

III.5. Soins de suite, rééducation et réadaptation fonctionnelle

III.5.1. Eléments de contexte

III.5.1.1. Réglementation/ recommandations professionnelles

L'article L. 6111-2 du Code de la santé publique précise que les soins de suite ou de réadaptation (SSR) sont dispensés par les établissements de santé concernés, dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale, à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion globale du patient.

La circulaire n°97-841 du 31 décembre 1997 définit cinq fonctions de soins techniques et d'accompagnement caractérisant la prise en charge en soins de suite ou réadaptation.

Il s'agit de :

- La limitation des incapacités et des handicaps dans le cadre de sa mission de réadaptation,
- La restauration somatique et psychologique grâce à la stimulation des fonctions de l'organisme, la compensation des déficiences provisoires, l'accompagnement psychologique et la restauration des rythmes,
- L'éducation du patient et éventuellement de son entourage par le biais des apprentissages, de la préparation et de l'adhésion au traitement, de la prévention,
- La poursuite et le suivi des soins et du traitement à travers son adaptation, son équilibration, la vérification de l'observance par le malade, la surveillance des effets iatrogènes éventuels. Une attention particulière sera portée au traitement de la douleur.
- La préparation de la sortie et de la réinsertion en engageant, aussi rapidement que possible, les demandes d'allocation et d'aide à domicile, en tenant compte éventuellement de la dimension professionnelle.

La même circulaire pose le principe de continuité des soins comme fil conducteur en matière d'organisation des soins de suite ou de réadaptation qui ont pour objectif final « *la réinsertion des malades, de façon prioritaire à domicile ou parfois dans une institution sociale ou médico-sociale si leur état stabilisé le requiert* ». Les professionnels de santé soulignent la mission de formation d'enseignement et de recherche pour permettre à la région de mettre en œuvre la coordination des moyens pour prévenir, réduire ou palier les conséquences fonctionnelles des déficiences et incapacités sur le plan physique, psychologique, socio-économique et médico-social. Le SSR, s'insère dans la filière de prise en charge du patient pour des soins continus. Il ne doit pas être utilisé comme structure de dégageant des services de court séjour.

Conférence de consensus du 29 septembre 2004 « sortie du monde hospitalier et retour à domicile d'une personne adulte handicapée » HAS - SOFMER

III.5.1.2. Éléments de bilan

Avec 2 191 lits autorisés au 31 décembre 2005, la région affiche un taux d'équipement de 1,52 lits pour 1 000 habitants :

- 33% de lits de médecine physique et de réadaptation (MPR) : 717 lits soit 0,5 lit pour 1 000 habitants
- 67% de lits de soins de suite : 1474 lits soit 1,02 lit pour 1 000 habitants

Sur la base du nombre de lits de médecine, chirurgie et obstétrique autorisés au 1^{er} octobre 2005, la Basse-Normandie compte 2 142 lits de SSR pour 6 160 lits MCO soit 34 lits de SSR pour 100 lits de MCO et 38 lits de SSR pour 100 lits de médecine/chirurgie.

- 208 places sont autorisées, exclusivement en MPR, soit 15 places pour 100 000 habitants.
- Une offre de soins contrastée géographiquement et selon la répartition de la population.
- Une démographie médicale et paramédicale spécialisée inférieure à la moyenne nationale.
- Un manque de filières structurées tout particulièrement la prise en charge des enfants et adolescents, la post-réanimation, les patients pauci relationnels, le grand appareillage spécifique, les accidents vasculaires cérébraux (AVC)...
- Il existe un recrutement historique extrarégional.

III.5.1.3. Appréciation des besoins et perspectives démographiques

Différents éléments de contexte national vont prochainement augmenter les besoins en soins de suite médicalisés et MPR :

- Les flux de population, l'isolement socio-familial, le vieillissement attendu de la population et la prise en charge croissante d'affections chroniques,
- La tarification à l'activité (T2A) induisant une modification du fonctionnement de la filière des établissements de MCO (diminution des durées moyennes de séjour (DMS), modification du profil des patients pris en charge...).

Il est nécessaire d'avoir une vue globale de l'ensemble de la filière de soins, du secteur court séjour au domicile, lorsque le patient passe par le SSM et la MPR.

L'évolution de la démographie des professionnels de santé va moduler la gestion de la réponse aux besoins.

L'existence d'indicateurs de morbi mortalité péjoratifs en cancérologie et en alcoologie impose une attention particulière dans ces domaines.

