge globale du patient est reconnue par l'ensemble des acteurs et réaffirmé dans le

cadre du plan stratégique, on constate trop souvent que cette activité peut être parfois perçue non pas pour ses apports intrinsèques mais pour son rôle de « déversoir » dont l'objet est de désengorger les services de MCO. Si l'on se place sous l'angle financier, il en résulte que le SSR peut se voir confier pour mission unique la réception de patients pour diminuer la durée moyenne de séjour (DMS) en MCO et donc améliorer la rentabilité des lits. L'activité de SSR doit selon ce point de vue contribuer à l'amélioration de la performance des services d'amont de la filière de soins, l'un des critères principaux d'efficacité des services de SSR étant dans ce cas leur « faculté d'absorption ». Cette vision étriquée va certainement être mise à mal avec la mise en place de la T2A qui va poser la question de la viabilité financière intrinsèque des structures SSR existantes.

b) Le modèle de tarification à l'activité dans le champ des soins de suite et de réadaptation envisagé au 1^{er} semestre 2008.

La mise en œuvre de la T2A SSR n'en est encore qu'à ses prémices, même si la démarche, un peu erratique jusqu'alors, semble être désormais bel et bien engagée. Il est donc utile de détailler dans le cadre du présent mémoire les orientations générales retenues pour échafauder le dispositif T2A applicable au champ SSR, cette réforme financière étant particulièrement structurante pour ce secteur d'activité et partant pour les filières de soins dans lesquelles il s'insère.

Un modèle de transition a été élaboré dont la mise en œuvre est prévue pour l'exercice 2009. Son expérimentation est en cours dans trois régions (Ile-de-France, Rhône-Alpes et Languedoc-Roussillon). Il comporte quatre compartiments :

- Un compartiment « activité », basé sur le PMSI SSR et l'ENC SSR effectuée en 2000 et 2001. La DAF doit être modulée en fonction d'un indicateur de valorisation de l'activité (IVA). Celui-ci est fonction de huit variables dont la principale est le classement des résumés hebdomadaires de sortie anonymes (RHA) dans les 12 Catégories Majeures Cliniques (CMC)⁸, puis au sein de chaque CMC dans un Groupe de Morbidités Dominantes (GMD)⁹. Ce GMD est la première variable, à laquelle s'ajoute des variables liées au niveau de dépendance du patient (dépendance physique et dépendance cognitive), à son état général (classe d'âge,

⁸ Il existe actuellement 14 CMC mais elles seront ramenées à 12 en ventilant les CMC « gériatrie aiguë » et « attente de placement » dans les autres CMC.

⁹ Les 70 GMD, regroupés en CMC, ont vocation à remplacer l'actuel système de regroupement en Groupes Homogènes de Journées (GHJ) qui n'a pas été jugé pertinent comme base de valorisation de l'activité SSR.

présence ou non de comorbidités) et au type de prise en charge (hospitalisation complète ou autres, finalité de la prise en charge, i.e rééducation ou autre, nombre d'activités parmi celles recensées par le catalogue des activités de rééducation-réadaptation, le CdARR) ;

- Un compartiment « molécules onéreuses », fondé sur des travaux engagés sur la base des enquêtes 2006 et 2007, visant à financer les médicaments onéreux en sus des tarifs ;
- Un compartiment « missions d'intérêt général » regroupant les missions d'intérêt général (MIG) d'une part, comme l'éducation thérapeutique, les prises en charge spécifiques, activités de réinsertion après la sortie, les équipes mobiles et de liaison, etc. et d'autre part les missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation (MERRI) ;
- Un compartiment « plateau technique spécialisé », pour lequel des travaux ont été engagés sur la base d'une enquête de la mission tarification à l'activité (MT2A) de février-mars 2008, visant à identifier notamment les équipements éligibles à ce compartiment. Ceux-ci devront a priori correspondre à des éléments techniques discriminants pour une activité donnée, très coûteux et pour lesquels le recueil des surcoûts est faisable.

Ce modèle transitoire, mis en œuvre à compter de 2009, préfigure le modèle cible qui doit être appliqué en 2012. Celui-ci nécessite certains travaux liminaires : l'élaboration d'une nouvelle classification PMSI SSR, la refonte du catalogue des activités de rééducation-réadaptation et enfin une étude nationale des coûts dont la méthodologie est actuellement en train d'être formalisée et qui sera menée jusqu'en 2011.

Il est encore trop tôt pour tirer toutes les conséquences de la réforme entreprise. Deux constatations peuvent cependant être faites :

- Le modèle de T2A SSR est similaire dans son économie générale à celui retenu pour le secteur MCO puisqu'il distingue des financements directement liés à l'activité, avec l'IVA et le compartiment « molécules onéreuses », et des financements qui restent forfaitaires, avec le compartiment « missions d'intérêt général ». Une particularité du champ SSR apparaît cependant avec le compartiment « plateau technique spécialisé » qui répond à la nécessité de

valoriser la possession d'équipements ou d'installations mais aussi certains dispositifs médicaux implantables particulièrement coûteux. ;

- La convergence des modes de financement de l'hospitalisation publique et privée constitue l'un des objectifs avoués de la réforme. L'étude nationale de coûts qui va être engagée pour construire la nouvelle classification SSR ainsi que les tarifs est à cet égard une étude commune aux deux secteurs. A l'instar de ce qui s'est produit dans le champ MCO, l'hospitalisation publique et privée vont donc exercer leurs activités de SSR en connaissant des conditions de financement similaires¹⁰.

Entreprise nécessaire mais génératrice à ce stade d'incertitudes, la mise en œuvre de la T2A dans le champ SSR doit inciter les acteurs hospitaliers à s'engager dans la recherche de gains d'efficacité mais aussi dans la conquête de parts de marché. L'inflexion des filières de soins ou la préservation de celles existantes joue dans ce cadre un rôle majeur pour assurer la viabilité financière des structures publiques exerçant leurs activités dans un champ SSR où le secteur privé dispose d'une offre diversifiée et en développement, comme cela va être exposé dans le point qui suit.

¹⁰ Des conditions de financement identiques ne signifient pas des tarifs identiques. Il sera probablement envisagé, dans un premier temps, de fixer des tarifs différents pour les deux secteurs, comme cela existe encore pour l'instant dans le champ MCO.

2 Les filières de soins peuvent constituer un instrument déterminant d'optimisation de l'offre de l'hôpital public dans un contexte concurrentiel très marqué en Île-de-France

Le nouveau cadre réglementaire de l'offre en SSR et le nouveau cadre financier en germe participent à l'effort de convergence visant à rapprocher les secteurs public et privé en les soumettant à des règles de fonctionnement identiques. L'intérêt de mettre en place des filières de soins permettant d'assurer, au sein de l'APHP, d'une part un aval de qualité pour les services de MCO, et d'autre part un niveau d'activité optimal quantitativement et qualitativement, apparaît d'autant plus urgent que la concurrence en Île-de-France est d'ores et déjà vive et ne fait que s'accroître.

2.1 Une activité de soins de suite et de réadaptation de plus en plus concurrentielle, tant en France que sur le territoire francilien

2.1.1 Une offre SSR dominée par le secteur privé au niveau national et notamment marquée par le développement de la part du secteur privé lucratif aux dépens essentiellement du secteur privé non lucratif

L'activité de SSR est en augmentation depuis plusieurs années, quel que soit le mode d'hospitalisation. Avec 29 millions de journées réalisées et 1,8 millions de venues en 2006, cette activité représente 22% de l'ensemble des journées réalisées en hospitalisation complète et 13% des venues en hospitalisation partielle. De 2005 à 2006, la hausse en hospitalisation complète a été de 1,5% en nombre de journées et une hausse particulièrement marquée en hospitalisation partielle peut être constatée, de l'ordre de 8,9%¹¹.

- A) Une offre dominée par le secteur privé et plus particulièrement par le secteur privé non lucratif

¹¹ Source pour ce paragraphe : DREES, SAE 2005-2006, données statistiques

Il existait en 2003¹² sur le plan national 1 639 établissements ayant une activité de soins de suite ou de réadaptation, totalisant environ 76 500 emplois hors médecins. Parmi ces 1 639 établissements, on retrouve :

- 769 établissements publics (47% des établissements identifiés comme ayant une activité de SSR), la capacité moyenne de ces établissements étant de 52 lits et places ;
- 511 établissements privés à but non lucratif (31% du total), la capacité moyenne de ces établissements étant de 65 à 70 lits et places ;
- 359 établissements privés à but lucratif (22% du total), la capacité moyenne de ces établissements étant de 64 lits et places.

Les capacités d'accueil sont donc plus limitées dans les structures publiques, ce qui s'explique notamment par l'absence dans la plupart des cas d'autonomie des structures de SSR. Elles sont en effet souvent rattachées à une structure de court séjour importante dont elle ne constitue qu'une activité complémentaire. Dans le secteur privé et notamment dans le secteur privé non lucratif, les structures SSR sont pour l'essentiel autonomes.

Cette différence structurelle explique peut-être en partie l'attention plus soutenue portée par le secteur privé et plus particulièrement par le secteur privé à but non lucratif à l'influence des réformes réglementaire et financière touchant le champ SSR. Le secteur public, où l'activité SSR n'est souvent qu'accessoire, s'intéresse surtout à celle-ci pour son rôle de dégagement du court séjour. L'autonomie des structures SSR privées incite au contraire celles-ci à s'inquiéter de la rentabilité de l'activité de SSR proprement dite.

Le tableau 1 permet de constater la nette prédominance du secteur privé sur le secteur public en matière de capacité d'accueil SSR : 58% des lits et 75% des places sont installés dans le secteur privé en 2006. Cette prédominance se retrouve en activité puisque le secteur privé réalise 58% des journées en hospitalisation complète et 75% des venues en hôpital de jour.

Au sein du secteur privé, les établissements à but non lucratif dominent, notamment pour l'activité d'hôpital de jour. Cette implantation du secteur privé non lucratif dans le champ du SSR est pour partie le fruit de l'histoire et elle est particulièrement significative dans certaines régions françaises (Alsace-Lorraine, Bretagne et Pays de la Loire).

¹² Source : SAE 2003. Ces données, bien qu'anciennes, permettent de dresser un panorama général de l'offre SSR en France

Tableau 1 : Capacité d'accueil et activité du champ SSR en 2006

	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif	Total
Lits installés	39 295 42%	30 493 32%	24 654 26%	94 442 100%
Places installées	1 502 25%	3 095 51%	1 414 24%	6 011 100%
Journées réalisées	11 954 000 41%	8 800 000 30%	8 205 000 28%	28 959 000 100%
Entrées totales	352 000 40%	261 000 30%	263 000 30%	876 000 100%
Venues	465 000 26%	879 000 49%	466 000 26%	1 809 000 100%

Sources : DREES, SAE 2005 et SAE 2006

B) Les segments d'activité des secteurs public et privé ne se recoupent pas totalement

L'observatoire de la Fédération des Etablissements hospitaliers et de l'assistance privée à but non lucratif (FEHAP) a établi fin 2006 une typologie des établissements de SSR qui présente l'avantage de recenser les segments privilégiés d'activité SSR des établissements SSR en fonction de leur statut. Dans l'échantillon sélectionné par l'observatoire (1 199 établissements sur un total de 1 639), Il ressort que :

- Le secteur public privilégie une activité de soins de suite hospitaliers (67% des établissements de l'échantillon) dont l'orientation gériatrique est assez nette, un tiers des journées concernant des patients fortement dépendants. Cette

orientation se traduit par un taux d'encadrement médical et non-médical plus conséquent que ce qui est attendu pour des soins de suite. Un deuxième segment d'activité important pour le secteur public correspond aux soins de suite ou de réadaptation hospitaliers fortement médicalisés (17% des établissements de l'échantillon) alliant rééducation et réadaptation fonctionnelles aux soins de suite. Ce type de structure se retrouve dans les très grands établissements publics, adossé à une structure de court séjour ;

- Le secteur privé non lucratif intervient sur des segments d'activité plus variés. On peut cependant distinguer trois segments regroupant au total 75% des établissements. Les soins de suite polyvalents tout d'abord, qui correspondent à une activité moins médicalisée et au taux d'encadrement moindre, concernent 37% des établissements. Il s'agit souvent de centres de convalescence non spécialisés ou confrontés à des problématiques de grand âge. A hauteur de 23%, les établissements de ce secteur sont des centres de rééducation et de réadaptation fonctionnelles fortement spécialisés sur ce type d'activité avec un taux d'encadrement en personnels de rééducation conséquent. Enfin, 15% des établissements sont des centres spécialisés en médecine physique et de réadaptation, avec une activité de jour importante puisque 42% de leur capacité sont des places ;
- Le secteur privé lucratif opère sur des segments d'activité proches voire identiques à ceux du privé non lucratif. Il est encore plus fortement spécialisé que celui-ci, à hauteur de 58% de ses établissements, sur les soins de suite polyvalents. Enfin, 31% de ses établissements correspondent à des centres de rééducation et de réadaptation fonctionnelles.

