

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE RHONE-ALPES

LES SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

POLITIQUE DE L'ARH-RHONE-ALPES 2000 – 2005

Mission d'appui ARH pour les soins de suite et de réadaptation

Animateurs

Alain Deblasi : ERSM

Tèl : 04 72 91 99 33

e-mail :

alain.deblasi@ersmrhonealpes.cnamts.fr

Patrick Ferrand : CRAM

Tèl : 04 72 91 96 18

e-mail : pferrand@cramra.fr

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
1 - L' ETAT DES LIEUX.	5
1.1--- Une nomenclature des soins de suite et de réadaptation structurante	5
1.2--- Un tableau de bord prenant en compte un modèle d'organisation des soins de suite et de réadaptation ainsi qu'une estimation des besoins	7
1.2.1 <i>Bilan synthétique en Rhône-Alpes :</i>	7
1.3--- La question de la démographie	10
1.3.1 <i>Un contexte démographique de développement et de vieillissement.</i>	10
1.3.2 <i>Des ressources médicales raréfiées pour la rééducation fonctionnelle.</i>	11
2 - UNE PROPOSITION D'UNE DEMARCHE D'ADAPTATION CONTINUE DE L'OFFRE EN SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION.	12
2.1--- Initier et entretenir une dynamique collective.	12
2.2--- S'appuyer sur le S.R.O.S. pour favoriser la proximité des soins pour le plus grand nombre de malades.	13
2.3--- Rechercher l'efficacité maximum en réorganisant les filières de soins défaillantes ou perfectibles.	13
3 - LES PRECONISATIONS CONSTITUANT LA POLITIQUE REGIONALE EN SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION.	14
3.1--- Promouvoir la mpr de coordination.	14
3.2--- Mettre en oeuvre les soins de suite post réanimation	15
3.3--- Définir et animer une politique de soins de suite et de readaptation pour les enfants	16
3.4--- Encourager les actions en faveur des personnes âgées hospitalisées	18
3.5--- Renforcer la mpr neurologique et sa filière d'aval	19
3.6--- adapter l'organisation de certaines filières de soins à l'évolution des modes de prise en charge.	19
3.6.1 <i>Les états végétatifs chroniques et les états pauci-relationnels</i>	20
3.6.2 <i>La question de la cancérologie</i>	20
4 - LA MISE EN ŒUVRE DES PRECONISATIONS.	21
4.1--- Promotion de la MPR de coordination	21
4.2--- Constitution d'un dispositif régional de réadaptation post-réanimation.	23
4.3--- Confortation de la MPR pédiatrique	24
4.4--- Réalisation des scénarios locaux déclinés par secteur sanitaire	25
4.5--- Les possibilités de redéploiement	26
CONCLUSION	26

INTRODUCTION

Entre soins aigus et retour à domicile, les soins de suite et de réadaptation occupent une position stratégique dans la filière de soins.

La question des soins de suite a fait l'objet, en région Rhône-Alpes, d'importants travaux permettant d'apporter, aujourd'hui, un éclairage décisif sur cette discipline. ¹

Une analyse, confirmée par les COS ², montre que les anomalies qui apparaissent aux deux extrémités de la chaîne des soins sont, en grande partie, les conséquences de dysfonctionnements au sein des unités de court séjour et dans les soins de suite ainsi que lors de la prise en charge des patients au domicile ou en institution d'hébergement définitif.

Des malades lourds embolisent les services aigus de médecine, chirurgie ou réanimation et des personnes présentant des problèmes d'ordre social occupent, sans réel bénéfice de santé, des lits de soins de suite et de réadaptation, qui, dès lors, font défaut. Des patients ne bénéficient donc pas des soins de suite et de réadaptation indispensables alors que des moyens considérables sont mobilisés pour les maintenir dans les structures de soins aigus.

Les responsabilités sont multiples : indications systématiques ou approximatives associées à une méconnaissance des filières de soins efficaces ; comportement des familles ; mesures réglementaires obsolètes ou contournées, tarification inadaptée....

Les dysfonctionnements, qui peuvent conduire à une perte de chance pour les malades, sont d'autant moins acceptables qu'ils sont fort coûteux comme le montre, par exemple, la simple observation du PMSI centrée sur la prise en charge, en soins aigus, des accidents vasculaires cérébraux.

Pourtant, avec 10 570 lits et places ³ autorisés et un budget de 3,3 milliards de francs., la région Rhône-Alpes, dispose d'un potentiel de soins de suite et de réadaptation considérable, mais cet avantage est amoindri par trois éléments :

- ✓ **un déséquilibre géographique** des équipements qui nuit à l'accès aux soins et à la précocité des prises en charge en rééducation ;

- ✓ **une sous-médicalisation** de services au détriment de la qualité des prestations ;

¹ **COTER / Comité technique régional de soins de suite et réadaptation Rhône-Alpes** : Propositions d'organisation pour les filières en soins de suite et de réadaptation – 1992.

COTRAS / Commission technique régionale de l'application du SROS en soins de suite et de réadaptation.

Enquêtes GAIN-SSR de l'assurance 1996.

Groupe de travail thématique sur les soins de suite et de réadaptation à l'occasion de la révision du SROS N°1.

Ces documents sont répertoriés dans le document évolutif sur les soins de suite et de réadaptation en région Rhône-Alpes déposé dans le serveur ARH RA (à partir de septembre 2001).

² **C.O.S. / Commission opérationnelle de secteur** – émanation de la conférence sanitaire de secteur se réunissant paritairement avec des membres de l'équipe de secteur.

³ Bilan des SSR en Région Rhône-Alpes - DRASS juillet 2001.

✓ **des inadéquations entre les malades pris en charge et la vocation des équipements.**

Il faut bien constater, par ailleurs, que les préconisations du premier SROS « **accessibilité, continuité, proximité, qualité, flexibilité, mise en réseau** » sont loin d'être réalisées en ce qui concerne les soins de suite et de réadaptation.

En 2000, à partir des dispositions du deuxième SROS et d'une estimation des besoins par l'assurance maladie, les renouvellements d'autorisations ont permis d'initier une réorganisation des soins de suite. Cependant chacun sait que la question la plus pertinente « **quel projet individuel de soins de rééducation et réadaptation pour quel malade ?** » ne constitue pas encore le fondement de l'organisation des soins de suite. Pourtant, la pratique systématique du bilan MPR dès le court séjour et l'orientation du malade à partir d'un schéma de conduite thérapeutique qui lui soit propre, devrait permettre d'optimiser les compétences existantes et de documenter les insuffisances résiduelles de la réponse en soins de suite.

Par ailleurs, l'idée d'efficience des soins « **quel budget pour quel résultat ?** » n'est pas encore suffisamment présente dans le débat.

La réflexion de la région Rhône-Alpes est actuellement organisée autour :

d'une classification structurante, assise sur les travaux du COTER et qui constitue un modèle organisationnel des soins de suite et de réadaptation ;

d'une analyse des capacités envisageables dans une logique de tableau de bord de référence ;

d'une prise en compte des réalités d'ordre démographique.

Ces éléments permettent de proposer une politique et ses modalités de mise en œuvre pour les quatre ans à venir mais aussi de préparer le futur S.R.O.S., désormais proche.

L' ETAT DES LIEUX.

Les travaux préparatoires à l'écriture des deux SROS, fruit des réflexions de nombreux professionnels des soins et des équipes de l'ARH, dotent la région Rhône-Alpes d'une bonne compréhension de la problématique d'organisation des soins de suite et de réadaptation.

1.1 UNE NOMENCLATURE DES SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION STRUCTURANTE

Aujourd'hui encore les soins de suite et de réadaptation sont régis, pour ce qui est du domaine des autorisations, par une nomenclature nationale et des indices régionaux compris entre 1 et 1,8 lits pour 1000 habitants en soins de suite et de réadaptation, dont 0,3 à 0,5 lit pour 1000 habitants en rééducation et réadaptation fonctionnelle.

En 1996, la COTRAS⁴ a introduit en Rhône-Alpes une classification comprenant trois grandes catégories. Elle est chargée de signification médicale et a été inscrite dans le SROS N°2. Il n'y a pas de hiérarchie entre ces catégories mais des différences de missions, de moyens à mettre en œuvre et donc de coût.

Les soins de suite médicalisés sont réalisés dans des structures médicales appropriées, pour des patients ayant présenté une pathologie médicale ou chirurgicale aiguë récente ou chronique avec accident évolutif récent. Ces soins supposent le diagnostic principal connu et le schéma directeur de la conduite thérapeutique élaboré. Ils reposent sur une mise en perspective de la globalité du patient.