Ces évolutions nécessitent la mise en place d'outils d'évaluation régulière pour permettre l'adaptation de l'offre à l'évolution des demandes sur la durée du SROS III.

III.5.2. Principes d'organisation

III.5.2.1. Principes généraux

Les soins de suite ou de réadaptation sont destinés à des patients :

- Venant de service de soins de courte durée, d'une autre structure de SSR ou directement de leur domicile,
- et qui partagent un projet de réinsertion, de réadaptation ou d'amélioration de leur autonomie impliquant une prise en charge globale médico-rééducative des déficiences et des incapacités, une poursuite de soins médicaux, ainsi qu'une réadaptation fonctionnelle, sociale ou professionnelle le cas échéant, visant la compensation des situations de handicap.

Dans ce projet, le patient et son entourage font l'objet d'une démarche d'éducation et de prévention, et du fait de leur positionnement dans la filière de soins, les unités de SSR doivent formaliser leurs relations entre elles, la ville ou le court séjour (MCO).

Il reste nécessaire d'organiser des unités d'évaluation, de conseil et d'orientation pour assurer la prise en charge du patient en amont et en aval des structures de SSR, telles les cellules « ECO » (évaluation, conseil et orientation) prévues dans le SROS II. Ces unités doivent avoir une vue transversale des prises en charge dans l'évaluation médicale et médico-sociale des patients, et travailler en collaboration avec les structures existantes afin d'éviter les redondances et pour mutualiser les moyens humains et matériels.

S'il faut répondre à la demande de prise en charge des patients en SSR, il est nécessaire pour cela de réévaluer régulièrement l'offre de soins mise en place. A une meilleure adéquation en volume d'activité en SSR doit s'associer une amélioration de la qualité de prise en charge par l'adaptation en temps médical et paramédical.

III.5.2.1.1. Médecine physique et de réadaptation

Si les structures SSR ont une mission de réadaptation au sens de la circulaire n° 97-841 du 31 décembre 1997, la différence entre les centres de soins de suite et les centres ou unités de médecine physique et de réadaptation se situe au niveau de l'ensemble de l'offre proposée, avec en MPR : MPR / rééducation / réadaptation / réinsertion.

Les structures de MPR, hors réadaptation cardiaque, se caractérisent par :

- La multidisciplinarité indispensable à une prise en charge globale coordonnée par un médecin de MPR et comprenant au moins kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychologues, assistantes sociales, infirmières...
- La durée du temps de rééducation individuelle et collective,
- La nature et la variété des équipements de rééducation (technicité),
- Le niveau d'intervention dans le milieu extérieur (interventions sur le milieu professionnel par exemple).

Il est nécessaire de réfléchir à l'amélioration de la formation médicale et paramédicale et particulièrement en MPR (postes d'internes, chefs de clinique assistants et service d'hospitalisation formateur au CHU de Caen).

III.5.2.1.2. Soins de suite médicalisés

Les structures de soins de suite médicalisés se caractérisent par une polyvalence importante, accueillant des patients en provenance de services de court séjour, avec une autonomie réduite. Ceux-ci nécessitent une surveillance et des soins continus pluridisciplinaires avec un objectif de réinsertion ou d'amélioration de l'autonomie, avec l'évaluation et l'adaptation préalables à un retour à domicile.

On peut distinguer deux grandes catégories de soins de suite médicalisés (SSM) :

- Les soins de suite spécialisés (alcoologie, neurologie, nutrition, pneumologie, suivi spécifique en cancérologie...), qui répondent à des besoins de patients issus de services de court séjour spécialisés. Les prises en charge sont parfois lourdes. La proximité d'un plateau technique adapté est nécessaire,
- Les soins de suite polyvalents sont à dominante voire exclusivement gériatrique. Le vieillissement de la population doit leur donner une place grandissante, avec une priorité pour la prise en charge des polyopathologies, l'évaluation gériatrique et la proximité.

Dans la filière SSR, les structures de SSM et de MPR travaillent en complémentarité en fonction des besoins et de l'évolution du patient.

Le principe de proximité doit être privilégié dans toute la mesure du possible, autant que le permet une réponse de technicité graduée adaptée à l'état du patient, comme dans la filière AVC ou la région doit retenir la recommandation d'un lit de SSR pour un lit de neurologie à répartir entre MPR et SSR et dans les territoires.