Compte tenu de cette typologie, il apparaît que la concurrence s'exerce en premier lieu au sein du secteur privé entre établissements lucratifs et non lucratifs car ils interviennent sur des segments d'activité similaires. Mais cette typologie reflète aussi la plus grande spécialisation du secteur privé, lucratif ou non, avec une offre composée de structures de plus modeste dimension mais répondant à des besoins spécifiques de prise en charge et à des publics particuliers, là où le secteur public privilégie la polyvalence (mais a-t-il vraiment le choix ?) et les soins de suite fortement médicalisés.

Les données du PMSI SSR, disponibles sur le site de l'Agence technique de l'information sur l'Hospitalisation (ATIH) confirment ces spécificités de prise en charge. Si l'on considère pour l'année 2006 les six Catégories Majeures Cliniques (CMC) qui

représentent environ 78,9% de l'éventail des cas traités en SSR (le Casemix), on constate que (cf. tableau 2 ci-dessous) :

Tableau 2 : Profil moyen des patients pris en charge en France dans les trois secteurs en fonction de la CMC (données 2006, hospitalisation complète uniquement)

	Age moyen	% de plus de 80 ans	% de – de 16 ans	% de prise en charge lourde	% de prise en charge très lourde	% score de dépendance physique >12	% score de dépendance relationnelle >6
CMC 12, poursuite de soins neuro-musculaires (17,4% du Casemix)							
Public	66,3	34,3	3,1	8,7	1,1	47,6	20,9
Privé non lucratif	51,3	13,2	10,3	14,2	2,2	46,3	20,7
Privé lucratif	67,8	31,6	0,9	4,8	0,4	34,5	10,0
CMC 16, poursuite de soins rhumato-orthopédique (16,2% du Casemix)							
Public	68,1	27,7	2,4	1,4	0,2	10,6	2,5
Privé non lucratif	63,7	18,6	4,7	1,4	0,2	8,9	1,8
Privé lucratif	68	22	0,3	0,6	0,1	5,3	1,1
CMC 17, poursuite de soins post-traumatique (15,9% du Casemix)							
Public	76,8	57,1	0,5	1,6	0,1	27,5	6,6
Privé non lucratif	66	37,5	2,5	3,7	0,1	21,8	4,2
Privé lucratif	71,7	46,1	0,2	1,5	0,1	21,1	4,1
CMC 11, poursuite de soins cardio-vasculaire et respiratoire (13,5% du Casemix)							
Public	75,1	49,8	2	4,2	2,7	23,6	7,9
Privé non lucratif	68,8	28	2,3	6	4,8	11,7	3,7
Privé lucratif	65,8	31,4	9,6	1,9	1,3	8,2	2
CMC 13, poursuite de soins en santé mentale (8,4% du Casemix)							
Public	69,3	44,2	2,1	1,4	0,1	28,2	25,2
Privé non lucratif	51,9	13,9	4,7	1,1	0,1	9,2	8,1
Privé lucratif	54,3	14,9	3,0	0,4	0	5,8	6,7
CMC 15, poursuite de soins viscéraux (7,5% du Casemix)							
Public	75,2	46,4	1,5	8,7	0,8	24,7	8,3
Privé non lucratif	67,6	27,1	2,6	16,9	1,3	13,1	4,4
Privé lucratif	72,7	36,0	0,8	7,1	0,4	11,3	2,8

Source : PMSI SSR 2006, ATIH

- Le secteur public accueille des patients plus âgés que les deux autres secteurs, avec pour certaines CMC jusqu'à 50% et plus de patients de plus de 80 ans. Outre cette importance de la population gériatrique, il apparaît que les patients du secteur public présentent en moyenne un niveau de dépendance plus conséquent que dans les deux autres secteurs ;
- Le secteur privé non lucratif accueille en moyenne des patients plus jeunes qui sont de ce fait plus susceptibles de bénéficier d'une rééducation intensive. Sa plus grande présence dans la prise en charge des moins de 16 ans, notamment les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS), est vérifiée, hormis pour la CMC 11. Le secteur privé non lucratif est aussi celui où le taux de prise en charge lourde ou très lourde est le plus important des trois secteurs, ce qui confirme l'existence dans ce secteur de structures fortement médicalisés ;
- Le secteur privé lucratif accueille, sauf exception pour la CMC 11, des patients plus âgés que le secteur privé non lucratif mais reste en deçà du secteur public pour l'accueil des patients gériatriques. Les patients sont par contre systématiquement plus légers que ceux pris en charge dans les deux autres secteurs. Les taux de prise en charge lourde ou très lourde et de dépendance sont en effet systématiquement plus faibles, les écarts étant sur certaines CMC particulièrement conséquents. Ces données corroborent l'hypothèse d'un secteur privé lucratif qui, en soins de suite, s'est spécialisé sur les patients gériatriques légers nécessitant un encadrement plus modeste (et donc à moindre coût).

L'hôpital Rothschild se trouvera à l'issue de la montée en charge de sa capacité d'accueil dans une situation particulière si l'on retient la typologie évoquée ci-dessus. D'une part, au sein de l'APHP, entité juridique unique, il correspondra à un établissement associant soins de suite fortement médicalisés (pôle MPR) et soins de suite hospitaliers (pôle gériatrie) et donc au modèle de l'établissement d'aval permettant l'accueil des patients de court séjour. D'autre part, Sa spécialisation avec le regroupement sur un seul site d'une activité essentielle de MPR (180 lits et 13 places) l'inscrit aussi dans une dynamique de centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelles, sur le modèle des structures du secteur privé.

- C) Un secteur privé lucratif en plein essor dans le champ SSR venant concurrencer les deux acteurs traditionnels de ce secteur que sont l'hôpital public et le secteur privé à but non lucratif

Le secteur privé lucratif a depuis plusieurs années investi massivement le champ SSR. Bien qu'elle ait vocation à disparaître, la distinction entre soins de suite, d'une part, et rééducation et réadaptation fonctionnelles, d'autre part, doit ici être reprise pour montrer l'évolution de l'offre SSR.

En rééducation et réadaptation fonctionnelles, les données SAE permettent de noter une augmentation de 8% du nombre de lits et places sur la période 2000-2004 (cf. tableau 3 ci-dessous). Celle-ci est en grande partie due à l'ouverture d'établissements privés lucratifs, ou à l'extension de leur capacité, puisque ceux-ci ont connu sur la même période une progression de 24% du nombre de leurs lits, de 5% du nombre de places, de 33% des journées réalisées et de 42% du nombre de venues en hospitalisation partielle.

Pour les soins de suite, l'évolution globale sur la période 2000-2004 n'est pas aussi importante. On constate même une stagnation puisque le nombre de lits n'augmente que de 1% pour un nombre de journées réalisées en léger recul de 1%. Mais là encore, le secteur privé lucratif se renforce sur ce segment d'activité avec une augmentation de 11% du nombre de lits et de 8% du nombre de journées réalisées. L'activité d'hôpital de jour qui ne faisait pas partie de l'offre de soins du secteur privé lucratif est représentée en 2004 avec 125 places totalisant 22 979 venues. Sa part de marché reste faible sur cette activité (14,6%), notamment du fait d'une amélioration conséquente de l'offre publique (augmentation de 76% du nombre de places, engendrant une augmentation du nombre de venues de 164%), mais elle montre l'investissement du secteur privé lucratif sur un segment pour lequel il n'était pas encore représenté.

L'évolution des parts de marché sur 2000-2006 (cf. graphiques p.40), soins de suite et rééducation et réadaptation fonctionnelles confondus, n'est pas si défavorable que cela au secteur public, qui se maintient plutôt bien en termes d'activité. Compte tenu de la plus ou moins grande concordance entre segments d'activité du secteur privé lucratif et non lucratif, le développement du lucratif se fait au prix de l'érosion de la part de marché du secteur privé non lucratif. Cela est particulièrement vrai pour certaines activités où ce secteur était dominant, notamment en hôpital de jour. Réalisant presque 60% des venues en 2000, il n'en réalise que moins de la moitié (48,5%) en 2006, le secteur privé lucratif réalisant 25,7% des venues en 2006 contre 16,7% en 2000. Le secteur public, après une

brève inflexion au milieu de la période considérée, se maintient et renforce même légèrement sa position en hôpital de jour (25,7% en 2006 contre 23,3% en 2000).

**Tableau 3 : Évolution nationale de l'offre SSR
dans les trois secteurs**

Public		Privé non lucratif		Privé lucratif		Total	
2004	Évolution 2004/2000	2004	Évolution 2004/2000	2004	Évolution 2004/2000	2004	Évolution 2004/2000

Rééducation et réadaptation fonctionnelles

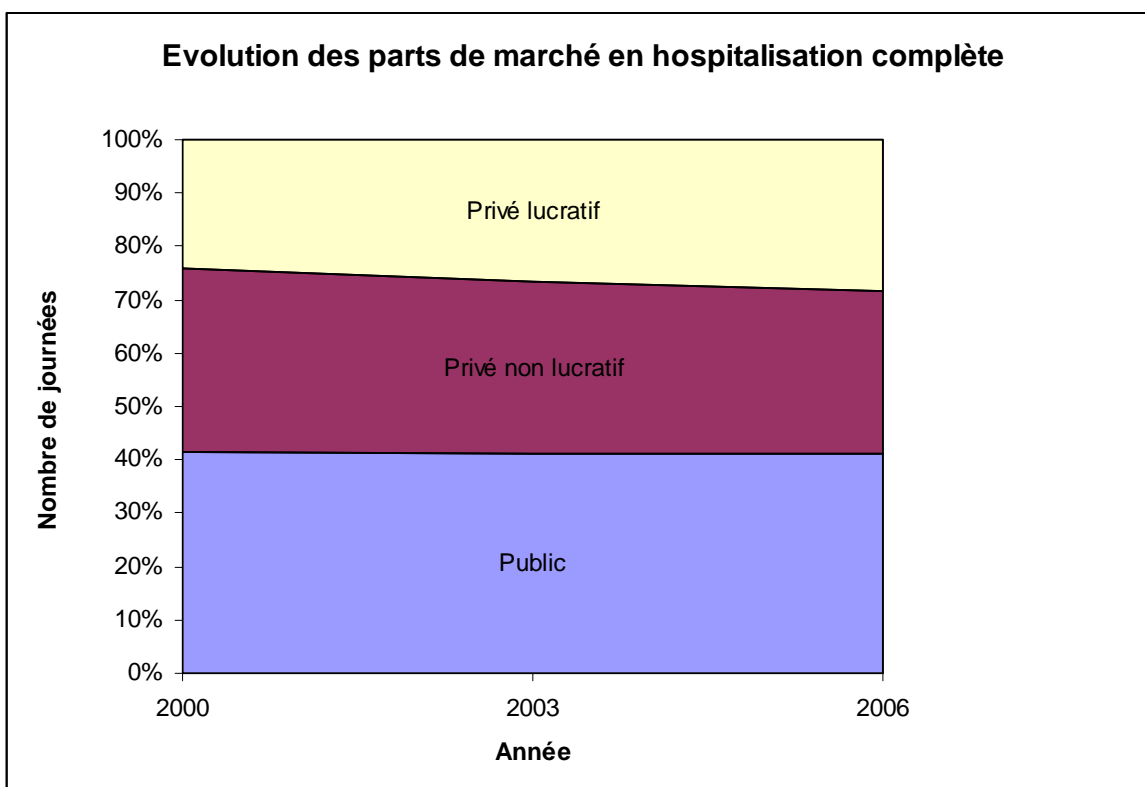
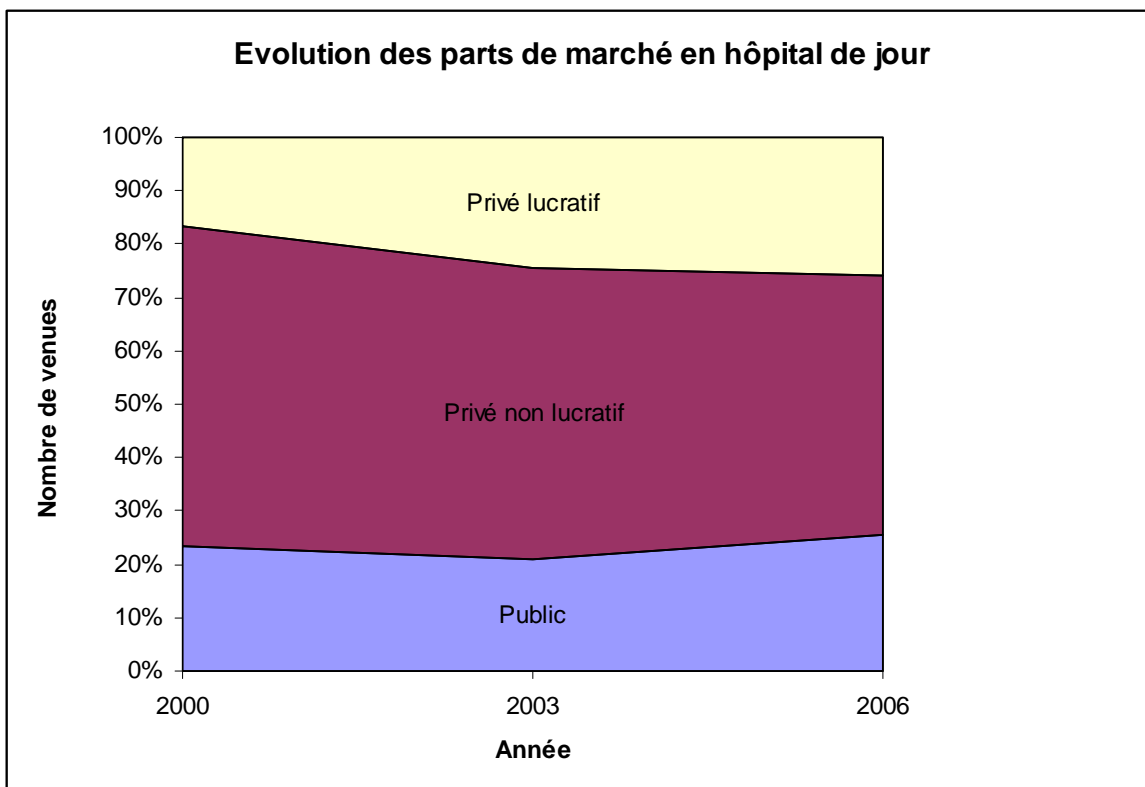
Nombre d'établissements	208	- 7%	194	+ 3%	116	+ 29%	518	+ 3%
Nombre de lits	8 705	+ 1%	12 539	+ 4%	7 370	+ 24%	28 614	+ 8%
Nombre de places	1 036	+ 23 %	2 562	+ 10%	921	+ 5%	4 519	+ 12%
Nombre de journées	2 440 810	+ 5 %	3 471 051	- 2%	2 543 960	+ 33%	8 455 821	+ 9%
Nombre de venues	308 768	+ 20%	764 886	+ 14%	288 892	+ 42%	1 362 546	+ 20%