SS Med 1 - Les soins de suite médicalisés spécialisés impliquent des techniques et un personnel propres pour chaque spécialité. Ces structures ont une utilité pour plusieurs secteurs sanitaires.

On peut noter que leur répartition géographique n'est pas optimale et que leur fonctionnement n'est pas intégré dans une compréhension plurisectorielle des besoins des secteurs sanitaires. La substitution partielle par les soins ambulatoires est encore insuffisante.

SS Med 2 – Les soins de suite médicalisés généralistes pratiquent les soins de suite et de réadaptation sans technique spécialisée particulière. Ils ont une mission sanitaire de proximité.

Il faut relever que nombre de ces structures ne sont pas suffisamment médicalisées alors que l'offre régionale est excédentaire. Elles couvrent des besoins d'ordre social en partie par manque d'intégration dans un réseau cordonnant l'ensemble des possibilités de retour à domicile.

⁴ COTRASS : Commission technique d'application du schéma régional d'organisation sanitaire N°1.

La médecine physique et de réadaptation – MPR⁵ - est une discipline transversale qui intéresse toutes les spécialités médicales et chirurgicales. La prise en charge longitudinale du malade par les équipes de MPR doit débuter, en soins aigus, dès le début de la maladie pour se poursuivre jusqu'à sa réinsertion sociale

Le COTER ⁶ estime qu'une unité d'hospitalisation en MPR est caractérisée par :

- l'existence d'un plateau technique minimal de rééducation et l'accès formalisé à un plateau technique hospitalier de niveau SAU ;
- la présence de médecins spécialistes en MPR ;
- une activité de kinésithérapie intensive et d'au moins deux activités paramédicales spécialisées en rééducation
- un minimum d'activités thérapeutiques rééducatives de 600 minutes par semaine et par personne prise en charge.

Même si la région Rhône-Alpes possède un nombre de lits de MPR conforme à l'indice, les structures ne sont malheureusement ni suffisamment proches des plateaux de soins aigus et des populations, ni toujours adaptées à la demande qualitative requise par les pathologies des patients. La MPR neurologique est par ailleurs relativement sous-dimensionnée.

Les services de réadaptation post-réanimation – SRPR - accueillent des patients sortant d'un service de réanimation et présentant un état clinique justifiant à la fois une rééducation, une surveillance, des soins médicaux spécialisés, dans un contexte de lésion cérébrale (traumatique ou autre), mais aussi sur un fond d'état cardio-respiratoire, métabolique, ou infectieux encore instable.

Il faut souligner que cette catégorie de soins de suite et de réadaptation, vraisemblablement parce qu'elle est globalement très exigeante, n'est pas suffisamment développée et entraîne des dysfonctionnements importants de la filière de soins.

⁵ Le sigle M.P.R. doit se substituer à celui de R.R.F. En annexes du document général, les textes du groupe MPR Rhône-Alpes contiennent la définition de la MPR. On peut aussi consulter « La charte de la M.P.R. » de la FEDMER en annexes du document méthodologique N° 1.

⁶ COTER : Comité technique d'experts régionaux du SROS N° 1.

1.2 UN TABLEAU DE BORD PRENANT EN COMPTE UN MODELE D'ORGANISATION DES SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION AINSI QU'UNE ESTIMATION DES BESOINS

La réflexion médicale et organisationnelle des professionnels a produit, au fil du temps, une vision de plus en plus systématisée constituant un modèle.

Parallèlement, l'assurance maladie a réalisé deux enquêtes, sur l'offre, puis sur la demande de soins à partir des structures de soins aigus et des médecins de ville. Ces enquêtes ont permis de construire une estimation des besoins véritablement sanitaires pour chaque secteur. L'estimation sur une base de 0,50 lits / 1000 habitants en MPR et 0,63 lits / 1000 habitants en soins de suite médicalisés conduit à une vision relative de la position de chaque secteur sanitaire par rapport à l'ensemble du dispositif de soins de suite de la région Rhône-Alpes.

Ces deux approches ont conduit à la production d'un tableau de bord de référence pour chaque secteur sanitaire permettant un bilan régional objectivant les inégalités intersectorielles et permettant d'agir pour en réduire les conséquences. Ces tableaux de bord ont servi de support à la réflexion dans chaque secteur sanitaire, en équipe de secteur ou en COS. Ils doivent être maintenus dans le temps.

Cependant, cette estimation des besoins a ses limites, car elle demeure centrée sur la demande du court séjour et non sur des critères objectifs prenant en compte l'ensemble des besoins. Il serait donc nécessaire d'instaurer au sein de chaque secteur sanitaire, une procédure d'observation des besoins des patients pour adapter l'offre à la demande.

1.2.1 BILAN SYNTHETIQUE EN RHONE-ALPES :

Avec 10 570 lits autorisés en soins de suite et de réadaptation la région Rhône-Alpes présente un excédent de 478 lits par rapport aux besoins théoriques calculés à partir de la valeur haute de la fourchette indiciaire réglementaire de 1,8/1000. L'excédent est de 4,49 % en soins de suite et de réadaptation dont 2,97 % en RRF.

Alors que le bilan en lits autorisés de la RRF (indice 0,5/1000) correspond à un excédent théorique de 58 lits, il existe un déficit en lits MPR installés de 214 lits. Les deux tiers du déficit s'expliquent par les lits « RRF » qui ne sont pas de la MPR, le tiers restant étant des lits autorisés non installés. Seul un secteur sanitaire a une capacité installée proche de sa capacité théorique, trois secteurs totalisent un excédent de 650 lits et huit secteurs un déficit de 864 lits.

Pour ce qui est des soins de suite médicalisés, il existe un excédent de 424 lits installés par rapport aux lits théoriques calculés à partir de l'indice de 1,3/ 1000 de la carte sanitaire. En référence aux besoins strictement sanitaires, estimés par l'assurance maladie à 0,63/1000, on constate que 3000 lits de soins de suite couvrent des besoins d'ordre social. Parallèlement, l'enquête de l'assurance maladie à montré, entre autres, qu'il manquait des lits pour des personnes nécessitant des soins infirmiers et de nursing lourds associés à des soins de rééducation alors que des lits ayant un faible encadrement en personnel, existaient au delà des besoins en Rhône-Alpes.

L'observation exclusive du chiffre brut de lits ne suffit pas à avoir une vision correcte d'un secteur sanitaire. Le point de vue du patient peut être représenté par les capacités rapportées à la population et exprimées, pour plus de commodité, pour 100 000 habitants. Les écarts par

rapport à l'estimation des besoins (0,50/1000 en MPR et 0,63/1000 en SSMed dont 0,38/1000 en SSMed 2), ont été arrondis à la dizaine pour renforcer leur caractère estimatif.

Les chiffres du tableau ci-dessous expriment les capacités issues des autorisations 2001.

		Secteurs sanitaires											Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Pourcentage population régionale		6%	8%	4%	13%	7%	11%	4%	25%	4%	7%	13%	100%
Diagno . Equipe de secteur	Ecart entre capacité installée et besoins en MPR	309	-89	-82	97	-147	-155	-66	244	-114	0	-211	-214
	Idem en lits / 100000 hab.	91	-20	-34	14	-38	-26	-32	17	-49	0	-30	-4
	Ecart entre capacité install. et besoins estimés en SSMed 2	271	-49	43	20	33	303	94	213	547	84	507	2067
	Idem en lits / 100000 hab.	95	32	83	29	54	90	78	23	276	55	54	59
	Capacité SSMed 1 installée	173	30	349	322	4	166	0	69	133	12	229	1387
Capacités qualifiées « hors champ sanitaire » par les équipes de secteur.	0	162	102	170	162	66	68	104	0	0	157	991	
Nb. lits GPP1. ⁷ <i>Ne recevant pas de soins sanitaires (enq. Gain 1996)</i>		430	139	338	305	195	256	131	368	377	166	820	3525
Nb. GPP1 / 100 000 habitants		127	31	140	43	51	43	63	26	161	44	116	62

On constate qu'il existe une inadéquation géographique régionale de l'offre de MPR face aux besoins propres de chaque secteur sanitaire.