Mais, pour les prises en charge spécifiques et spécialisées, et selon le degré de spécificité, il faut privilégier un niveau régional ou de recours (territoire) pour le regroupement des équipes et des plateaux techniques de soins.

Le projet de vie du patient repose sur une évaluation multidisciplinaire coordonnée et répétée, ainsi qu'un accompagnement du patient vers un retour à domicile, impliquant une dynamique de partenariat à l'intérieur même du secteur SSR, et entre les professionnels et institutions médico-sociaux et sociaux.

III.5.2.2. Gradation des niveaux de soins (MPR et SSM)

Dans une approche territorialisée (gradation géographique) de l'offre de soins de suite ou de réadaptation, quatre niveaux territoriaux sont définis :

• Un niveau interrégional ou régional :

- Niveau interrégional, hautement spécialisé pour des pathologies à faible recrutement dont une évaluation reste à faire: les grands brûlés, les appareillages très complexes, les déficits sensoriels, visuels et auditifs.
- Niveau régional, très spécialisé, défini par rapport à un plateau technique spécialisé et son accessibilité à l'ensemble des patients concernés de la région. A ce niveau se situent la MPR spécialisée, les soins de suite spécialisés.

• Un niveau territorial dit de recours :

La MPR assure des soins spécialisés diversifiés, mais également le relais des soins hautement spécialisés. Ce niveau est défini par rapport au territoire de santé et à un plateau technique spécialisé, et son accessibilité à l'ensemble des patients concernés du territoire de santé.

Ce niveau doit être le lieu d'une harmonisation de la répartition de la MPR et des soins de suite à compétences spécifiques.

Pour l'organisation des filières et la coopération, la spécificité gériatrique ne peut s'entendre en MPR car cette spécialité ne s'applique pas en fonction des critères d'âge spécifiques, d'autant que le matériel utilisé pour les adultes est le même quelles que soient les tranches d'âge. Des collaborations sont alors nécessaires.

A ce niveau, doivent se placer les lits d'évaluation et de préparation d'entrée dans les filières les plus adaptées pour les patients de réanimation, neurochirurgie ou neurologie entres autres. Ces lits doivent exister dans chaque territoire et au mieux à proximité ou adossés à une structure médicochirurgicale avec une activité de réanimation.

La spécificité pédiatrique se justifie par la nécessité d'intervention de pédiatres et d'utilisation de locaux et matériels spécifiques adaptés à cette population très jeune, ainsi que de l'adjonction d'un secteur scolaire. Elle doit s'intégrer à terme au niveau territorial.

• **Un niveau intermédiaire :**

Les soins de suite médicalisés polyvalents correspondent à ce niveau, défini par son accessibilité aux patients géographiquement proches. A ce niveau (qui n'est pas toujours synonyme de ruralité) doit être assurée une couverture de soins de suite polyvalents (dont les soins de suite gériatriques), complétant éventuellement une plateforme de regroupements de services, dans chaque bassin identifié (notamment ceux des établissements sans plateau technique). L'activité gériatrique des services peut demeurer prépondérante, voire quasi exclusive dans les zones de forte concentration de personnes âgées.

Échappent à cette répartition certaines catégories d'établissements à recrutement plutôt régional, et très spécifique, sans pour autant développer une technicité de soins importante, comme les structures de post-cure.

• **Un niveau de proximité :**

Ce niveau, correspond aux alternatives à l'hospitalisation, dont l'HAD spécifique en lien avec une HAD polyvalente (cf. volet HAD), aux prises en charge paramédicales et consultations médicales en lien avec les réseaux.

III.5.2.3. Modalités de prise en charge spécifiques (MPR et SSM)

La mise en place de filières spécialisées, requérant des moyens spécifiques, et de filières à vocation polyvalente et/ou gériatrique, correspond à une évolution forte des besoins de soins. Selon le même principe, doit être également intégrée la participation à la filière régional AVC.

Différents niveaux de soins peuvent être définis, hiérarchisant les prises en charge et le **degré de médicalisation**, résultante technicité/charge de soins, requis (gradation selon la spécificité des soins) :

- Un niveau spécialisé, qui répond à des besoins très spécifiques pour les patients concernés de l'ensemble de la région. Le principe est un établissement ou une unité de référence régional avec éventuellement des correspondants ou unités de territoire. Cette spécialisation implique des ressources très spécifiques,
- Un niveau répondant à des besoins de soins polyvalents lourds ou de soins spécifiques (requérant des compétences spécifiques) pour les patients du territoire (recours) concerné ou en proximité,
- Le niveau polyvalent léger, répond essentiellement à des besoins de soins de suite polyvalents le plus souvent gériatriques, pour les patients concernés résidant pour la plupart à proximité.