Soins de suite

Nombre d'établissements	727	+ 2%	358	- 7%	303	+ 9%	1 388	+ 1%
Nombre de lits	30 230	+ 1%	18 038	- 7%	15 567	+ 11%	63 835	+ 1%
Nombre de places	280	+ 76%	257	+ 6%	125	*	662	+ 65%
Nombre de journées	9 142 385	+ 1%	5 317 726	- 9%	5 064 486	+ 8%	19 524 597	- 1%
Nombre de venues	74 221	+ 164%	60 397	+ 1%	22 979	*	157 597	+ 79%

Source : SAE 2000 et 2004 et calculs observatoire FEHAP

* En 2000, le nombre de places et de venues de soins de suite est nul dans le secteur privé lucratif



L'ensemble de ces données confirme en outre l'évolution globale de l'offre SSR vers une prise en charge en hôpital de jour de plus en plus privilégiée, le nombre de places augmentant en rééducation et réadaptation fonctionnelles de 12% et en soins de suite de 65%. Ce mouvement de substitution de l'hospitalisation de jour à l'hospitalisation complète se vérifie tout particulièrement dans le secteur public (+ 23% de places en

rééducation et réadaptation fonctionnelles et + 76% de places en soins de suite), ce qui montre une certaine adaptabilité de l'offre dans ce secteur et notamment sa capacité à adopter des solutions alternatives à l'hospitalisation complète.

Au final, l'évolution n'est pas si décourageante que cela : les gains de parts de marchés engrangés par le secteur privé lucratif se font essentiellement au détriment du secteur privé non lucratif et non du secteur public, qui maintient ses positions dans le champ du SSR. On peut cependant constater que ce maintien s'explique en partie par les spécificités des patients pris en charge dans le secteur public, dont le profil ne correspond pas totalement à celui des patients accueillis dans le secteur privé. Compte tenu des incertitudes sur la valorisation de l'activité avec la T2A SSR, il n'est pas possible à ce stade d'avoir une vision plus fine pour déterminer si le secteur public est positionné sur des segments d'activité pour lequel le rapport coûts/recettes sera à terme favorable (encadrement plus important nécessaire en raison d'une plus grande dépendance mais sans prise en charge spécifique à valoriser, plus grande précarité sociale rendant difficile la sortie du service du patient, etc.)

2.1.2 L'offre SSR dans le contexte francilien : une place prépondérante de l'APHP au sein de laquelle le futur hôpital Rothschild constituera à terme un maillon essentiel de l'offre pour l'Est parisien

A) Le rôle prépondérant de l'APHP dans la région Île-de-France

Pour apprécier l'importance de l'offre SSR de l'APHP en région Île-de-France, il paraît opportun d'analyser le volume d'activité généré en ce domaine par rapport au volume global de l'offre SSR francilienne.

Les données du PMSI SSR présentées pour l'APHP sur le site de l'ATIH ne sont pas satisfaisantes. Elles ne permettent pas de comparer finement les données APHP avec celles des autres établissements de santé de la région. L'agrégat APHP présenté pour Paris reprend en effet les données d'activité et médico-économiques des établissements de banlieue, mais aussi celles des établissements de province, comme Hendaye, San Salvador ou Berck. Cela introduit un biais non négligeable, sachant que ces trois hôpitaux, avec 861 lits fin 2007 (646 lits de soins de suite et 215 lits de rééducation et réadaptation fonctionnelles), représentent 18,6% de la capacité d'accueil de l'APHP en SSR qui est de 4 629 lits, soit 3 821 lits de soins de suite et 808 lits de rééducation et de réadaptation fonctionnelles. Le biais introduit dans les calculs est moins grave pour l'hôpital de jour, puisqu'il n'existe que 10 places d'hôpital de jour en province, situées à

San Salvador, sur un total APHP de 332 places (il s'agit de places de rééducation et de réadaptation fonctionnelles), soit 3% de la capacité d'accueil en hôpital de jour SSR de l'APHP.

Les données de la SAE 2006 présentent l'avantage de ne pas inclure les établissements de province dans l'agrégat APHP puisqu'elles sont disponibles par établissement. Elles n'autorisent pas par contre un éclairage médico-économique puisque la répartition de l'activité en fonction des CMC n'est pas disponible. La présentation par CMC dans le tableau 4 introduit donc un biais non négligeable qu'il convient de garder à l'esprit pour l'analyse de l'activité par grand type de prise en charge.

Toutes données d'activité confondues (hospitalisation complète, partielle et séances de consultation), on constate que l'APHP est une composante fondamentale de l'offre SSR francilienne (cf. tableau 4). Elle totalise 1 142 220 journées SSR tous types d'activité confondues en 2006, soit 22% de l'activité de la région. Elle permet à l'hospitalisation publique de représenter une part de l'offre SSR très légèrement supérieure à la moyenne nationale (41% contre une moyenne au niveau national de 40%, tous types d'activités confondues).

Tableau 4 : Offre SSR en Île-de-France et part de l'APHP en 2006

	Ensemble des données SSR	CMC 11 : Poursuite de Soins médicaux cardio-vasculaire/respiratoire	CMC 12 : Poursuite de Soins médicaux neuro-musculaire	CMC 13 : Poursuite de Soins médicaux Santé mentale	CMC 15 : Poursuite de Soins médicaux Viscéral	CMC 16 : Poursuite de Soins médicaux Rhumato/or thopédique	CMC 17 : Poursuite de Soins médicaux post-traumatique
ASSISTANCE PUBLIQUE AP-HP	1 142 220	129 512	511 055	311 821	75 221	66 089	119 441
Total IdF hors APHP	3 650 036	448 522	617 860	162 567	308 878	736 074	609 969
Part de marché de l'APHP en IdF	22%	22%	45%	66%	20%	8%	16%
Part de marché hôpital public (hors APHP)	24%	25%	35%	39%	18%	21%	19%
Part de marché hôpital public, APHP incluse	41%	41%	65%	79%	34%	28%	32%

Sources : SAE 2006 pour l'ensemble des données SSR et PMSI SSR ATIH 2006 pour les données par CMC (biais pour celles-ci lié à l'inclusion des données APHP des sites de province)

Nonobstant le biais relatif au mode de calcul susmentionné, le Casemix dans le tableau 4 montre que l'APHP occupe une position prédominante pour la prise en charge dans certaines CMC, notamment la CMC 13 correspondant à la poursuite de soins médicaux de santé mentale, pour laquelle la maladie d'Alzheimer est une des manifestations morbides principales. Le nombre de journées de l'APHP pour cette CMC correspond à

66% du total des journées au niveau régional, tous secteurs confondus. L'APHP est aussi un acteur de santé publique essentiel dans la région pour la CMC 12, correspondant à la poursuite de soins neuro-musculaires, puisque le nombre de journées qu'elle réalise équivaut à 45% de l'activité SSR de la région pour cette CMC. Même en tenant compte du biais correspondant au 18,6% de capacité d'accueil situé en province et repris dans ce tableau pour la présentation par CMC, on ne peut que conclure au rôle incontournable de l'APHP dans le dispositif sanitaire francilien. Ce constat est renforcé au niveau des territoires de santé, les établissements de l'APHP étant en Île-de-France pour leur plus grande part concentrés à Paris et sa proche banlieue.

L'analyse par établissement présentée dans le tableau 5 prouve que l'APHP, compte tenu de sa dimension et du nombre d'établissements qui la composent, tend vers une spécialisation en distinguant d'une part établissements de court séjour et d'autre part établissements de moyen et de long séjour. Cette spécialisation est ancienne et correspond pour certains établissements à la reconversion d'anciens sanatoriums en établissements de long séjour puis, compte tenu du désengagement progressif de l'APHP de ce secteur d'activité au profit du secteur médico-social, en établissements de moyen séjour. Cette forme de spécialisation ne va pas cependant aussi loin que celle pratiquée dans le secteur privé ou, au sein du moyen séjour, les structures, de dimension plus réduite, se concentrent sur un segment d'activité spécifique.

Parmi ces établissements, on constate la présence d'hôpitaux dont l'activité en volume est conséquente. Des établissements comme Émile Roux, avec 134 185 journées d'hospitalisation complète, ou René Muret avec 103 326 journées, sont parmi les établissements les plus importants de la région Île-de-France. Seuls deux établissements hors APHP réalisent un nombre de journées aussi élevé : un hôpital public, l'hôpital national de Saint-Maurice dans le Val-de-Marne, totalisant 98 085 journées en 2006, et le centre de médecine physique et de réadaptation de Coubert en Seine-et-Marne, établissement PSPH sous dotation globale, totalisant 102 785 journées en 2006.

Au total, 171 établissements publics et privés interviennent dans le champ SSR en Île-de-France, avec en moyenne 21 345 journées réalisées contre 56 090 dans les 25 établissements de l'APHP. La proportion d'établissements de taille modeste n'est pas négligeable hors APHP puisque la médiane est située à 17 784 journées d'activité SSR, alors que celle-ci est de 42 731 journées pour les établissements de l'APHP. A la concentration des moyens à l'APHP, sur un territoire circonscrit à Paris et sa proche banlieue, répond donc le maillage plus fin des établissements publics mais surtout privés sur l'ensemble du territoire francilien.