Sept secteurs (2, 3, 5, 6, 7, 9, 11) accusent un déficit estimé à 864 lits. Même si en valeur absolue le secteur sanitaire 11 présente le déficit le plus important, il du même ordre que celui existant dans les autres secteurs lorsqu'on le rapporte à la population. Du point de vue du malade, il existe dans ces sept secteurs sanitaires le même problème d'accès à la MPR. Seul le secteur sanitaire 10 est quantitativement au niveau de ses besoins. Les secteurs 1, 4, 8 totalisent un excédent estimé à 630 lits. L'excédent pour chaque habitant du secteur 1 étant 5 fois supérieur à celui des secteurs sanitaires 4 et 8.

L'on peut cependant constater que l'observation simultanée des soins de suite médicalisés tempère cette différence entre secteurs sanitaires. Les secteurs 11, 6, 3, 9 ont des surcapacités en SSMed 2, et des lits de SSMed1 qui devraient permettre d'envisager des opérations de

⁷ GPP1 : groupe de patients proches – Enquête GAIN de l'assurance maladie 1996. Ces patients ne reçoivent pas ou très peu de soins.

rééquilibrage qualitatif de l'offre. Ces secteurs avaient, également, selon l'enquête GAIN, un nombre de lits faiblement médicalisés très importants qualifiés de « hors champs sanitaire » qui ont généralement été renouvelés avec réserves par l'ARH. Les secteurs 2 et 7 ne sont pas dans une situation confortable de ce point de vue, ils cumulent donc les désavantages.

Le secteur sanitaire 10 équilibré en MPR possède un excédent en SSMed égal à la moyenne régionale.

Les secteurs 4 et 8 modérément excédentaires en MPR, ont le plus faible excédent en SSMed (la moitié de l'excédent moyen régional). Le secteur 4 a cependant 322 lits de SSMed spécialisés.

Le secteur 1 cumule les excédents avec également un nombre de lits sous-médicalisés important.

D'une manière générale, les lits couvrant des besoins d'ordre social sont majoritairement situés dans les secteurs sanitaires 9, 3, 1, 11.

On peut craindre que l'étude par secteur sanitaire introduise des biais par rapport à la réalité de fonctionnement des structures qui, souvent, dépasse les limites sectorielles. Pour se rapprocher de cette réalité, il est intéressant d'effectuer des regroupements de secteurs sanitaires correspondant aux coopérations habituelles ou souhaitées.

		Regroupements de secteurs sanitaires						
		1	2 et 3	4 et 5	6 et 7	8 et 9	10 et 11	Total
Pourcentage de la population régionale		6%	12%	19%	14%	29%	19%	100%
Diagno équipe de secteur	Ecart : capacité installée et besoins MPR	309	-171	-51	-221	130	-211	-214
	Ecart - MPR/100000 hab.	91	-25	-5	-27	8	-19	-4
	Ecart entre capacité installée et besoins en SSMed 2	271	-5	53	397	761	591	2067
	Ecart-SSMed2/100000 hab.	80	-1	5	49	47	55	37
	Capacités SSMed 1 installés	73	379	326	166	202	241	1387
Capacités qualifiées « hors champ sanitaire » par les équipes de secteur.		0	264	332	134	104	157	991

Nb. lits GPP1. Ne recevant pas de soins sanitaires (enq.Gain 1996)	430	477	500	387	745	986	3525
Nb. GPP1/100 000 habitants	127	69	46	48	46	91	62

Comme le montre la simulation ci-dessus, le regroupement de secteurs sanitaires ne modifie pas fondamentalement l'appréciation globale sur la région Rhône-Alpes. Les secteurs sanitaires présentant les plus grands écarts les conservent. L'association des secteurs 2 et 3, 6 et 7 et 10 et 11, ne réduisent pas leur déficit en MPR mais les rapprochent de l'écart moyen régional en SSmed. Les coopérations voire les reconversions en SSMed sont donc à rechercher entre secteurs sanitaires contigus.

On peut cependant constater, que l'association des secteurs sanitaires 8 et 9 gomme l'écart en MPR, en laissant persister un écart en SSMed qui devient égal à la moyenne. Ce regroupement

de secteurs sanitaires est d'autant le plus opérant qu'il correspond, pour partie, à une réalité fonctionnelle et géographique.

1.3 LA QUESTION DE LA DEMOGRAPHIE

Deux fait démographiques ont de l'influence sur la question des soins de suite et de réadaptation.

1.3.1 UN CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE DE DEVELOPPEMENT ET DE VIEILLISSEMENT.

La population de la région Rhône-Alpes atteint 5 645 400 d'habitants. Depuis 1990, la région a gagné plus de 280 000 habitants, soit une croissance significative de 0.6% par an. Plus du quart de la population habite dans la communauté lyonnaise et pratiquement un rhône-alpin sur deux habite dans l'une des dix premières agglomérations de la région.⁸

L'augmentation de la population a un impact sur l'offre globale de soins. Fort heureusement, l'espérance de vie sans incapacité s'allonge plus rapidement que l'espérance de vie totale. Des pathologies ont une fréquence qui augmente avec l'âge : fractures du col du fémur, infections respiratoires, épisodes dépressifs majeurs, affections cardio-vasculaires, chutes... Il est donc licite de prendre en compte, pour la problématique des soins de suite et de réadaptation la population âgée de plus de 75 ans.

Le vieillissement inéluctable de la population française est en effet un défi majeur pour notre société. Son étude laisse apparaître des tendances qu'il conviendra de ne pas négliger pour l'évolution des prises en charge en SSR.

D'une façon globale, l'examen des projections de la population à l'horizon 2020 permet de constater que :

- la proportion des 75-79 ans devrait rester à peu près stable au cours des 20 prochaines années (2.118.000 personnes en 2000 contre 2129000 en 2020).
-
- la classe d'âge des 80-84 ans qui comprend en 2000 871000 personnes et qui représente les classes creuses de la 1^{ère} guerre mondiale, va connaître un doublement de sa représentativité dès 2005 avec 1667000 personnes, et ensuite une évolution peu marquée durant les 15 années suivantes (1781000 en 2020).
-
- les personnes âgées entre 85 et 89 ans, qui en 2005 vont constituer les classes creuses évoquées ci-dessus, vont passer de 827.000 en 2000 à seulement 565000 en 2005. Leur diminution de près de 40% constitue un répit dans la poussée démographique de cette tranche d'âge, consommatrice de soins, et une opportunité pour engager les nécessaires réflexions en terme d'équipement sanitaire et médico-sociale. En effet dès 2010 cette population particulière doublera par rapport à celle de 2005 (1107000 personnes) et progressera encore de l'ordre de 30% durant les 10 années suivantes.

Ces différents éléments devront être pris en considération pour la détermination des besoins en aval de la prise en charge en SSR. La littérature indique, que moins de 1% des personnes de 75

⁸ La Lettre INSEE Rhône-Alpes, numéro 68, mai 2000, page 1 à 5.

ans et plus sont accueillies dans des services de soins de longue durée et que ce pourcentage atteint 3% parmi les personnes âgées de 85 ans et plus.

Enfin, les variations enregistrées région Rhône-Alpes, entre les 2 derniers recensements devront être prises en compte pour la mise en œuvre de la recomposition de l'offre en soins de suite.

C'est ainsi que les 2 secteurs sanitaires savoyards connaissent une évolution des 85 ans et plus supérieure à la moyenne régionale. Pour une évolution moyenne régionale de 39,76% entre 1990 et 1999, le secteur 11 «Annecy» enregistre une augmentation de 55,95% et le secteur 10 «Chambéry» de 47,21%. Une remarque identique, mais dans des proportions moindres est à formuler pour les 75 ans et plus, puisque les chiffres sont respectivement : + 14,23%, + 16,53% et + 25,12%.

A contrario il convient de noter que dans la classe des 85 ans et plus certains secteurs ont des taux de progression inférieurs à la moyenne régionale : secteur 6 « Saint Etienne » (+33,76%), secteur 7 « Roanne-Feurs » (+35,58%) et secteur 9 « Villefranche sur Saône » (+31,09%), mais se caractérisent par un taux initial plus élevé que la moyenne régionale.

1.3.2 DES RESSOURCES MEDICALES RAREFIEES POUR LA REEDUCATION FONCTIONNELLE.

La rééducation et réadaptation fonctionnelle figurent parmi les spécialités les plus touchées par la diminution d'effectifs médicaux. En 2020, il est projeté au plan national que les effectifs seront inférieurs aux effectifs actuels.⁹. Cela renforce l'intérêt d'une politique de **concentration et d'optimisation des moyens**, et doit inciter au renforcement de la MPR en priorité dans les CHU dont la mission est de former les générations futures.