L'évolution des prises en charge, avec les co-morbidités, la poursuite, la surveillance, le traitement des pathologies aiguës associées et les obligations de suivi, conduit à une réflexion sur les surcoûts.

Outre la dispensation de soins continus en hospitalisation complète, les services de soins de suite et de MPR doivent être le lieu :

- D'un développement et d'une diversification des alternatives à l'hospitalisation et aux prises en charge actuelles,
- D'un développement de consultations externes d'évaluation et de suivi.

III.5.2.3.1. Modalités de prise en charge spécifique en médecine physique et de réadaptation

Dans cette discipline, qui suppose une équipe de soins et un plateau technique minimal, le regroupement de la technicité et la qualité, doivent l'emporter sur la proximité. Tout service doit être sous la responsabilité d'un médecin de MPR et d'équipes médicales et paramédicales adaptées à la spécificité des pathologies et des types de prise en charge. Une prise en charge complexe intègre, entre autre, une surveillance continue et/ou les patients en ventilation assistée.

• Niveau régional spécialisé

- Les patients cérébrolésés complexes,
- Les patients blessés médullaires hauts et/ou complexes,
- La réadaptation cardiaque lourde (pré ou post greffe cardiaque, chirurgie coronaire complexe...),
- Les enfants et les adolescents pour la MPR dite pédiatrique.

• Niveau de territoire dit de recours, polyvalent lourd ou à orientation spécifique

Ce niveau concerne les pathologies neurologiques ne justifiant pas de soins continus (patients cérébrolésés non complexes, traumatisés médullaires non complexes, scléroses en plaques...), la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux pouvant bénéficier d'un programme de rééducation actif dont une part d'activité inscrite dans la filière AVC régionale, la traumatologie orthopédie lourde, la rhumatologie lourde (lombalgies chroniques invalidantes, polyarthrites rhumatoïdes très évoluées...), appareillages complexes.

• Niveau de proximité

Ce niveau comprend les services centraux de MPR des hôpitaux, rattachés ou non à une structure d'hospitalisation, et assurant la prise en charge initiale pour les patients en court séjour.

Outre la dispensation de soins en hospitalisation complète, les services de MPR doivent être le lieu :

- D'un développement et d'une diversification des alternatives à l'hospitalisation,
- D'un développement de consultations externes d'évaluation et de suivi,
- D'une coopération renforcée avec d'autres établissements de SSR (MPR et SSM).

III.5.2.3.2. Modalités de prise en charge spécifique en soins de suite médicalisés

• Niveau régional spécialisé

- *Pathologies cardiovasculaires* : suites de décompensation de cardiopathies sévères, post-infarctus avec polyopathologies non équilibrées...
Ressources particulières : nécessité d'un cardiologue correspondant, de moyens humains et matériels adaptés.
- *Nutrition* : nutrition parentérale, renutrition et réalimentation spécifique après chirurgie lourde (notamment cancérologique) ou pour insuffisance intestinale.
Ressources particulières : support pharmaceutique spécialisé et surveillance médicale de nutrition clinique, soins infirmiers de technicité spécifique, diététique, kinésithérapie, moyens humains et matériels adaptés.
- *Pathologies respiratoires sévères* : prise en charge d'insuffisants respiratoires, requérant ou non une ventilation invasive, avec ou sans complications infectieuses sévères, des périodes péri opératoires de chirurgie thoraco-pulmonaire.
Ressources particulières : nécessité d'un pneumologue correspondant, soins infirmiers techniques, kinésithérapie respiratoire, diététique, moyens humains et matériels adaptés.

• Niveau territorial polyvalent lourd ou à orientation spécifique

Il s'agit pour l'essentiel d'unités à recrutement diversifié de malades le plus souvent âgés, pour des prises en charge polyvalentes, en réponse à de multiples pathologies souvent associées, venant compliquer des suites chirurgicales ou orthopédiques, dont la prise en charge des patients déments et déambulants pendant la phase aiguë de leur pathologie, des suites d'AVC ou de tout autre pathologie.