Tableau 5 : Offre SSR de l'APHP par établissement en 2006

	Lits de soins de suite	Lits de rééducation réadaptation fonctionnelles	Journées hospitalisation complète	Places de jour RRF	Venues hôpital de jour RRF	Séances de Consultations
--	------------------------	---	-----------------------------------	--------------------	----------------------------	--------------------------

GHU Est

Charles Foix-Jean Rostand (94)	260	66	80 056			
Joffre-Dupuytren (91)	359		87 146			
Rothschild (75)	18	38	17 458	7	2 643	2 875
La Pitié-Salpêtrière (75)	131	25	38 513	3	2 110	
Sous-total GHU Est	768	129	223173	10	4753	2875

GHU Nord

Avicenne (93)		23	7 583			
Bichat (75)	48		14 315			
Bretonneau (75)	61		21 541			
Charles Richet (95)	145		46 307			
Lariboisière (75)	50	44	29 267	10	3 186	
Louis Mourier (92)	20		3 869			
Paul Doumer (60, mais très proche de l'IdF)	70		25 061			
René Muret-Bigottini (93)	303		103 326			
Sous-total GHU Nord	697	67	243686	10	3186	0

GHU Sud

Albert Chenevier (94)	124	143	74 065	18	9 368	
Bicêtre (94)	66	9	21 289	13	7 713	
Emile Roux (94)	389		134 185			
Georges Clemenceau (91)	185		60 189			
Paul Brousse (94)	163		49 200			
Sous-total GHU Sud	927	152	338928	31	17081	0

GHU Ouest

Broca - La Rochefoucauld - La Collégiale (75)	120		41 777			
Cochin (75)				4	3 596	
Corentin Celton (92)	152	38	63 134	4	2 562	2 501
Georges Pompidou (75)		99	29 199	4	1 576	
Sainte-Périne (75)	163		52 653			
Vaugirard (75)	124		43 684			
La Roche Guyon (95)	80		23 597			
Raymond Poincaré - Garches (92)		108	22 723	57	21 536	
Sous-total GHU Ouest	639	245	276767	69	29270	2501
TOTAL APHP Île-de-France	3 031	570	1 082 554	120	54 290	5 376

Sources : Siège APHP pour le nombre de lits et de places, SAE pour 2006 pour le nombre de journées et de venues

Par ailleurs, la capacité d'accueil de l'APHP en SSR, conformément au plan stratégique et au SROS, se renforce de manière notable. Fin 2007, 144 nouveaux lits ont été installés par rapport à 2006, soit 3768 lits fin 2007 contre 3624 en 2006. L'hôpital Rothschild est

l'un des principaux établissements à avoir bénéficié de cet accroissement de la capacité d'accueil. L'effort a été mis sur les soins de suite gériatriques où le nombre de lits a été porté de 18 à 50 lits. La capacité d'accueil en hôpital de jour de rééducation et de réadaptation fonctionnelles a aussi été accrue pour l'ensemble de l'APHP, puisqu'elle est passée de 120 à 135 lits.

B) Positionnement du futur Rothschild dans cette offre de soins.

Anciennement hôpital de court séjour, l'hôpital Rothschild est progressivement reconverti en établissement de moyen séjour. Sa mue ne sera complète qu'à compter de l'ouverture du nouveau bâtiment qui permettra d'accueillir les patients dans des conditions satisfaisantes de confort et de prise en charge.

Dans ce contexte, l'offre SSR de l'hôpital Rothschild reste pour l'heure modeste, avec 50 lits de soins de suite gériatrique, 38 lits et 7 places de rééducation et de réadaptation fonctionnelles. Avec 17 458 journées en 2006 et 18 045 en 2007, il se positionne parmi les établissements de l'APHP dont l'activité de SSR n'est que l'accessoire d'une activité plus significative de court séjour, comme par exemple l'hôpital Avicenne ou Bichat. L'ouverture des 32 lits supplémentaires de soins gériatrique début 2008 va cependant permettre à l'hôpital Rothschild d'accroître son activité, la prévision étant de 27 501 journées réalisées fin 2008 en hospitalisation complète, cet objectif étant plus que réalisé en cible saisonnalisé au mois de juin 2008 (objectif réalisé à 106,7%).

Si l'hôpital Rothschild n'est pas pour le moment un élément essentiel de l'offre SSR de l'APHP, l'ouverture du nouveau bâtiment va permettre une augmentation conséquente de la capacité d'accueil d'ici fin 2010, à l'issue de la montée en charge du nombre de lits installés. Avec ses 50 nouveaux lits de soins de suite gériatrique et surtout ses 142 nouveaux lits et 16 nouvelles places d'hôpital de jour en rééducation et réadaptation fonctionnelles, l'hôpital Rothschild sera l'hôpital de SSR le plus important du département de Paris. Sa capacité d'accueil en rééducation et réadaptation fonctionnelles fera de cet établissement le plus important de l'APHP pour ce type de prise en charge.

Le volume d'activité prévisionnel calculé par la mission « projet nouveau Rothschild » de l'hôpital est de 88 343 journées, hospitalisations complète et partielle confondues, soit une augmentation de 323% de l'activité, ce qui classera l'hôpital parmi les plus grandes structures SSR de la région en activité.

**Tableau 6 : Offre SSR dans le département de Paris en 2006 hors
APHP (journées SSR et Casemix)**

Catégorie	Etablissement	Journées SSR	CMC 11 : Poursuite de Soins médicaux x cardiovasculaire / respiratoire	CMC 12 : Poursuite de Soins médicaux neuro-musculaire	CMC 13 : Poursuite de Soins médicaux Santé mentale	CMC 15 : Poursuite de Soins médicaux x Viscéral	CMC 16 : Poursuite de Soins médicaux x Rhumato /orthopédique	CMC 17 : Poursuite de Soins médicaux post-traumatique
PSPH	CTRE REEDUCATION PERSONNES MALVOYANTES	3 590						
PSPH	CENTRE DE REEDUCATION SAINTE MARIE	13 529		610			9 248	3 518
PSPH	HOPITAL SAINT-JOSEPH	9 473	172	2 005	794	65	2 462	2 331
PSPH	FONDATION DE ROTHSCHILD (SSR)	14 358	2 577	1 988	323	1 080	643	6 489
PSPH	HOPITAL DES GARDIENS DE LA PAIX	17 129	1 210	550		2 396	11 008	760
PSPH	HOPITAL NOTRE-DAME BON SECOURS	9 539	8	2 441	1 531	12	2 428	2 781
PSPH	HOPITAL LEOPOLD BELLAN	20 151		6 263	36		9 068	4 736
PSPH	MAISON MEDICALE JEANNE GARNIER	24 301						
PSPH	CENTRE MEDICAL EDOUARD RIST	39 157	5 718	7 777	395	5 988	6 581	1 092
PSPH	CENTRE PASTEUR VALLERY RADOT	4 678	535	286	97	994	162	504
PSPH	HOPITAL PRIVE COGNACQ-JAY	29 700	2 768	1 566	315	530	7 318	5 239
PSPH	HOPITAL HENRY DUNANT	17 770	1 838	1 581	557	989	3 167	6 767
PSPH	CRF LA CHATAIGNERAIE	28 061		4 893			11 795	11 359
Privé	CLINIQUE DES BUTTES CHAUMONT	46 021	2 821	6 363	689	4 044	16 328	14 659
Privé	CENTRE DE SOINS PALLIATIFS "LA MAISON SUR SEINE"	2 838	46	433	9	23		
Privé	CLINIQUE DU CANAL DE L'OURCQ	32 641	804	1 980	568	2 200	6 282	16 471
Privé	CENTRE DE SOINS DE SUITE CLINEA	15 790	857	3 516	261	3 911	1 211	3 340
Privé	CTRE CHIRURGICAL LES PEUPLIERS CRF	15 925	34	90		36	12 880	2 665

Source : PMSI SSR ATIH 2006

Dans un contexte d'accroissement de l'offre privée sur le territoire parisien, la reconversion de l'hôpital Rothschild pour faire de cet établissement le pôle de rééducation de l'Est parisien apparaît être un élément essentiel de la stratégie de l'APHP pour préserver sa place dans le paysage hospitalier local. Le secteur privé a en effet depuis plusieurs années renforcé de manière significative sa présence à Paris dans le champ du SSR, comme cela a eu lieu au niveau national, pour combler un vide dans l'offre SSR locale.

En dehors de l'APHP, il n'existait en effet dans le département de Paris en 2003 que quatorze établissements intervenant dans le champ SSR. Parmi ceux-ci, treize relevaient du secteur privé non lucratif et un seul du secteur privé lucratif. Depuis 2003, quatre nouveaux établissements se sont ouverts et tous sauf un sont des établissements privés à but lucratif. Ces établissements sont tous situés dans les territoires de santé 75-1 et 75-2 du SROS qui correspondent à l'espace de recrutement potentiel de l'hôpital Rothschild. L'ouverture de ces nouveaux établissements prouve la réactivité du secteur privé qui est en mesure de répondre rapidement aux besoins identifiés dans le cadre du SROS.

Avant 2003¹³, un seul établissement privé lucratif offrait une prise en charge en SSR : « le centre chirurgical Les Peupliers CRF », ouvert en 1908 et situé dans le XIII^e arrondissement. L'activité de SSR (23 lits de soins de suite et 35 lits et 15 places de rééducation et réadaptation fonctionnelles) y vient en complément d'une activité de MCO centrée sur la chirurgie. L'activité, estimée toutes activités confondues (hospitalisation complète, partielle et séances de consultation), est de 15 925 journées en 2006.

Depuis 2003, quatre établissements privés SSR se sont ouverts sur le territoire de Paris :

- Centre de soins palliatifs « La Maison sur Seine », ouvert le 15 octobre 2003, disposant de 20 lits de soins de suite et situé dans le XVIII^e arrondissement. Contrairement aux autres établissements référencés dans cette liste, sous OQN, cet établissement est sous dotation globale bien que non PSPH. Son activité globale est de 2 838 journées en 2006 ;
- Clinique des Buttes-Chaumont (Repotel), ouverte le 18 mai 2004, disposant de 120 lits dont 50 de réadaptation et rééducation fonctionnelles et située dans le XIX^e arrondissement. Son activité globale est de 46 021 journées en 2006 ;
- Clinique du canal de l'Ourcq, ouverte le 08 juillet 2004, disposant de 93 lits de soins de suite et située dans le XIX^e arrondissement. Son activité globale est de 32 641 journées en 2006 ;
- Clinique de la Jonquière (centre de soins de suite du groupe « Clinéa »), ouverte le 04 avril 2006, disposant de 95 lits de soins de suite et située dans le XVII^e arrondissement. Son activité globale est de 15 790 journées.

¹³ Sources : SAE 2006 et PMSI SSR 2003 et 2006 ATIH

2.2 L'optimisation des filières de soins est une réponse à cette concurrence exacerbée

Concurrence plus vive du secteur privé et incertitudes quant aux conséquences financières de la T2A SSR se conjuguent pour rendre plus pressante la préservation ou la constitution de filières de soins permettant à l'APHP, d'une part, d'éviter que ses patients ne rejoignent un établissement privé pour assurer leur prise en charge en moyen séjour, et d'autre part, de fluidifier le passage du court au moyen séjour et de remédier à la saturation des services d'aigu.

Pour l'hôpital Rothschild, plus spécifiquement, le travail sur la consolidation, le renforcement, ou la création de filières est essentiel pour assurer un niveau d'activité et un taux d'occupation suffisants pour assurer la viabilité financière et justifier les investissements consacrés par l'APHP à la reconversion du site.

2.2.1 Les filières actuelles de l'hôpital Rothschild : concentration du recrutement en soins de suite gériatriques, plus grande dispersion en rééducation et réadaptation fonctionnelles

Bien qu'il convienne de distinguer parmi les filières de soins celles qui correspondent aux soins de suite gériatrique d'une part et la rééducation et la réadaptation fonctionnelles d'autre part, une constatation générale s'impose pour l'ensemble de l'activité SSR de l'hôpital Rothschild : aucune filière n'a été formalisée par écrit. Les filières existantes sont des filières informelles, reposant pour l'essentiel sur des liens historiques ou des affinités entre praticiens d'établissements différents.

L'activité de SSR, notamment en hospitalisation complète, étant satisfaisante (taux d'occupation de 91,6% à juin 2008), la formalisation de filières n'apparaît pas comme une priorité aux chefs de service concernés. Lors des entretiens menés avec ceux-ci sur le sujet, il a été souvent avancé que la contractualisation des liens avec un établissement d'amont constitue plus une entrave qu'une opportunité d'augmenter l'activité. Le faible nombre de lits installés à l'hôpital, notamment en rééducation et réadaptation fonctionnelles, oblige la plupart du temps à refuser des admissions. Dans ce contexte où la demande est bien supérieure à l'offre, l'urgence ne leur semble pas devoir être mise sur une formalisation des filières liant l'hôpital à des établissements en particulier.