⁹ Ministère de l'emploi et de la solidarité. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Bureau des professions de santé, octobre 1999.

2- UNE PROPOSITION D'UNE DEMARCHE D'ADAPTATION CONTINUE DE L'OFFRE EN SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION.

2.1 INITIER ET ENTRETENIR UNE DYNAMIQUE COLLECTIVE.

Les soins de suite et de réadaptation ayant une influence sur toute la chaîne des soins, une action de restructuration collective semble indispensable. Même si les différentes composantes du paysage sanitaire, médico-social et social sont sous la responsabilité d'institutions distinctes, tout le monde sait qu'elles sont intimement liées, et **qu'il faut susciter un mouvement d'ensemble**. Il est néanmoins préférable de concentrer les efforts sur quelques priorités choisies parce qu'elles représentent des problèmes de santé publique importants mais susceptibles d'être significativement infléchis, avec, en outre, un effet d'entraînement positif.

Cette démarche est rendue possible par l'implication constante de l'ensemble des professionnels qui a permis d'identifier les orientations les plus pertinentes autorisant ainsi des choix partagés s'appuyant sur une vision prospective. Cette politique est, enfin, servie par une méthode de mise en œuvre volontairement pragmatique.

Dans cet esprit, une répartition des rôles a été esquissée.

L'instance régionale de concertation sur les soins de suite et de réadaptation, réunissant l'ARH et des professionnels concernés par l'évolution de ce domaine des soins, a pour mission de documenter le sujet et d'examiner les conditions de mise en œuvre de cette démarche de réorganisation.

Les commissions opérationnelles de secteur, puis les conférences sanitaires de secteur sont obligatoirement associées à la démarche.

Par ailleurs, l'interaction entre cette politique régionale et les structures de soins est recherchée via les équipes de secteurs, plus spécialement lors de l'analyse des projets d'établissements et des contrats d'objectifs et de moyens.

En favorisant une démarche pragmatique avec les structures grâce à la coopération entre une unité de coordination des soins de suite à mettre en place, l'équipe de secteur et la COS, l'ARH entend maîtriser les scénarios locaux et favoriser la prise de décision et d'innovation au plus près des malades.

Le choix des priorités de l'ARH pour la durée du deuxième SROS se constitue à partir des deux axes suivants :

- ✓ **recherche de l'efficacité** maximum en favorisant les opérations susceptibles d'améliorer la situation de patients empruntant des filières de soins identifiées comme défaillantes ou perfectibles. Cet axe s'appuie sur les analyses et préconisations de l'instance régionale de concertation.
- ✓ **recherche de l'utilité pour le plus grand nombre de malades en favorisant la proximité des soins**. Cet axe est une application des préconisations générales du SROS.

2.2 S'APPUYER SUR LE S.R.O.S. POUR FAVORISER LA PROXIMITE DES SOINS POUR LE PLUS GRAND NOMBRE DE MALADES.

Dans ces axes généraux le SROS préconise une offre équilibrée, solidaire et en réseau favorisant l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins.

Le SROS constitue donc le premier support du mécanisme d'adaptation de l'offre aux besoins. Chacune de ces préconisations rencontre une application et un mode de mise en œuvre particuliers que l'on peut schématiser comme suit :

Assurer la prise en charge précoce et le suivi du patient hospitalisé dans une phase aiguë de sa maladie. Cette recommandation est prise en compte dans la promotion de la mise en réseau des structures de soins aigus et de soins de suite ainsi que dans la mise en œuvre de la MPR de coordination.

Recentrer les services SSR sur leur vocation sanitaire pour assurer une meilleure réponse à la demande de prises en charge des patients hospitalisés en soins aigus. Cela est perceptible dans le tableau de bord des SSR par secteur sanitaire. Ce tableau de bord doit permettre de favoriser une réduction de l'excédent éventuel de l'offre, de vérifier la vocation sanitaire des lits et de dégager des possibilités d'évolution pour une plus grande utilité médicale ou sociale.

Favoriser la relocalisation géographique de l'offre en direction des secteurs sanitaires insuffisamment dotés en favorisant la proximité des prises en charge par rapport aux lieux de vie. Cette préoccupation est constamment présente dans l'appréciation par l'ARH de l'utilité médicale de chaque structure avec cependant des variations de la notion de proximité liées au niveau de technicité requis par la fonction assumée par la structure. Il a été défini et identifié des fonctions d'utilité régionale et d'utilité pluri-sectorielle qui, en dérogeant à cette préoccupation du SROS, en renforcent également la nécessité.

2.3 RECHERCHER L'EFFICACITE MAXIMUM EN REORGANISANT LES FILIERES DE SOINS DEFAILLANTES OU PERFECTIBLES.

A partir des constats du groupe de travail du SROS N° 2, l'instance régionale de concertation a identifié les défaillances sur lesquelles une action peut permettre d'espérer les meilleurs gains d'efficacité. Ce sont :

- ✓ la coordination des soins de suite et de réadaptation dès les soins aigus, en incluant la problématique de la gériatrie ;
- ✓ l'organisation de l'ensemble de la filière de soins de suite pour une prise en charge plus efficace des personnes cérébro-lésées. A savoir : services de post réanimation et d'éveil de comas ; services de MPR neurologique pour pathologie neurologique lourde dont accidents vasculaires cérébraux ; prise en charge des états végétatifs chronique et des états pauci-relationnels.
- ✓ les soins de suite et de réadaptation pour les enfants.
- ✓ la question des filières spécialisées.

3- LES PRECONISATIONS CONSTITUANT LA POLITIQUE REGIONALE EN SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION.

Pour la majorité des malades, les soins de suite et de réadaptation demeurent des soins de proximité. Cette réorganisation passe donc, prioritairement, par la mise en application du SROS en faveur d'une offre équilibrée, solidaire, en réseau, garantissant la proximité, la continuité et la qualité de la prise en charge des patients.

Pour certaines filières de soins l'analyse des défaillances a montré que le dispositif doit évoluer à partir d'opérations relevant d'une intervention d'ordre régional. Ce sont la prise en charge des cérébro-lésés, l'optimisation de la MPR pour les enfants, la question des patients lourds de cancérologie, etc.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, la politique régionale semble devoir articuler deux volets :

l'un consacré à une intervention ciblée sur des segments spécifiques de l'offre en S.S.R., destinée à favoriser une amélioration rapide et significative des situations concernées ;

l'autre visant une structuration à plus long terme, et s'appuyant sur une approche de proximité permettant d'identifier de façon fine les besoins et d'initier des réponses pragmatiques et pertinentes.

Par ailleurs, les soins de suite et de réadaptation demandent une analyse technique et organisationnelle sophistiquée. Chaque intervenant a besoin d'une compréhension globale du système pour connaître et assurer son rôle, mais aussi, d'informations techniques éclairant les choix organisationnels préconisés par la collectivité scientifique. Ainsi, le simple affichage d'une politique de soins ne suffit pas. Il faut susciter les projets et les accompagner techniquement et financièrement. Cela est d'autant plus vrai pour des projets demandant une coopération entre acteurs spécialisés ou ayant une influence sur des dispositifs régionaux.

Si la politique de réorganisation des soins de suite et de réadaptation en région Rhône-Alpes requière des interventions d'ordre régional et local, leur mise en œuvre doit être, cependant, simultanée.

Les priorités pour la durée du SROS N° 2 sont les suivantes :

3.1 PROMOUVOIR LA MPR DE COORDINATION.

L'insuffisance de structuration de la M.P.R dans les structures de soins est à l'origine de dysfonctionnements majeurs. Il est donc primordial de favoriser l'organisation transversale de la rééducation-réadaptation. C'est pour cela, qu'avec les professionnels de la discipline, l'ARH attache une grande importance à la mise en place de cellules d'évaluation, d'orientation et de coordination dans les différents pôles de référence.

Les enjeux de cette préconisation sont :

- ✓ d'optimiser les ressources en assurant une coordination permanente de la prise en charge en soins de suite, dès le court séjour, entre tous les offreurs en soins de suite et de réadaptation, y compris toute la palette des soins ambulatoires et des institutions médico-sociales ou sociales.
- ✓ de mettre en œuvre et d'organiser les filières de soins identifiées comme performantes en terme de résultats de santé publique. Les partenaires du réseau font évoluer les capacités offertes et les compétences pour répondre aux besoins du secteur sanitaire. Cela implique une stratégie visant à renforcer des compétences particulières dans une cohérence de réseau.
- ✓ d'organiser la réflexion autour de la notion de référence en soins de suite et de réadaptation (formation, ressources humaines, veille sanitaire, système d'information).

Différentes configurations sont possibles selon la taille et la mission des structures, chacune ayant sa vocation :

- ✓ les trois CHU doivent posséder, obligatoirement, une unité centrale de MPR incluant une cellule de coordination des soins de suite et de réadaptation. Cette unité est sous la responsabilité d'un professeur de MPR. Elle assure, dans le cadre de sa mission universitaire, l'enseignement, la formation continue et la recherche ;
- ✓ les pôles de référence de chaque secteur sanitaire organisent, en coopération avec les structures de MPR du secteur sanitaire, une mise en réseau autour d'une organisation commune de coordination des soins de suite et de réadaptation.

Même si l'ARH est amenée à favoriser, comme elle l'a déjà fait pour le secteur sanitaire 2, cette coordination, la mise en œuvre de la cellule d'évaluation, d'orientation et de coordination reste dépendante des volontés locales. La coordination de MPR telle qu'elle vient d'être décrite, comme partie intégrante des soins actifs, doit aussi, tisser des relations privilégiées avec les structures d'aval, les établissements de long séjour, les cures médicales et maisons de retraite, les équipes de soins ou d'hospitalisation à domicile, les établissements du secteur médico-social afin de poursuivre les objectifs de réadaptation et de maintien des acquis. Toutefois, nombre de structures participent, déjà, spontanément, à l'animation de ces réseaux de proximité. Il est nécessaire d'amplifier leur efficacité en réintroduisant le souci de l'aval en soins aigus. Les gisements d'efficacité et d'innovation dans le domaine des alternatives à l'hospitalisation doivent, tout particulièrement, être explorés.

3.2 METTRE EN OEUVRE LES SOINS DE SUITE POST REANIMATION

La mise en œuvre de cette priorité est en grande partie de la responsabilité des structures MCO de référence universitaire et de référence qui doivent mettre en œuvre une préconisation actuellement consensuelle au plan médical.

Les SRPR ¹⁰ étaient une priorité du SROS N°1 : « *Les CHU ne se sont pas suffisamment*

¹⁰ S.R.P.R. : Service de rééducation post réanimation.

investis dans un domaine qui est pourtant de leur compétence où haute technologie, recherche et enseignement sont au premier plan »¹¹

Le bilan proposé par les groupes de travail des SROS et l'instance régionale de concertation montre le retard important qu'accuse Rhône-Alpes dans ce domaine. Il n'est pas actuellement possible de procurer aux 2000 personnes victimes de comas par traumatisme, accident vasculaire cérébral ou tumeur, les soins de rééducation et de réadaptation suffisants avec les 80 lits SRPR existants. Huit patients sur dix séjournent dans les services de réanimation qui, ne pouvant réaliser la prévention rééducative précoce, obèrent le résultat final espéré pour le patient. Un véritable problème de santé publique se pose pour leur prise en charge adaptée.

Compte tenu des qualifications nécessairement corrélées à une activité minimale, de la nécessité d'une proximité immédiate avec les services de réanimation, de neurochirurgie et les unités neuro-vasculaires, les trois villes ayant un CHU peuvent organiser de telles structures au niveau le plus abouti tout en répondant aux critères de proximité pour plus de la moitié de la population régionale. Les autres services nécessaires à la prise en charge de l'ensemble de la population de la région auront une vocation plurisectorielle. Ils seront situés près d'un service de réanimation référent, au plus près du centre de gravité des bassins de population et fonctionneront en réseau.

Par ailleurs, parce qu'il existe une très grande complémentarité entre les services de soins aigus précédemment cités (SRPR et MPR neurologique lourde), il faut impérativement coupler ces unités de SRPR avec une unité d'au moins 30 lits de MPR neurologique. Le regroupement de ces services, quand cela est possible, est susceptible de dégager des bénéfices d'organisation face à des compétences rares et des pathologies contraignantes pour les professionnels.

Par ailleurs, le « **renforcement de la MPR neurologique et de sa filière d'aval** » exposé plus loin est susceptible d'augmenter l'efficacité des services de SRPR.

3.3 DEFINIR ET ANIMER UNE POLITIQUE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION POUR LES ENFANTS

L'insuffisance du dispositif de soins de suite et de réadaptation pour les enfants a été constamment notée lors de l'élaboration des deux SROS. Cette insuffisance peut induire des séquelles plus importantes et secondairement coûteuses, faute d'accès, en temps voulu, aux soins.

Pour les enfants, le souci constant doit être de ne pas menacer l'avenir par insuffisance de soins ou par choix d'une stratégie thérapeutique à partir de l'offre existante. La prise en charge des enfants, par ses particularismes,¹² est une véritable spécialité pour laquelle il faut concevoir une organisation suffisamment concentrée autour des rares spécialistes.

Les CHU et centres hautement spécialisés ont un rôle primordial à jouer en organisant l'évaluation multidisciplinaire avec leurs professionnels et leur plateau technique. Une fois le

¹¹ Groupe de travail soins de suite pour le SROS N° 2 page 23 ' »

¹² Consulter le document de l'instance régionale de concertation sur les soins de suite et de réadaptation, ainsi que le COTER.

contrat de soins défini, ils organisent, ensuite, la meilleure rééducation et réadaptation dans les structures de soins de suite et de réadaptation ayant une compétence reconnue et optimisée par la participation au réseau de soins.

Par ailleurs, la dichotomie de compétence et de financement pour les enfants est néanmoins préjudiciable à la globalité des soins. Par exemple, nombre d'établissements du secteur médico-social pallient le manque ou la sous médicalisation des MECS.¹³

Pour les séjours longs, la scolarité est intégrée pour éviter la désocialisation de l'enfant. L'éducation nationale, extrêmement présente, autorise des coopérations fructueuses.

Les trois questions exposées ci-dessous recouvrent la majorité du domaine d'intervention concernant les enfants.

La prise en charge des enfants cérébro-lésés ou en comas. Pour les SRPR enfants, les trois CHU ont, comme pour les adultes, un rôle majeur à jouer, puisque la plupart des enfants nécessitant ces soins sont issus de leurs services de réanimation et de neurochirurgie. Leurs unités d'évaluation et d'orientation doivent permettre d'éviter la perte de chance par omission de rééducation au prétexte qu'au sortir d'un traumatisme crânien les enfants paraissent stabilisés.

Les besoins n'étant pas couverts globalement et même inexistant sur le secteur sanitaire 6, et 7, une démarche régionale autour de quelques structures spécialisées doit être initiée. La délocalisation de Romans Ferrari au sein de l'agglomération lyonnaise va dans ce sens en rapprochant les enfants de leurs familles et des structures de soins aigus.

L'enfant cérébrolésé requiert, également, des soins pneumologiques alors que les spécialistes sont actuellement éloignés des structures de prise en charge et des plateaux techniques.

Il existe une possibilité d'optimisation des structures de soins de suite et de réadaptation existantes en réorganisant les vocations des structures et la circulation des spécialistes au profit des patients.

L'orthopédie et l'enfant handicapé. L'orthopédie infantile habituelle requiert moins de moyens que pour les adultes, puisque les parents assument, le plus souvent, la partie hébergement et la tierce personne.

Pour ce qui concerne les enfants polytraumatisés complexes et handicapés, pour lesquels il faut éviter le repli sur la cellule familiale, la mission de l'hôpital s'inscrit en amont de celle des structures médico-sociales et éducatives prenant en charge ces enfants. La structure hospitalo-universitaire qui possède des services de médecine et de chirurgie pédiatrique, constitue la plaque tournante de prise en charge pluridisciplinaire, diagnostique et thérapeutique de ces enfants. Trois catégories de patients sont concernées : les enfants dont la déficience principale est motrice ; les enfants polyhandicapés ; les enfants présentant des troubles de l'appareil locomoteur associés à diverses pathologies systémiques.

La question de l'appareillage devra également donner lieu à réflexion.

¹³ Groupe de travail SSR pour le SROS N° 2 – filière pédiatrique page 25 et 26 (Serveur ARH).

Les soins aux enfants brûlés. Le centre Romans Ferrari a une compétence précieuse pour les enfants brûlés. Il fonctionne, au bénéfice de toute la région Rhône-Alpes, en réseau avec les établissements adresseurs. Il doit être conforté dans cette mission. Sa délocalisation près de Lyon sera très bénéfique pour les patients et leur famille.