A) Les filières gériatriques de l'hôpital Rothschild

Le pôle de gériatrie de l'hôpital Rothschild comporte, outre les 50 lits de soins de suite, une activité de MCO avec 15 lits de médecine gériatrique aiguë et 6 places d'hôpital de jour pour mener, outre des consultations gériatriques, des consultations « Mémoire » visant à faire bénéficier les patients atteints de troubles de la mémoire et/ou cognitifs d'un diagnostic précis et d'une prise en charge adaptée de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées.

Le casemix des services de SSR de l'hôpital présenté dans le tableau 7 ci-dessous permet de constater que l'éventail des cas traités dans le pôle de gériatrie est large. Les soins de suite gériatrique constituent en effet par définition des soins polyvalents. On peut cependant constater que plus de la moitié des cas traités correspondent à la CMC 12 « Poursuite de soins médicaux neuro-musculaire » et à la CMC 13 « Poursuite de soins médicaux Santé mentale » (58% des cas traités pour ces deux CMC). Cela correspond essentiellement à des pathologies vasculaires cérébrales et à la maladie d'Alzheimer ou des maladies apparentées.

a) *Les modes d'entrée en soins de suite gériatrique à l'hôpital Rothschild*

Le passage de 50 à 100 lits en soins de suite gériatrique doit s'accompagner à l'ouverture du nouveau bâtiment d'un accroissement de la capacité en médecine gériatrique (MCO) de 15 à 30 lits. Même si le présent mémoire est axé sur l'offre SSR, cette information a son importance dans la mesure où la capacité en médecine gériatrique est susceptible d'avoir un fort impact sur le remplissage des lits de SSR. En effet, l'analyse du mode d'entrée en SSR grâce aux informations données par le DIM APHP pour les années 2005, 2006 et 2007 permet de constater l'importance du transfert interne à l'hôpital Rothschild dans le recrutement de l'unité de soins de suite gériatrique :

- Une majorité des patients, de 56% à 89% d'entre eux selon les années¹⁴, entre par transfert interne à l'APHP, les autres entrant directement en soins de suite gériatrique. Le transfert en provenance d'un établissement hors APHP reste pour sa part anecdotique (pas plus de 1%) ;
- Parmi les patients relevant d'une filière APHP, les patients en fait hospitalisés antérieurement en médecine gériatrique à l'hôpital sont majoritaires, puisqu'ils représentent environ 86% du recrutement, les autres patients ayant été transférés

d'un service de court séjour de l'hôpital Saint-Antoine (à 11%) ou d'autres établissements de l'APHP, de manière résiduelle (3%).

Tableau 7 : Casemix de l'hôpital Rothschild en 2007
(Nombre de journées en hospitalisation complète et hôpital de jour)

CMC	Libellés	Pôle MPR		Pôle gériatrie	TOTAL	Part CMC dans le nbre total de journées	Casemix national
		RRF ortho	RRF neuro				
11	Poursuite de soins médicaux cardio-vasculaire/respiratoires	105	78	684	867	4,99%	13,5%
12	Poursuite de soins médicaux neuro-musculaire	2518	839	1950	5307	30,51%	18,8%
13	Poursuite de soins médicaux Santé mentale	0	1	2210	2211	12,71%	8,1%
14	Poursuite de soins médicaux sensoriels et cutané	15	0	296	311	1,79%	3%
15	Poursuite de soins médicaux viscéral	62	1027	530	1619	9,31%	6,6%
16	Poursuite de soins médicaux Rhumato/orthopédique	3936	0	349	4285	24,64%	17,7%
17	Poursuite de soins médicaux post-traumatique	1195	2	743	1940	11,15%	15,5%
20	Soins palliatifs	0	0	215	215	1,24%	2,8%
50	Poursuite de soins médicaux nutritionnels	0	0	51	51	0,29%	3,9%
60	Autres situations	135	0	86	221	1,27%	3,4%
90	Erreurs/sans objet	216	93	56	365	2,10%	0,4%
99	Groupage impossible	0	0	0	0	0,00%	0,1%
TOTAL Nombre de journées (hospitalisation complète et hôpital de jour)		8182	2040	7170	17392	100,00%	93,8%

Source : DIM hôpital Rothschild

Une analyse superficielle se cantonnant à observer le mode d'entrée en SSR ne permet donc pas d'identifier avec précision les filières de soins gériatriques de l'hôpital Rothschild. Il convient de pousser plus avant la réflexion en portant l'attention sur les modes d'entrée en médecine gériatrique qui constitue le point d'entrée dans la filière de soins interne à l'hôpital. Les données sur les modes d'entrée en MCO permettent de constater que :

¹⁴ Etude réalisée sur les années 2005, 2006 et 2007

- au moins la moitié des entrées ont pour origine un autre établissement de l'APHP (de 49% à 53%), une petite moitié entrant directement (aux alentours de 43-45%), le transfert en provenance d'un établissement hospitalier non APHP restant limité mais plus conséquent que pour les soins de suite gériatrique (de l'ordre de 4 à 6% selon les années) ;
- parmi les établissements APHP « adresseurs », deux hôpitaux représentent la quasi-totalité des entrées, avec sur les années 2005 à 2007 de 77% à 84% des patients provenant de l'hôpital Saint-Antoine et de 9 à 12% en provenance de l'hôpital Tenon.

Le recrutement du pôle de gériatrie et plus précisément de l'unité de soins de suite gériatrique est donc local, les hôpitaux Saint-Antoine et Tenon relevant comme l'hôpital Rothschild du GHU Est et étant situés dans l'Est de Paris, dans les XII^e et XX^e arrondissements. Le pôle de gériatrie prend en charge des patients en provenance des services de court séjour et des urgences de ces établissements, notamment des zones de surveillance de très courte durée (ZSTCD) aussi dénommés « lits portes ».

Il apparaît néanmoins que parmi les deux établissements évoqués, l'hôpital Saint-Antoine se taille la part du lion, que ce soit en accès direct aux soins de suite ou par l'intermédiaire de l'unité de médecine gériatrique. En 2007, le pôle gériatrie n'a accueilli en provenance de l'hôpital Tenon que 12 patients en court séjour et aucun en SSR. Cela est somme toute modeste si l'on considère le nombre de patients de plus de 75 ans passant par le SAU ou les services de court séjour de cet hôpital. En 2007, 932 patients sont passés par les urgences¹⁵, mais ils n'ont bien sûr pas tous dû être hospitalisés en aigu et ne relevaient pas forcément de la médecine gériatrique. L'écart est cependant si important qu'il existe probablement un certain nombre de cas pour lesquels un transfert à l'hôpital Rothschild constitue une solution envisageable.

S'agissant du SSR, les perspectives de développement sont encore plus significatives. Le service de médecine interne de l'hôpital Tenon a pris en charge en 2007, sur 934 patients, 649 patients originaires de Paris. Parmi ces 649 patients, 455, soit plus des deux tiers, avaient plus de 75 ans. Il peut donc paraître surprenant qu'aucun d'entre eux, hormis par l'intermédiaire de la médecine gériatrique, n'ait été adressé en soins de suite gériatrique à l'hôpital Rothschild, alors que l'hôpital Tenon, tout comme l'hôpital Saint-

¹⁵ Source : Entrepôt de données partagé (EDP), qui constitue la base de données dans les champs administratif et médical commune à tous les établissements de l'APHP

Antoine, ne dispose pas de lits de soins de suite. L'analyse des modes de sortie permet en fait de constater que l'hôpital Tenon adresse prioritairement ses patients nécessitant des soins de suite gériatrique à l'hôpital Joffre-Dupuytren : en 2007, sur 260 patients adressés en SSR, 215, soit 83%, l'ont été à destination de cet hôpital. Les autres patients ont été adressés à des établissements de moyen séjour de l'APHP situés dans l'ensemble des GHU, essentiellement en banlieue. Si, compte tenu de sa capacité d'accueil et du taux d'occupation actuels (50 lits avec 94,2% de taux d'occupation corrigé), les marges de développement sont pour l'instant minces, l'ouverture de lits supplémentaires permet d'espérer un accroissement du recrutement en provenance de cet hôpital.

Ces lits supplémentaires ne permettront pas de toute manière d'accueillir l'ensemble des patients nécessitant des soins de suite dans le GHU Est. Les hôpitaux Charles Foix – Jean Rostand et Joffre – Dupuytren, totalisant à eux deux plus de 600 lits de soins de suite, restent des éléments indispensables de l'offre en SSR pour ce GHU, notamment pour l'hôpital Saint-Antoine. Ce dernier a en 2007 transféré à ces établissements 250 de ses 303 patients nécessitant des soins de suite et le relèvement de la capacité d'accueil de l'hôpital Rothschild de 50 à 100 lits ne semble pas suffisant pour entraîner une réorientation majeure du flux de patients.

b) Les modes de sortie des soins de suite gériatrique : le problème récurrent de « l'aval de l'aval ».

Le problème de « l'aval de l'aval » se pose avec acuité pour les soins de suite gériatrique de l'hôpital Rothschild, comme permettent de le constater les données SSR pour l'année 2007 délivrées par le département de l'information médicale (DIM) de l'APHP. Si 40% des patients reviennent à leur domicile à l'issue du séjour en SSR, le transfert en long séjour et le placement en maison de retraite concernent respectivement 9% et 21% des patients, soit un peu moins du tiers d'entre eux.

Les difficultés de placement dans ces institutions ont une conséquence directe sur l'occupation des lits : en moyenne, pour l'ensemble des patients, la DMS en soins de suite gériatrique à l'hôpital Rothschild est de 40,97 jours en 2007, ce qui reste très bas si on la compare à la DMS moyenne pour l'APHP qui est de 62,01 jours. Elle est de 35,37 jours pour les patients repartant à leur domicile à l'issue de leur hospitalisation, mais de 63,43 jours pour les patients finalement transférés en long séjour et de 50,55 jours pour ceux placés en maison de retraite.

Ces DMS plus longues sont bien sûr révélatrices de cas certainement plus lourds que ceux des patients, a priori plus légers, pouvant retourner à domicile. Mais ils soulignent aussi un problème d'aval de l'aval qui va probablement aller crescendo avec le vieillissement de la population et la raréfaction des possibilités de placement en long séjour, compte tenu du désengagement progressif de l'APHP de ce secteur d'activité, peu ou pas compensé par l'ouverture de lits de long séjour par ailleurs, notamment dans le champ médico-social. A l'instar de ce que peuvent connaître certains services de court séjour, la part de patients considérés comme inadéquats, c'est-à-dire relevant d'un autre type de prise en charge, risque de s'accroître dans les services de moyen séjour et plus particulièrement dans les services de soins de suite gériatrique. Cela ne peut se faire qu'au détriment tout d'abord du patient, dont la qualité de prise en charge risque de souffrir de cette prolongation de son séjour dans un service non adapté, et ensuite de l'hôpital, dont l'occupation des lits n'est pas optimisée.

B) Les filières de médecine physique et de réadaptation

a) *Les modes d'entrée en MPR*

L'hôpital Rothschild ne dispose pour l'instant que d'une capacité limitée en rééducation avec 38 lits et 7 places d'hôpital de jour. Mais à l'ouverture du nouveau bâtiment, cette capacité va être augmentée de manière significative puisqu'elle va être presque quintuplée en hospitalisation complète, passant à 180 lits grâce à une augmentation de la capacité des deux services existants¹⁶ et le transfert de 60 lits en provenance de l'hôpital Charles Foix-Jean Rostand. L'hôpital de jour de 7 places doit pour sa part voir sa capacité accrue de 6 places.

L'éventail des cas traités est plus limité que pour les soins de suite gériatrique, ce qui n'est pas surprenant : la prise en charge dans les services de médecine physique et de réadaptation correspond à une prise en charge spécialisée. Pour l'hôpital Rothschild, il s'agit essentiellement des pathologies vasculaires cérébrales, ce que confirme le Casemix du tableau 7 ci-dessus, 30% des journées à l'hôpital en SSR correspondant à la

¹⁶ Le service de rééducation neuro-orthopédique, doté de 20 lits, et le service de rééducation neurologique, doté de 18 lits, vont voir leur capacité d'accueil portée chacun à 60 lits. Pour le service de rééducation neurologique, une partie cependant des lits, 15 ou 20, est susceptible d'être orientée vers une activité de médecine neurologique (MCO).

CMC 12 «Poursuite de soins médicaux neuro-musculaire » et au tiers des journées pour les deux services de rééducation et réadaptation fonctionnelles.

Contrairement aux soins de suite gériatrique pour lesquels les hôpitaux de provenance ne sont qu'au nombre de deux et font partie du même GHU, les services de médecine physique et de réadaptation ont un recrutement plus diversifié et faiblement concentré sur le GHU Est. Il convient ici de distinguer les filières spécifiques à chaque service :

- Pour le service de rééducation neuro-orthopédique, le mode d'entrée principal sur la période 2005-2007 est le transfert interne à l'APHP, qui est la voie d'accès de 68 à 74% des patients. Les deux autres modes d'entrée, plus ou moins équivalentes, sont l'entrée directe du patient et le transfert en provenance d'un hôpital hors APHP (de l'ordre de 10 à 16% du nombre de patients pour chacune de ces deux voies). Parmi les patients transférés en interne à l'APHP, les établissements de provenance sont essentiellement en 2006 l'hôpital Saint-Antoine (44% des patients), l'hôpital européen Georges Pompidou (20%) et l'hôpital Lariboisière (19%) ;
- Pour le service de rééducation neurologique, dont l'hôpital de jour a une activité de référence au recrutement national, le transfert interne à l'APHP n'est pas aussi significatif, plus ou moins un tiers des patients arrivant dans le service par cette voie (de 32 à 39% d'entre eux). L'admission directe concerne de 53 à 63% des patients, les transferts en provenance d'un établissement hors APHP restant limités (de l'ordre de 5 à 8%). Les hôpitaux de l'APHP adressant le plus de patients en 2006 sont Tenon (37%), Bichat (37%) et l'hôpital Saint-Antoine (15%) ;
- Pour le service de rééducation neurologique actuellement situé à l'hôpital Charles Foix et transféré à l'hôpital Rothschild à l'ouverture du nouveau bâtiment, la proportion de patients transférés est plus significative, notamment en raison de l'absence d'hospitalisation de jour. Environ 70% des patients admis viennent d'un hôpital de l'APHP et 20% d'un hôpital hors APHP, les 10% restants correspondant aux admissions directes. Les hôpitaux de l'APHP adressant le plus de patients en 2006 sont la Pitié Salpêtrière (43%), Bicêtre (29%) et Henri Mondor (8%) ;

Ces résultats statistiques sont biaisés par l'agrégation au sein d'un même ensemble des patients en hospitalisation complète et de ceux admis en hospitalisation de jour. Avec l'augmentation importante de la capacité d'accueil en hospitalisation complète à horizon

2010, la part des transferts d'un autre établissement hospitalier va très probablement s'accroître et rend nécessaire une réflexion approfondie sur les filières de soins.

La deuxième constatation pouvant être faite est l'hétérogénéité du recrutement en interne à l'APHP. Même si une logique de recrutement au sein du GHU Est n'est pas absente puisque 40 à 50% des patients pris en charge étaient originellement hospitalisés dans ce GHU, plusieurs hôpitaux ne relevant pas de celui-ci sont bien positionnés. Au-delà du rôle des affinités et des liens historiques qui sous-tendent ces filières, il convient d'insister sur le rôle de recours ou de référence de ces services qui ne permet pas de privilégier uniquement un recrutement de proximité, la proximité s'entendant au niveau du GHU.

Enfin, le recrutement de patients en provenance d'hôpitaux hors APHP représente un pourcentage non négligeable pour certains des services concernés (jusqu'à 20% des entrées). Ceux-ci sont adressés par des établissements privés PSPH, comme la fondation Rothschild, le groupe hospitalier Saint-Joseph, situés tous deux à Paris, ou par l'hôpital Sainte-Anne, établissement public, mais aussi des établissements privés à but lucratif comme la clinique du Mont-Louis dans le XI^e arrondissement, la clinique Rémusat, dans le XVI^e arrondissement, et la clinique Arago, dans le XIV^e arrondissement. Les données administratives recueillies à l'entrée du patient dans le service ne permettent cependant pas de quantifier exactement les flux en provenance de chacun de ces établissements, seul un volume global « transferts hors APHP » étant disponible.

b) Les modes de sortie en MPR

Contrairement aux soins de suite gériatrique, les services de MPR ne sont concernés pour l'instant qu'à la marge par les difficultés de sortie des patients. La grande majorité d'entre eux, si l'on fait exception des transferts en moyen ou court séjour, retournent à leur domicile à l'issue de leur passage à l'hôpital. C'est particulièrement vrai pour les activités de recours ou de référence, dans le cadre notamment de l'hospitalisation de jour. Pour les trois services, le taux de séjours se terminant par un retour à domicile en 2007 va de 66% à 92% selon le service, la moyenne à l'APHP pour la rééducation fonctionnelle étant de 77%. Le transfert en long séjour n'a concerné que 14 séjours sur 697 en 2007 et le placement en maison de retraite que 12 séjours pour la même période.

Compte tenu de la faiblesse des effectifs concernés, les chefs des trois services ne ressentent pas de véritable nécessité de contractualiser avec des établissements d'aval. Les problèmes de placement portent a priori sur des patients dont les caractéristiques nécessitent une prise en charge adaptée dont l'offre est insuffisante en Île-de-France,

comme par exemple les sujets jeunes atteints de sclérose en plaques, de démence ou d'aphasie, à l'autonomie réduite, pour lesquels la solution appropriée de placement est une maison d'accueil spécialisée (MAS).

2.2.2 Aspect prospectif : l'enjeu des filières de soins pour le nouveau Rothschild

A) Les perspectives de développement des filières de soins

Dans le cadre ainsi fixé, et compte tenu du développement futur de la capacité d'accueil de l'hôpital Rothschild, des perspectives de développement des filières peuvent être identifiées. Un travail en amont de l'ouverture apparaît en effet nécessaire pour assurer lors de la montée en charge de la capacité d'accueil un remplissage des lits satisfaisant.

Il convient cependant d'identifier à titre liminaire le cadre de référence pour la constitution ou le renforcement des filières de soins, en fonction du type de prise en charge. La question se pose avec plus d'acuité depuis l'annonce par le Directeur général de l'APHP le 1^{er} juillet 2008 de la constitution de regroupements hospitaliers au sein de chaque GHU mais aussi inter GHU, voire en association avec d'autres établissements publics, en fonction du territoire de santé dans lequel se trouvent les établissements. Cette réorganisation doit se faire de manière à répondre à une logique fonctionnelle dont les filières de soins sont un aspect incontournable. Elle doit par ailleurs répondre à une logique géographique visant à offrir une offre de soins cohérente et coordonnée. Elle s'inscrit enfin dans une démarche d'efficacité visant à rationaliser le fonctionnement administratif et logistique, par le biais de mutualisations et de simplification de l'organisation.

Dans le cadre ainsi fixé, l'hôpital Rothschild doit a priori rejoindre un groupe hospitalier composé des hôpitaux Saint-Antoine et Tenon. Ce groupe hospitalier présente une grande cohérence : relevant du même GHU, les trois établissements présentent une complémentarité certaine, ce qui sera encore plus vraie à partir de l'ouverture du nouveau Rothschild. Les hôpitaux de Saint-Antoine et de Tenon sont en effet des établissements de court séjour disposant de services d'accueil des urgences particulièrement actifs et pour lesquels l'hôpital Rothschild est et sera un partenaire d'aval essentiel.

Mais ce constat ne vaut pas forcément pour l'ensemble des activités du nouvel hôpital Rothschild. Comme indiqué plus haut, le recrutement des services du pôle MPR est hétérogène et ces deux hôpitaux d'amont n'y entrent que pour une part finalement limitée. La constitution d'une filière majoritaire Tenon – Rothschild ou Saint-Antoine – Rothschild

concerne en fait principalement le pôle de gériatrie pour lequel le recrutement de patients en provenance de Saint-Antoine est déjà une réalité. L'augmentation du nombre de patients admis en provenance de l'hôpital Tenon est d'ores et déjà un axe de développement potentiel de l'activité, profitable aux deux établissements concernés.

Des travaux ont en effet été entamés pour améliorer la filière entre l'hôpital Tenon et l'hôpital Rothschild. La priorité reste cependant à l'heure actuelle de développer la filière entre ZSTCD de l'hôpital Tenon et la structure de médecine gériatrique de l'hôpital Rothschild. L'occupation par des patients gériatriques de lits portes pose un problème de fluidité et de disponibilité de ces lits alors que la structure de médecine gériatrique reste elle en deçà de ses possibilités en termes d'accueil, avec un taux d'occupation corrigé qui n'était au mois de juin que de 75,6%.

Cependant, l'ouverture des 50 lits supplémentaires en soins de suite gériatrique nécessitera de prévoir en amont de l'ouverture la formalisation d'une filière entre les services de court séjour de l'hôpital Tenon accueillant des patients gériatriques et les soins de suite gériatrique de l'hôpital Rothschild. Au-delà de l'intérêt pour les deux hôpitaux, à savoir le remplissage des lits de SSR pour l'hôpital de destination et diminution potentielle de la DMS pour l'hôpital de provenance, le principal intérêt du renforcement de cette filière est avant tout la plus-value pour le patient gériatrique qui bénéficiera d'une prise en charge de proximité, dans l'Est de Paris, alors que ces patients sont pour l'instant majoritairement adressés à l'hôpital Joffre-Dupuytren, situés dans une banlieue lointaine mal desservie par les transports en commun.

Dans la perspective de l'ouverture du nouveau bâtiment, il paraît donc opportun de :

- renforcer dès maintenant la filière SAU de Tenon – médecine gériatrique de l'hôpital Rothschild. La formalisation de la filière devrait notamment prévoir un recrutement diversifié pour éviter que l'hôpital Rothschild ne soit destinataire que des patients les plus lourds. Compte tenu de la présence au sein de l'hôpital Tenon de services pouvant prendre en charge en aigu les patients gériatriques, il convient en effet de ne pas occulter le risque d'une forme de sélection en amont qui se ferait au préjudice de l'hôpital Rothschild ;
- renforcer la filière entre les services d'aigu de l'hôpital Tenon, notamment avec le service de médecine interne, et les soins de suite gériatrique de l'hôpital Rothschild.

Les perspectives de développement de l'activité sont importantes en rééducation fonctionnelle, notamment dans la prise en charge des affections neurologiques. Un groupe d'experts en MPR réuni à l'initiative de l'ARHIF a rendu en mai 2002 un rapport sur les soins de suite ou de réadaptation en neurologie concluant que seuls 40% des patients parisiens ayant une affection neurologique pouvaient être pris en charge dans leur département d'origine. Malgré l'augmentation des capacités d'accueil existantes à l'APHP et la création de nouvelles structures privées, le problème d'une prise en charge de proximité reste encore posé, notamment dans l'Est parisien.

Cette notion de proximité doit cependant s'entendre selon une acception plus large que le cadre du GHU, compte tenu du type de prise en charge proposé. L'examen des filières actuelles permet en effet de constater que se limiter au recrutement du GHU Est ne constitue pas une solution optimale. Par ailleurs, l'importance du recrutement hors APHP est à prendre en compte pour certains des services concernés, et conduit à réserver une place particulière à ce mode de recrutement. L'aval des services de court séjour de l'APHP reste bien sûr une priorité mais le renforcement des filières avec le secteur privé constitue une piste envisageable de développement.

Il convient en effet ici de rappeler les avantages du futur hôpital Rothschild : outre sa localisation dans Paris intra-muros, ce qui constitue un atout non négligeable pour une patientèle parisienne, l'hôpital proposera des chambres individuelles avec un niveau de confort élevé rehaussé par la présence de domotique. Il présente donc une alternative intéressante à une hospitalisation dans le secteur privé pour un certain nombre de patients, et pourrait intéresser les patients hospitalisés en court séjour dans un établissement privé. La prise en charge en rééducation et réadaptation fonctionnelles est celle où potentiellement la concurrence avec l'hospitalisation privée et publique non APHP (par exemple avec l'hôpital national Saint-Maurice) est la plus vive et pour laquelle une offre de qualité, conciliant qualité des soins et confort hôtelier dans un cadre de proximité, constitue un avantage indéniable pour s'imposer dans ce secteur d'activité sur le territoire parisien.

B) Méthodologie pour développer les filières dans la perspective de l'ouverture du nouvel hôpital

L'ouverture du nouvel hôpital répond à un besoin de santé important mais non quantifiable avec précision. L'existence de ce besoin non satisfait ne permet cependant pas de faire l'économie d'une réflexion sur les filières, ne serait-ce que pour accompagner

la montée en charge de la capacité d'accueil et éviter un remplissage insuffisant lors des premiers temps de fonctionnement.