Les problématiques ci-dessus exposées, sont toutes du même ordre d'importance, car, toute avancée dans un domaine bénéficie aux autres. La spécificité de l'enfant, transversale, et constamment présente, assure le lien entre ces objectifs. L'ARH entend donc poursuivre, avec les professionnels, une réflexion allant de la MPR pédiatrique lourde, qui fait défaut, jusqu'aux 500 lits de MECS, dont la vocation doit être remise en perspective. Des structures pour adultes constituant un excédent d'offre, devraient pouvoir participer à un vrai projet sanitaire régional en faveur des enfants.

3.4 ENCOURAGER LES ACTIONS EN FAVEUR DES PERSONNES AGEES HOSPITALISEES

En région Rhône-Alpes, l'âge moyen en soins de suite et de réadaptation est de 65,5 ans. 17% des patients ont 85 ans et plus ¹⁴

La gériatrie est donc en filigrane de tous les domaines d'intervention des soins de suite et de réadaptation. Elle bénéficie d'une compréhension très élaborée mais souffre de dysfonctionnements dus à l'effet de volume associé à des causes sociologiques. Les hôpitaux locaux et les soins de suite médicalisés de proximité ne couvrent qu'une partie de la gériatrie. Il est certain que la mise en réseau des structures sanitaires et des alternatives à l'hospitalisation est de nature à améliorer la situation.

Même si la question de la prise en charge des personnes âgées, bénéficierait d'une réflexion plus large, au-delà du seul univers de la santé, les médecins gériatres qui animent les unités de gériatrie des centres hospitaliers sont des acteurs fondamentaux des soins de suite et de réadaptation. Leurs réseaux et leurs équipes doivent participer à la création et à l'animation du réseau des soins de suite et de réadaptation. Ils connaissent la prise en charge dans les unités de long séjour et agissent sur le milieu de la prise en charge à domicile qui sont des éléments majeurs de la problématique des soins de suite et de réadaptation.

Par ailleurs, leur logique et leur logistique de fonctionnement toutes entières tournées vers la « redomiciliation » des patients devraient servir de modèle pour l'ensemble des patients MCO susceptibles de retourner à leur domicile au lieu de séjourner inutilement en soins de suite et de réadaptation.

La mise en perspective de ces éléments dans chaque secteur sanitaire nécessite un travail d'élaboration au sein du scénario de proximité concernant spécialement les SSMed généralistes et les SSMed des hôpitaux locaux. Le réseau doit tisser des relations privilégiées avec les structures d'aval, les établissements de long séjour, les cures médicales et maisons de retraite, les équipes de soins ou d'hospitalisation à domicile afin de poursuivre les objectifs de réadaptation et de maintien des acquis puisqu'il existe également des gisements d'efficacité et d'innovation dans ce domaine.

¹⁴ Source : Enquête GAIN 1996 Assurance maladie.

Dans le même esprit d'amélioration de la filière de soins, la réflexion nationale actuelle autour de la mission du long séjour ne sera que bénéfique à l'ensemble.

La création des CLIC ¹⁵ et le réseau gériatrique qui fonctionne déjà doivent être un des éléments du réseau des soins de suite et de réadaptation.

Le secteur médico-social dont on a vu le grand retentissement sur l'ensemble du système de soins, doit également être pris en compte au niveau des DDASS, seul lieu où cela est actuellement possible. La vue sur les deux champs de compétence doit être mise à profit pour éviter les doublons et préparer les transformations de certaines structure, etc.

3.5 RENFORCER LA MPR NEUROLOGIQUE ET SA FILIERE D'AVANT

Les accidents vasculaires cérébraux représentent 80% des patients neurologiques des SSR. La prise en charge de cette pathologie fait actuellement l'objet de travaux soutenus par l'ARH aussi bien pour la phase aiguë de cette maladie que pour sa phase de soins de suite. La nécessité d'augmenter l'efficacité des moyens mis en œuvre est d'autant plus légitime que la durée des soins après l'accident est longue et le coût social très lourd. Le PMSI Rhône-Alpes 99 permet d'identifier 11 000 personnes prises en charge annuellement dans les structures MCO pour cette pathologie. Alors, qu'au minimum, 50% des patients devraient bénéficier d'une prise en charge en MPR, en moyenne, seulement 16 % d'entre eux effectuent un séjour de ce type. Ils attendent en moyenne 18 jours en court séjour pour y parvenir alors que la moitié devrait suffire.

Les disparités entre structures sont sensibles et la destination des patients ne correspond pas au modèle d'orientation optimale dans les structures leur permettant la meilleure rééducation et réadaptation, c'est à dire, le moins de handicap final. Les médecins de MPR ont pourtant décrit très clairement quel devrait être le mode de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux pour un bénéfice attendu maximum. Les dysfonctionnements sont, là encore, multiples, ils entraînent l'analyse jusque dans les domaines des soins ambulatoires, le long séjour ou la partie médico-sociale de la réadaptation.

La révision de l'organisation des soins autour de cette pathologie est très structurante pour l'ensemble des patients devant bénéficier de soins de suite et de réadaptation. C'est une mission essentiellement locale qui doit donner lieu, à partir des éléments mis à disposition, à la détermination des capacités nécessaires pour répondre aux besoins et des reconversions éventuelles à envisager.

Par ailleurs, en 2001 l'URCAM apportera sa réflexion et sa capacité d'intervention dans le domaine ambulatoire qui a un important retentissement sur les soins de suite et de réadaptation.

3.6 ADAPTER L'ORGANISATION DE CERTAINES FILIERES DE SOINS A L'EVOLUTION DES MODES DE PRISE EN CHARGE.

Il est possible de faire évoluer les modes de prise en charge afin de permettre un recentrage des patients lourds sur les structures lourdes. Cela est possible pour la cardiologie, l'orthopédie, la pneumologie et l'alcoolologie, notamment en favorisant la prise en charge ambulatoire ou les

¹⁵ CLIC : Centre d'information local et de coordination pour les personnes âgées.

passages des centres lourds vers les unités polyvalentes ou des unités plus légères prenant en charge la même pathologie et à partir d'un cahier des charges redéfini pour chaque spécialité, basé sur les recommandations de bonnes pratiques ¹⁶.

L'ARH, à l'occasion de projets d'établissement ou de COM soutiendra les évolutions nécessaires.

Deux questions demeurent plus difficiles à des titres différents ce sont :

3.6.1 LES ETATS VEGETATIFS CHRONIQUES ET LES ETATS PAUCI-RELATIONNELS

Cette question est en lien avec la préconisation consacrée à la réadaptation post-réanimation. Les structures SRPR et MPR concernées devront organiser un réseau régional permettant aux familles qui le désirent, de pouvoir bénéficier d'une prise en charge de leurs proches à proximité de leurs lieux de vie.

Il y a actuellement un consensus sur le caractère inopérant des structures spécialisées concentrant ces patients, tant au plan de l'accessibilité pour la famille, de l'épuisement des équipes soignantes, de l'efficacité éthique et économique. Chaque structure de soins de suite médicalisés, y compris les hôpitaux locaux, doit pouvoir prendre en charge un très petit nombre de patients dans des conditions de qualité des soins très acceptables. Le SRPR le plus proche assurant le suivi médical et le suivi psychologique des familles et des équipes soignantes.

3.6.2 LA QUESTION DE LA CANCEROLOGIE

Il faut constater que, dans ses conclusions, le groupe de travail sur les soins de suite en cancérologie parvient à la nécessité récurrente d'analyse permanente des dysfonctionnements. Ici, les éléments d'ordre économique et de qualité des soins sont encore plus prégnants.

Cette analyse a été reconnue comme exemplaire lors du passage en COS ¹⁷. Il n'est pas inutile de dire qu'il n'y a pas de spécialité de cancérologie en soins de suite et de réadaptation mais des questions liées à la prise en charge des patients cancéreux en soins de suite. Ces questions, d'ordre économique comme celles liées aux patients les plus lourds et qui posent les problèmes les plus graves, doivent pouvoir recevoir des solutions par l'identification des structures nécessaires et la reconnaissance de leur mission. La responsabilité des uns et des autres doit être clairement indiquée dans un cahier des charges qui lie les unités de soins de suite aux réseaux de cancérologie existants.

L'ARH et l'URCAM ne manqueront pas d'envisager un soutien aux projets argumentés.

¹⁶ L'ARH compte mettre ces références à disposition des structures sur son site Internet à partir de septembre 2001.

¹⁷ A lire dans le document permanent de l'instance régionale de concertation sur les soins de suite et de réadaptation –site Internet de l'ARH à partir de juin 2001.