Des entretiens ont d'ores et déjà eu lieu ou vont avoir lieu avec les chefs des services cliniques pour préciser ou identifier les filières existantes. Cette première étape doit être suivie de rencontres avec les chefs des services d'amont qui adressent actuellement des patients à l'hôpital Rothschild pour déterminer dans quelle mesure ceux-ci peuvent être amenés à augmenter le nombre des patients envoyés. Ces rencontres doivent être aussi l'occasion d'identifier les éventuelles difficultés d'aval, ce afin de répondre à l'objectif de l'APHP de désengorgement des services de court séjour.

Une fois ce travail préalable effectué, la formalisation des filières doit constituer une option à étudier, notamment, mais pas uniquement, avec les partenaires naturels de l'hôpital Rothschild que sont l'hôpital Saint-Antoine et Tenon dans le cadre du futur groupe hospitalier.

Au niveau institutionnel, il est important que l'ouverture soit précédée d'une campagne de communication au sein de l'APHP, pour informer les personnels de la teneur du projet du nouveau Rothschild. Cette campagne doit cependant comporter un volet plus ciblé permettant de porter plus particulièrement le projet à la connaissance des praticiens des services pouvant potentiellement adresser des patients correspondant au type de prise en charge proposé par l'hôpital.

Cette campagne de communication doit avoir lieu en 2009, concomitamment à celle qui doit être menée pour le recrutement des personnels. Il n'est pas non plus inutile d'élargir la communication aux autres acteurs hospitaliers susceptibles d'être intéressés par l'offre de l'hôpital Rothschild, notamment à ceux avec lesquels il n'existe pas encore de relations, ainsi qu'aux acteurs de santé que sont les médecins libéraux qui peuvent eux aussi adresser des patients, notamment pour l'activité d'hôpital de jour.

Une phase d'évaluation doit évidemment suivre, après l'ouverture et à l'issue de la montée en charge de l'activité du nouvel hôpital, pour déterminer quel a été l'impact de cet effort d'amélioration des filières. Au-delà de l'effet sur le remplissage des lits, il convient de retenir comme critère d'évaluation l'impact sur la fluidité du passage de court en moyen séjour et sur l'occupation par des patients inadéquats des lits de court séjour. Le plus difficile sera ici de distinguer ici ce qui relève de l'effort concret de développement des filières et ce qui correspond à la simple augmentation mécanique du flux liée à

l'augmentation de la capacité d'accueil, compte tenu du contexte actuel de demande supérieure à l'offre.

Conclusion

L'optimisation des filières de soins ne constitue pas à première vue, pour un hôpital, un des leviers d'action les plus souples et les plus rapides pour assurer un niveau de recettes satisfaisant. D'autres leviers semblent a priori plus à même de remplir efficacement et plus directement cette mission, comme l'optimisation de la procédure de recouvrement des recettes ou l'amélioration du codage des actes. Par ailleurs, l'absence de tarification à l'activité dans le domaine des soins de suite et de réadaptation n'encourage pas les réflexions prospectives en matière de recettes dans les établissements spécialisés dans le moyen séjour, même si une attention particulière est quand même portée au taux d'occupation des lits.

Une réflexion sur l'amélioration des filières de soins dans les établissements comportant un secteur de moyen séjour important ou prédominant semble cependant incontournable à l'heure actuelle. Il convient en effet pour ces établissements de ne pas subir la réforme de la tarification à l'activité dans le champ SSR sans avoir au préalable engagé une réflexion sur l'optimisation des recettes dont les filières de soins sont un aspect essentiel. Il semble au contraire nécessaire de profiter du délai de mise en place de la réforme, qui ne fera sentir ses pleins effets que dans deux ou trois ans. Cet intervalle peut être mis à profit pour une préparation qui a fait défaut dans l'application de la tarification à l'activité aux services de MCO, avec les conséquences que l'on connaît sur l'équilibre financier des établissements hospitaliers.

La tarification à l'activité, perçue le plus souvent comme une contrainte préjudiciable à la qualité des soins dans l'hospitalisation publique, apparaît donc ici comme un fort élément incitateur à l'optimisation des filières de soins, et donc d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients. Pour remplir ce dernier objectif, il convient cependant que la structuration ou l'amélioration des filières de soins se fasse en gardant constamment à l'esprit le rôle premier des filières qui, au-delà de l'intérêt économique, est d'assurer aux patients du service public hospitalier une prise en charge continue et adaptée à leur état de santé.

Bibliographie

TEXTES OFFICIELS

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, Décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation, Journal officiel, 20 avril 2008.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation, Journal officiel, 20 avril 2008.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Circulaire n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière des soins gériatriques, Bulletin officiel.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, Circulaire n° 517 du 3 novembre 2003 relative à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, Bulletin officiel.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Circulaire n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques, Bulletin officiel.

Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, Plan stratégique 2005-2009.

ARHIF, mars 2006, Schéma régional de l'organisation sanitaire de troisième génération 2006-2010.

PERIODIQUES

JEANNEAU J., septembre/octobre 2006, « Typologie des établissements de soins de suite ou de réadaptation », Lettre de l'observatoire économique et social, supplément à Perspectives sanitaires et sociales, n° 188, pp. 1-12.

ETUDES ET MEMOIRES

Agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France, mai 2002, « Soins de suite ou de réadaptation en neurologie », Etude d'un groupe de travail.

DREES, 2007, « Les établissements de santé : un panorama pour l'année 2005 », La documentation française, 85 p.

DREES, décembre 2007, « L'activité des établissements de santé en 2006 en hospitalisation complète et partielle », Etudes et résultats, n° 618, pp. 5-8.

COMMISSARIAT GENERAL AU PLAN, 1998, « Partenariat, coordination, réseaux et filières dans le système de santé », La documentation française, 146 p.

MILLINER C., 2005, *Vieillesse et prise en charge de la personne âgée à l'hôpital : l'exemple de la mise en place d'une filière gériatrique au centre hospitalier de Landerneau*, Mémoire de l'école nationale de la santé publique, 108 p.

NEMITZ B., 2006, *La filière gériatrique : une réponse au défi que pose à l'hôpital le vieillissement de la population*, Mémoire de l'école nationale de la santé publique, 101 p.

Observatoire régional de santé d'Île-de-France, Octobre 2003, « La santé des Franciliens : panorama de la santé en Île-de-France ».

SUPPORTS DE CONFERENCES OU DE REUNIONS

BRISSON J ET GEY M., « Actualité des réformes SSR : offre de soins et financement », réunion d'information de la FEHAP du 19 mai 2008 à Besançon, présentation PowerPoint FEHAP.

METTRAL P., « Vers un modèle de financement à l'activité pour le champ du SSR, modèle de transition, modèle cible », présentation PowerPoint ATIH.

SITES INTERNET

Site de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation :
<http://www.atih.sante.fr>

Site de la Statistique annuelle des établissements de santé :

<http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/>

Site de l'agence régionale d'hospitalisation d'Île-de-France :

<http://www.parhtage.sante.fr>

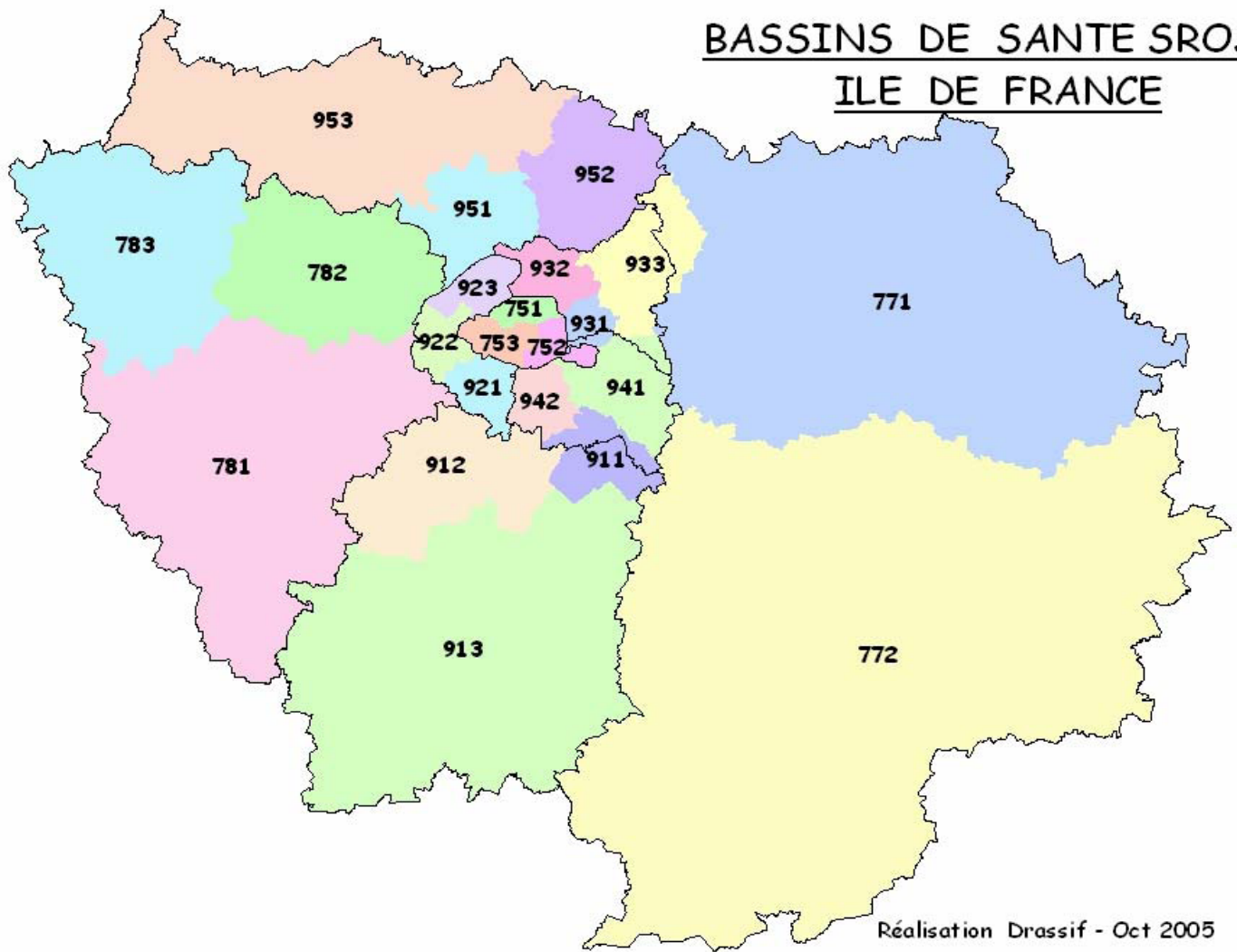
Site de l'association de médecine physique et de réadaptation d'Île-de-France :

<http://pagesperso-orange.fr/ampr-idf/>

Liste des annexes

1. Carte du bassin de santé SROS 3 d'Ile-de-France : page II
2. Carte des établissements de l'APHP : page III
3. Questionnaire semi-directif sur les filières à l'attention des chefs de service : page IV
4. Exemple de compte rendu d'un entretien avec un chef de service du futur hôpital sur les filières :
Page VI

BASSINS DE SANTE SROS 3
ILE DE FRANCE



Réalisation Drassif - Oct 2005

LES ETABLISSEMENTS DE L'APHP



Questionnaire sur les filières

I. ACTIVITE ACTUELLE DU SERVICE

1. *Est-ce que le service répond à un besoin de santé de proximité ? (i. e au sein du territoire de santé)*
2. *Est-ce que le service a une activité de référence ?*
3. *Quelle est l'importance respective de l'activité de proximité et de l'activité de référence dans l'activité totale du service ?*
4. *Quelles sont les filières de soins existantes dans lesquelles s'insère le service ? Pouvez-vous indiquer quelles sont les services d'amont d'où provient votre patientèle ?*
5. *Quelle est la proportion de patients qui vous adressés dans le cadre de ces filières de soins ?*
6. *Quelle est la proportion de patients qui vous adressés par la médecine de ville ?*
7. *Ressentez-vous la nécessité de contractualiser pour formaliser vos relations avec les services d'amont ou avec d'autres acteurs ? Pourquoi ?*
8. *Le service répond t-il à l'heure actuelle à l'ensemble des besoins des services d'amont et si non pourquoi ? A votre connaissance, cela a-t-il une influence importante sur la capacité d'accueil de ces services ?*
9. *Dans quelle proportion les refus d'admission sont-ils dus à l'indisponibilité des lits ? Quelles sont les autres raisons justifiant un refus d'admission ?*
10. *Eprouvez-vous des difficultés particulières pour trouver des solutions de placement pour vos patients ? Si oui, cela a-t-il une influence importante sur la disponibilité de vos lits ?*
11. *Ressentez-vous la nécessité de contractualiser pour formaliser vos relations avec les structures d'aval ? Pourquoi ?*
12. *Sur votre activité, êtes-vous en concurrence avec des confrères ? Exercent-ils à l'APHP, dans un autre hôpital public ou dans le privé ?*
13. *Avez-vous connaissance d'initiatives privées dans votre secteur d'activité visant à accroître l'offre de soins dans le territoire ?*

II. PISTES DE DEVELOPPEMENT DE L'ACTIVITE

1. *Avez-vous connaissance de besoins en amont au sein de l'APHP auxquels pourrait répondre à terme votre service dans le cadre du nouvel hôpital ?*
2. *Avez-vous connaissance de besoins hors APHP auxquels pourrait répondre à terme votre service dans le cadre du nouvel hôpital ?*
3. *La prise en charge de ces besoins nécessitera-t-elle une modification du mode d'hospitalisation dans votre service ? (HC, HdJ ou hospitalisation de semaine)*
4. *La satisfaction de ces besoins en amont nécessitera-t-elle une amélioration concomitante des possibilités de placement en aval ? Si oui, dans quels types de structures ?*
5. *Voyez-vous d'autres pistes de développement de votre activité hors filières, répondant à un besoin de santé spécifique ou à un axe de recherche ?*

Compte rendu de l'entretien du ... 2008 avec le professeur ...

L'entretien a été mené sur la base d'un questionnaire semi-directif comportant dix-huit questions. Ce questionnaire doit servir de base commune aux entretiens menés avec les chefs de service cliniques appelés à exercer leurs fonctions dans le futur hôpital Rothschild.

Propos liminaires :

Présentation de son service par le professeur ...

Le service MPR du professeur ... comportait initialement 69 lits répartis pour moitié à l'hôpital Charles Foix et pour moitié à l'hôpital Jean Rostand. La fermeture programmée pour fin 2008 de l'hôpital Jean Rostand va entraîner une diminution du nombre de lits dans le service, ramenés à 29 jusqu'au transfert à l'hôpital Rothschild prévu en juin 2010.

Ce laps de temps d'un an et demi pendant lequel le service fonctionnera à mi-régime pose le problème du maintien des filières actuelles, celles-ci étant par nature volatiles.

Le service ne dispose pas de place de jour mais réalise néanmoins une activité au sein de l'hôpital de jour (toxine botulique, analyse de marche...) qui reste limitée en volume.

Il a par contre une activité de consultations conséquente avec environ 2000 consultations par an dont 400 à 500 bilans urodynamiques qui sont très chronophages pour les équipes soignantes et médicales. Ces activités de consultation et d'hôpital de jour se situent à l'hôpital Jean Rostand.

Il convient enfin de noter pour le futur Rothschild une activité en pédicurie-podologie (actuellement environ 1000 actes). La fabrication de semelles nécessite une autorisation de fabrication d'appareillage. **Cette autorisation est**

attribuée à l'hôpital et devra donc être demandée au moment du transfert à Rothschild. Se pose aussi la question de la valorisation de cette activité (MIGAC dans le cadre de la T2A SSR ?).

ACTIVITE ACTUELLE DU SERVICE

1. Est-ce que le service répond à un besoin de santé de proximité ? (i. e au sein du territoire de santé)

Oui, 80 à 85% des patients hospitalisés habitent à proximité de l'hôpital (Val-de-Marne et Paris). Le transfert à Rothschild, à Paris intra-muros, ne devrait pas avoir d'influence négative sur le recrutement local du service, bien au contraire. L'organisation des transports publics en région Ile-de-France, centrée sur Paris, pourrait en effet faciliter l'accès au service pour les patients résidant dans certaines zones mal desservies en liaisons banlieue-banlieue du Val de Marne.

2. Est-ce que le service a une activité de référence ?

Oui, il s'agit de la prise en charge des personnes cérébro-lésées qui constituent la grande majorité des patients du service.

3. Quelle est l'importance respective de l'activité de proximité et de l'activité de référence dans l'activité totale du service ?

Il n'est pas possible de distinguer entre les deux types d'activité. Les patients correspondant à l'activité de référence sont dans leur majorité des patients habitant à proximité.

4. Quelles sont les filières de soins existantes dans lesquelles s'insère le service ? Pouvez-vous indiquer quelles sont les services d'amont d'où proviennent vos patients ?

Des filières, formalisées par écrit, existent avec :

- i. Le service du professeur Samson à la Pitié Salpêtrière pour la prise en charge des AVC,
- ii. le service de neurologie du professeur Adams à Bicêtre,
- iii. la fondation Rothschild (privé non PSPH),
- iv. le groupe hospitalier Saint-Joseph (PSPH),
- v. l'hôpital Sainte-Anne (public).

Jean Rostand participe à une filière ambulatoire sur les troubles de l'incontinence avec la Pitié-Salpêtrière, centre de référence ainsi que Raymond Poincaré.

5. Quelle est la proportion de patients qui vous adressés dans le cadre de ces filières de soins ?

La grande majorité des patients provient de ces filières de soins.

6. Quelle est la proportion de patients qui vous sont adressés par la médecine de ville ?

Pour l'hospitalisation, cela reste insignifiant.

Pour l'activité de consultations externes, on peut estimer qu'environ 30% des patients sont adressés par la médecine de ville.

7. Ressentez-vous la nécessité de contractualiser pour formaliser vos relations avec les services d'amont ou avec d'autres acteurs ? Pourquoi ?

Cf. Il question 1 ci-dessous.

8. Le service répond t-il à l'heure actuelle à l'ensemble des besoins des services d'amont et si non pourquoi ? A votre connaissance, cela a-t-il une influence importante sur la capacité d'accueil de ces services ?

Cf. Il question 1 ci-dessous.

9. Dans quelle proportion les refus d'admission sont-ils dus à l'indisponibilité des lits ? Quelles sont les autres raisons justifiant un refus d'admission ?

Les deux principaux motifs de refus d'admission sont :

- Une situation sociale lourde, notamment les patients de moins de soixante ans sans logement ou ne pouvant retourner à domicile dans des conditions d'autonomie satisfaisantes ;

- Les patients non stables au niveau médical ou aux comorbidités trop importantes, relevant plutôt des soins de suite polyvalents, indépendamment de leur âge.

10. Eprouvez-vous des difficultés particulières pour trouver des solutions de placement pour vos patients ? Si oui, cela a-t-il une influence importante sur la disponibilité de vos lits ?

Le besoin en solutions de placement n'est pas flagrant. Hormis quelques cas, les patients retournent à leur domicile à l'issue de l'hospitalisation.

11. Ressentez-vous la nécessité de contractualiser pour formaliser vos relations avec les structures d'aval ? Pourquoi ?

Non, cf. réponse ci-dessus en point 10.

12. Sur votre activité, êtes-vous en concurrence avec des confrères ? Exercent-ils à l'APHP, dans un autre hôpital public ou dans le privé ?

Oui, nonobstant la qualité des soins dispensés dans le service, on peut constater une fuite non quantifiable mais réelle vers le privé résultant de la mauvaise qualité du confort hôtelier à l'hôpital Charles Foix Jean Rostand. Cette fuite intervient dès les services en amont où les patients qui en ont la possibilité sont adressés à des structures privées, comme par exemple Repotel ou le nouvel établissement qui vient de s'ouvrir en face de l'hôpital public de Saint-Denis.

Le pool d'assistantes sociales du service du professeur Cornu à la Pitié Salpêtrière dispose d'une liste des établissements privés qui interviennent pour la prise en charge en aval des patients de ce service (les contacter pour en prendre connaissance). Le site de l'ATIH est aussi intéressant à consulter.

L'amélioration significative des conditions d'accueil dans le nouveau Rothschild (chambre seule, bâtiment neuf, hôpital dédié à la prise en charge du handicap, nouvelles technologies au service du patient) devrait sans nul doute limiter cette fuite des patients vers le privé.

13. Avez-vous connaissance d'initiatives privées dans votre secteur d'activité visant à accroître l'offre de soins dans le territoire ?

Le nouvel établissement en Seine Saint-Denis mentionné ci-dessus.

PISTES DE DEVELOPPEMENT DE L'ACTIVITE

1. Avez-vous connaissance de besoins en amont au sein de l'AP-HP auxquels pourrait répondre à terme votre service dans le cadre du nouvel hôpital ?

Il existe une demande forte du docteur ... de la Pitié Salpêtrière pour la prise en charge en aval de son service des SEP et des personnes atteintes de la maladie de Parkinson. Il conviendra cependant de veiller à ce que cette filière ne se traduise pas uniquement par l'afflux dans le nouvel hôpital Rothschild des patients les plus lourds pour lesquels ce service ne trouve que difficilement une solution d'aval. La constitution de cette filière doit aussi permettre l'accueil à Rothschild de patients plus légers dont la DMS sera moins conséquente. Il semble donc utile de régler les modalités de constitution de cette filière par le biais d'une convention entre les deux établissements.

Pour le futur Rothschild, il est en outre nécessaire de préserver autant que faire se peut l'activité ambulatoire actuellement pratiquée à Jean Rostand. Cette activité ambulatoire, comme par exemple celle pratiquée dans le cadre de la filière incontinence avec la Pitié Salpêtrière, répond à un besoin important au sein de l'AP-HP.

2. Avez-vous connaissance de besoins hors AP-HP auxquels pourrait répondre à terme votre service dans le cadre du nouvel hôpital ?

La prise en charge des patients cérébro-lésés de l'hôpital Sainte-Anne constitue un axe potentiel de développement pour l'hôpital Rothschild. Le groupe hospitalier Saint-Joseph (PSPH) est lui aussi susceptible d'adresser des patients en MPR.

3. La prise en charge de ces besoins nécessitera-t-elle une modification du mode d'hospitalisation dans votre service ? (HC, HdJ ou hospitalisation de semaine)

Le développement de l'hospitalisation partielle et de l'hospitalisation de semaine doit être privilégié à l'avenir. Cela correspond à une attente forte des patients qui souhaitent, quand leur état le permet, rentrer à leur domicile pour la nuit ou pour le week-end pour être avec leurs proches. Par exemple, pour certains AVC, une hospitalisation de jour pour le réentraînement à l'effort est une solution idoine.

Il peut être intéressant de voir comment a été mis en œuvre à l'hôpital public de Nancy la structuration du service du professeur André qui comporte pour moitié de l'hospitalisation complète et pour moitié de l'hospitalisation de jour.

Dans cette perspective, la répartition actuellement retenue pour le pôle MPR (160 lits d'HC et 28 places d'HdJ) sera à terme à réétudier. Pour son propre service, le professeur ... considère qu'un rééquilibrage au profit de l'HdJ avec 25 places d'HdJ et 45 lits d'HC dont 15 de semaine contre 60 lits d'HC et 8 places d'HdJ dans le projet actuel constitue une hypothèse qui mérite d'être analysée.

4. La satisfaction de ces besoins en amont nécessitera-t-elle une amélioration concomitante des possibilités de placement en aval ? Si oui, dans quels types de structures ?

Le placement en aval de ses patients les plus lourds médicalement et socialement est un problème récurrent pour le professeur Ces patients occupent pendant une longue durée (plus d'un an au minimum) des lits, dans l'attente d'une solution de placement dans une MAS. Ce type de structure ne peut en effet répondre à la demande, le délai d'attente étant de sept ans.

Ce problème d'embolie des lits concerne actuellement dans le service du professeur ... 2 lits sur 29.

5. Voyez-vous d'autres pistes de développement de votre activité hors filières, répondant à un besoin de santé spécifique ou à un axe de recherche ?

Les pistes de développement ont déjà été évoquées ci-dessus. S'agissant du volet recherche, il convient de mentionner que le professeur ... est référent pour les adultes atteints du Spina Bifida.

Remarques complémentaires :

Le champ MCO de la MPR est un axe potentiel d'évolution pour cette discipline. Des lits d'HC sont en effet consacrés à des bilans de rééducation très coûteux qui mériteraient d'être valorisés dans le champ MCO plutôt que dans le champ SSR. Il existe ainsi dans les hôpitaux de Cochin et de Raymond Poincaré des lits de MCO MPR correspondant à ce type de prise en charge. Le professeur ... est favorable à une telle évolution, l'activité de diagnostic constituant une part non négligeable de son activité que ce soit en HdJ ou en HC.