4- LA MISE EN ŒUVRE DES PRECONISATIONS.

L'identification des segments de l'offre de soins de rééducation les plus touchés par des insuffisances quantitatives et qualitatives et générant les dysfonctionnements les plus lourds conduit à centrer prioritairement l'intervention régionale sur ces derniers, en leur consacrant l'essentiel de l'enveloppe régionale susceptible d'être dégagée.

L'application de ce principe trouve sa déclinaison à travers le plan organisationnel proposé ci-après ; plan organisationnel qui sous-tend 4 types d'action : la mise en œuvre de 3 actions à dimension régionale et le soutien aux scénarios locaux.

Le présent document évoque leur mise en œuvre et plus particulièrement la partie opérationnelle du scénario régional pour les soins de suite et de rééducation.

A ce propos il convient de signaler que les engagements financiers mentionnés pour la réalisation de ce scénario sont conditionnés par le maintien tout au long de la durée de validité du SROS 2 du dispositif budgétaire approuvé pour les soins de suite et de réadaptation par la commission exécutive à l'occasion de la campagne budgétaire 2001. En effet il est nécessaire de rappeler que celui-ci a permis le doublement de l'enveloppe destinée à cette discipline soit un montant de 34 millions de francs au bénéfice de l'évolution de dispositif.

Ainsi, durant les 3 années restant à couvrir par le SROS 2 (soit de 2002 à 2004) et si ce principe est acté, ce sont 102 millions de francs qui pourront être apportés en accompagnement des mesures indispensables d'ajustement à réaliser dans le cadre de l'enveloppe actuelle de 3,3 milliards de francs consommés par les SSR.

Ce montant, relativement faible par rapport au montant total actuel des coûts de fonctionnement des structures de SSR impose de cibler de façon rigoureuse son utilisation, vraisemblablement au regard des seules préconisations destinées à être retenues et de la mettre en œuvre en parallèle des efforts d'adaptation susceptibles d'être conduits.

Les trois actions à dimension régionale sont relatives à la promotion de la MPR de coordination, la constitution d'un dispositif de réadaptation post réanimation et la consolidation de la MPR pédiatrique.

4.1 PROMOTION DE LA MPR DE COORDINATION

Dès le court séjour et afin d'assurer une coordination permanente de la prise en charge en soins de suite et de rééducation, il apparaît nécessaire de promouvoir au sein de chaque secteur sanitaire la présence d'une cellule spécifique. Pour ce faire, il convient de favoriser la mise en place d'équipes de coordination adossées à la ou les structures d'hospitalisation de MPR existantes sur le secteur ou à une structure MPR à mettre en place.

En ce qui concerne les trois centres hospitaliers universitaires de la région Rhône-Alpes, parce que l'avenir de la spécialité est liée à leur mission d'enseignement, la présence d'un praticien hospitalier ayant des fonctions universitaires est requise. C'est au sein de cette unité de MPR universitaire que se réalise la fonction de coordination pour les CHU.

En terme de personnel cette équipe de coordination serait composée, à titre indicatif, au minimum, d'un praticien temps plein, d'une demi assistante sociale et d'une secrétaire, appuyés sur un système d'information ad hoc.

A partir des enseignements retirés lors des rencontres qui ont eu lieu au cours du premier trimestre 2001 avec les commissions opérationnelles de secteur sur le thème des soins de suite il est possible de déterminer la liste des sites qui auront la charge d'assurer la mission de MPR de coordination ; sachant que cette liste devra être soumise à la concertation locale au sein de la COS.

Il est à noter, comme indiqué précédemment, que cette coordination devra dans de nombreux cas avoir un caractère inter-sectoriel.

Secteur sanitaire	Etablissements et commentaires
1	CH de Bourg en Bresse avec l'appui d'une structure de MPR
2	CH de Valence avec l'appui du Centre des Baumes et du CHIC Romans - Saint Vallier
3	CH de Montélimar. Une 2 ^{ème} unité peut être envisagée sur le CH d'Aubenas adossée à la structure MPR du CHS de Vals les Bains
4	CHU de Grenoble avec l'appui des capacités MPR de St Hilaire du Touvet
5	CH de Vienne. Une 2 ^{ème} unité peut s'envisager sur le CH de Bourgoin
6	CHU de Saint-Etienne en lien avec l'ensemble des services de MPR du secteur
7	CH de Roanne
8 et 9	Une coordination commune à vocation multipolaire à partir des HCL semble s'imposer pour ces 2 secteurs avec l'appui de l'ensemble des services de MPR du secteur 8 et d'une structure de MPR à mettre en place sur le site de Villefranche/Saône
10	CH de Chambéry-Aix avec l'appui du Domaine de Saint-Alban et du centre de RRF du Zander
11	CH d'Annecy avec l'appui du CH de Rumilly

Comme elle l'a déjà fait pour un projet retenu en 1^{ère} phase de la campagne budgétaire 2001, l'ARH pourra, le cas échéant, intervenir financièrement pour soutenir la mise en place de ces unités de coordination. En préalable de cet apport, qui se fera dans le cadre de la marge de manœuvre régionale constituée au bénéfice des SSR, la situation budgétaire des établissements éligibles à ce titre et leur implication dans le domaine des SSR feront l'objet d'une attention toute particulière et nécessitera la production d'un projet argumenté et étayé par un dossier ad hoc.

Une enveloppe de l'ordre de 15 millions de francs serait nécessaire pour la réalisation d'un programme portant sur la mise en place d'une dizaine d'équipes de coordination.

Toutefois l'existence de ces unités de coordination ayant pour but de gommer les dysfonctionnements actuellement constatés au sortir des services de court séjour, il est tout à fait légitime d'annoncer que les moyens nouveaux qui seront affectés par l'ARH pour leur mise en place devront à moyen terme permettre d'obtenir des retours sur investissement. En effet, l'on est en droit d'attendre des gains de productivité non négligeables grâce à la meilleure organisation de l'offre et des flux de malades.

Pour asseoir cette affirmation une démarche d'évaluation devra être engagée dès la mise en service de ces unités afin de mesurer les améliorations apportées aux prises en charge tant en terme de coordination que de qualité des soins.

Toujours dans le cadre de l'examen des gains de productivité et des résultats de l'évaluation évoqués ci dessus, la prise en compte des incidences sur les services de court séjour et plus particulièrement sur les services de chirurgie, s'avérera nécessaire. Cela pourra conduire à reconsidérer l'utilité de certains de ces équipements, consommateurs de ressources sans réelle plus value pour la couverture sanitaire de la population rhônalpine, et à redéployer leurs moyens au profit de l'offre en soins de suite et de réadaptation.

4.2 CONSTITUTION D'UN DISPOSITIF REGIONAL DE READAPTATION POST-REANIMATION.

Le retard de la région dans le domaine des soins de réadaptation post-réanimation impose un effort particulier de manière à favoriser la constitution de véritables filières de prises en charge, particulièrement, pour les personnes cérébro-lésées.

Comme il a été indiqué précédemment et compte tenu du taux d'incidence, de l'activité et des qualifications nécessaires (personnel et plateau technique), la création de nouvelles unités dédiées à ce type de prises en charge devra s'effectuer prioritairement au sein des centres hospitaliers universitaires.

Cette localisation trouve également son fondement dans le fait que les CHU répondent aux critères de proximité promus par le SROS 2 pour plus de 50 % de la population rhône-alpine.

Compte tenu de ces observations, le dispositif proposé pour les SRPR est le suivant :

- ✓ deux unités de 15 à 20 lits aux HCL s'appuyant sur une ou plusieurs unités de MPR neurologiques ;
- ✓ une unité similaire au CHU de Grenoble, s'articulant avec une trentaine de lits de MPR neurologiques situés à proximité immédiate. La recomposition en cours sur le plateau de Saint-Hilaire-du-Touvet devra être mise à profit pour concevoir la mise en œuvre d'une filière globale en ce domaine ;
- ✓ une unité du même type sera mise en place au CHU de Saint-Etienne, avec, pour ce qui concerne la MPR neurologique, l'examen d'une collaboration avec le Centre médical de Sainte-Foy-l'Argentière et éventuellement d'autres structures du secteur sanitaire 6.

Ces nouvelles unités devront obligatoirement constituer un véritable réseau de prise en charge en lien avec les 6 structures existantes actuellement identifiées sous l'appellation SRPR. Il doit y avoir une graduation de la lourdeur des patients accueillis, et des capacités d'accueil calquées sur la progressivité du dispositif des soins décrit dans le SROS.

Dans cette perspective le sud de la région se trouve actuellement démunie d'une telle offre de soins. Il conviendra d'étudier la mise en place effective d'une unité SRPR sur la zone Romans - St Vallier - Valence.

Une démarche similaire devra également être engagée sur la zone Chambéry-Annecy.

En ce qui concerne les moyens budgétaires qu'il convient de consacrer à cette activité particulière, sur le constat que les malades susceptibles d'être accueillis dans ces nouvelles unités embolissent actuellement les services de réanimation ou de neurochirurgie, un redéploiement des moyens libérés par le transfert des patients concernés dans ces structures spécifiques devra être organisé au sein des établissements concernés.

Toutefois la lourdeur des coûts en cause, la difficulté à assurer de véritables économies d'échelle (redéploiements sur des petits nombres), l'édiction prochaine de nouvelles normes de fonctionnement pour l'activité des services de réanimation conduisent à envisager un appui financier de l'ARH pour garantir la réalisation effective de ces unités.

Bien évidemment cet appui financier tiendra compte des besoins du secteur et de la situation budgétaire des établissements concernés ainsi que de leur volonté d'aboutir à la mise en œuvre du dispositif évoqué.

La graduation de la gravité des cas et par conséquent de la technicité de ces lits conduit à l'observation de coûts au lit allant du simple au double. Ce constat devrait amener l'ARH à retenir un coût moyen au lit de 850 000 francs pour déterminer le montant de l'enveloppe particulière qu'il convient de réserver d'ici la fin du SROS 2.

En modulant l'intervention régionale comme cela est indiqué ci-dessus, la création d'une quarantaine de lits de SRPR supplémentaires conduit l'ARH à réserver une enveloppe de 25 millions de francs pour permettre l'amélioration de cette filière dramatiquement déficitaire et génératrice de nombreux dysfonctionnements en amont.

4.3 CONFORTATION DE LA MPR PEDIATRIQUE

Dans le cadre d'une politique tournée en priorité vers les domaines les plus gravement déficitaires, le scénario régional souhaite également apporter une réponse structurée à la MPR pédiatrique.

Aujourd'hui cet accueil spécialisé se caractérise par l'insuffisance de structures pour les enfants atteints de pathologies lourdes et chroniques alors que la prise en charge de certains handicaps peut être pléthorique, ainsi que par une organisation parfois défailante en terme d'évaluation et d'orientation.

Afin de provoquer une meilleure couverture en ce domaine et de mettre fin à des prises en charge insatisfaisantes ou à des transferts de jeunes patients très loin de leur environnement familial, l'ouverture de nouvelles unités ou le rapprochement de structures existantes près des concentrations de populations sera favorisée. A cet effet, tout projet de MPR pédiatrique ayant pour objectif de réduire les insuffisances actuelles donnera lieu, en lien avec l'instance régionale de concertation, à un examen approfondi en vue d'un éventuel soutien de l'ARH.

Dans le cadre du développement des moyens d'hospitalisation (ouverture d'une vingtaine de lits), de l'implantation ou du renforcement d'unités d'évaluation et d'orientation à vocation inter sectorielle, localisées, en priorité, au sein des trois CHU, une enveloppe de 15 millions de francs sera réservée pour la réalisation de cet objectif sur la durée restante du SROS 2.

4.4 REALISATION DES SCENARIOS LOCAUX DECLINEES PAR SECTEUR SANITAIRE

L'ensemble des questions soulevées au titre des S.S.R. ne trouvent évidemment pas leurs réponses dans une intervention ciblée de niveau régional. La persistance de disparités intersectorielles d'ordre qualitatif ou quantitatif portant sur les soins de suite montre que chaque secteur sanitaire doit envisager la définition de son propre scénario de proximité. Grâce aux travaux réalisés par la mission d'appui, une analyse de l'existant est désormais disponible secteur par secteur. Elle doit permettre à chaque équipe de secteur d'identifier les opérations apparaissant indispensables dans le cadre des orientations évoquées ci-après. Dans un deuxième temps, il appartiendra à la commission exécutive de les valider, avant qu'elles ne soient soumises aux COS, en vue de la recherche de l'accord le plus large possible sur les ajustements nécessaires et leurs modalités de réalisation.

Après les nécessaires adaptations, tant au niveau du secteur qu'au niveau régional, les divers scénarios pourront être soumis aux conférences sanitaires de secteur.

A partir des orientations préconisées par la mission d'appui et l'instance régionale de concertation sur les SSR, la définition des scénarios d'évolution de l'offre en SSR par secteur sanitaire, devra intégrer un certain nombre de mesures favorisant une meilleure adéquation de l'offre aux besoins.

A ce sujet et dans le prolongement des actions évoquées précédemment en faveur des personnes âgées, une attention toute particulière devra être apportée à la réponse sanitaire qu'il convient d'offrir au sein de chaque secteur sanitaire à destination de cette population particulière pour une prise en charge en soins de suite.

Pour ce faire il importe qu'une réflexion sur les besoins nécessaires en SSMED généralistes soit engagée sans délai dans chacun des secteurs sanitaires de la région pour, d'une part, identifier la réponse de proximité adaptée à cette catégorie de personnes et les actions qu'il convient de mettre en œuvre et, d'autre part, pour permettre la structuration d'un réseau de prise en charge avec les différents partenaires d'aval pour autoriser un accueil en structure d'hébergement ou pour un retour à domicile de qualité.

Dans ce cadre, l'incitation à une révision de capacités en vue du dégagement de moyens destinés à une meilleure médicalisation, voire la remise en cause de structures ne répondant pas véritablement à leur vocation sanitaire pourra être envisagée.

Cependant, l'accompagnement financier de ces efforts de restructuration peut se révéler nécessaire au cas par cas.

En conséquence l'ARH se doit de dégager des ressources pour permettre la réalisation des projets les plus significatifs. Dans cette perspective une enveloppe d'une cinquantaine de millions de francs sera réservée, à ce titre, sur la durée restant à courir du SROS 2.

Conformément aux principes rappelés précédemment, ces modalités d'affectation se feront, au vu des propositions formulées par chacun des secteurs, en accompagnement des efforts d'ajustement interne. Ces scénarios locaux devront être préalablement validés par le niveau régional de l'ARH.

4.5 LES POSSIBILITES DE REDEPLOIEMENT

Comme cela a été décrit plus haut, la promotion de la MPR de coordination et la constitution d'un dispositif régional de réadaptation post-réanimation devraient aboutir à l'obtention de gains de productivité non négligeables autorisant un retour sur investissement des crédits que l'ARH aura alloués pour leur mise en place.

Parallèlement une démarche similaire devra être engagée lors de la définition des scénarios locaux à partir des éléments contenus dans la 2^{ème} partie du guide méthodologique - partie consacrée à l'allocation de ressources. En effet le coût au lit occupé enregistré par certaines structures laisse entrevoir des possibilités de redéploiement financier ou de médicalisation accrue à partir des moyens qu'elles consacrent actuellement aux SSR.

CONCLUSION

L'ARH-Rhone-Alpes a conscience de la complexité de la tâche et des difficultés journalières rencontrées par les professionnels de soins confrontés au problème des soins de suite et de réadaptation. Cependant, pour parvenir à un fonctionnement efficient des lits et des 3,3 milliards de francs consacrés chaque année à cette discipline en Rhône-Alpes, les professionnels de santé et les équipes de secteurs de l'ARH, devront mutualiser leurs compétences.

Le scénario régional proposé aujourd'hui favorise particulièrement des prises en charge spécifiques situées en amont des structures traditionnellement qualifiées «soins de suite et de réadaptation ». Cette approche constitue le premier pas indispensable à la structuration de cette discipline.

L'agence entend poursuivre les aménagements nécessaires en aval de la prise en charge en soins de suite et de réadaptation. Toutefois ses réflexions se trouvent, pour l'instant, subordonnées aux travaux engagés en direction des services de soins de longue durée à l'occasion de la mise en œuvre de la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. En effet les dispositions qui vont être édictées en la matière risquent d'avoir des répercussions non négligeables sur les restructurations qui seront envisagées.

Afin de favoriser la déclinaison du scénario régional proposé, un document de travail par secteur sanitaire, ou groupes de secteurs sanitaires, sera diffusé parallèlement au scénario régional. Il devrait permettre, après analyse de l'existant, de faciliter l'élaboration de scénarios locaux et l'identification des opérations à conduire d'ici la fin du SROS actuel.