Ces unités requièrent :

- Une équipe multidisciplinaire dans laquelle figurent les compétences suivantes : médecin formé à la gériatrie, kinésithérapeute, ergothérapeute (en particulier pour la filière AVC), assistante sociale,
- Un partenariat avec la MPR et la psychiatrie,
- L'accès à un plateau de consultations spécialisées,
- L'accès facile et rapide au plateau technique de territoire,
- Moyens humains et matériels adaptés aux prises en charge spécifiques.

Les unités sont aptes à développer des consultations externes gériatriques (évaluation, diagnostic, suivi). Elles proposent une offre de service diversifiée avec notamment alternatives multidisciplinaires à l'hospitalisation (hospitalisation de jour, accueil de jour psycho gériatrique, séjour temporaire de soulagement familial). Certaines unités de ce niveau peuvent faire valoir des orientations spécifiques dans la mesure où elles disposent des ressources appropriées :

- *Accidents vasculaires cérébraux massifs* en attente d'évolution, mise en place dans la filière AVC spécifique, avec des lits spécifiques.
Ressources particulières : consultations spécialisées de MPR, nursing infirmier très lourd, soins spécialisés de kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie, moyens humains et matériels adaptés.

- *États végétatifs chroniques et états pauci -relationnels*, dans la filière décrite.
Prise en charge en unité spécialisée (circulaire N° 2002-288). Moyens humains et matériels adaptés.
- *Prise en charge de démences* (dont les personnes démentes et déambulantes) et de troubles graves de la personnalité.
Ressources particulières : formation spécifique des équipes, présence d'un psychologue, accès à la psychiatrie et aux centres ressources spécialisés, locaux spécifiques adaptés, moyens humains et matériel adaptés.
- *Cancérologie* : chimiothérapies, surveillance après chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie, soins palliatifs.
Ressources particulières : formation spécifique des équipes, soins de kinésithérapie, orthophonie, diététique, psychologue. Implication formalisée dans le réseau de cancérologie régional ANCELOT. Moyens humains et matériel adaptés.
- *Pneumologie* : prise en charge de patients trachéotomisés non ventilés ou requérant une ventilation non invasive mais nécessitant une surveillance permanente. Réadaptation respiratoire d'insuffisants respiratoires chroniques sévères (test d'effort avec VO2 max).
Ressources particulières : formation spécifique des équipes, soins de kinésithérapie et de diététique. Moyens humains et matériel adaptés.
- *Insuffisants rénaux* : prise en charge de patients nécessitant une dialyse péritonéale.
Ressources particulières : formation soignante à la dialyse péritonéale, soins de diététique et de psychologie. Intégration dans les réseaux de soins associant les services d'hémodialyse et des associations de dialyse à domicile.
- *Cardiovasculaires* : suites de chirurgie vasculaire, d'angioplasties, de décompensations de cardiopathies avec ou sans troubles du rythme, reconditionnement des artériopathies.
Ressources particulières : surveillance médicale étroite avec accès à un avis cardiologique. Parfois surveillance et nursing lourd (insuffisance cardiaque évoluée), soins de diététique et de kinésithérapie. Moyens humains et matériels adaptés.
- *Nutrition* : prise en charge des troubles du comportement alimentaire, de l'obésité commune hyperphage et problèmes de dénutrition. Programme de prévention et de contrôle des facteurs de risques, rééducation nutritionnelle et réhabilitation physique, nutrition entérale.
Ressources particulières : surveillance médicale multidisciplinaire nutrition et psychiatrie. Formation spécifique des équipes avec soins de diététique et alimentation entérale, de kinésithérapie et présence de psychologue. Intégration dans les comités de liaison alimentation nutrition et réseau de soins ville-hôpital.
- *En alcoologie* : cures de sevrage, comportant un programme de réadaptation physique et de réhabilitation psycho-sociale.
Ressources particulières : nécessité d'une formation spécifique des équipes. Présence d'un psychologue et d'un travailleur social. Moyens humains et matériels adaptés.
- *Infectiologie et autres prises en charge spécifique* : patients VIH en situation de dépendance, suites d'infections sévères (sepsis graves, endocardites, infections de prothèses...), plaies chroniques.

Ressources particulières : formation spécifique des équipes, soins de kinésithérapie et de diététique, prise en charge psychologique et sociale... Moyens humains et matériels adaptés.

- *En psychiatrie* : participation à la filière de prise en charge entre l'hospitalisation en secteur psychiatrique ou en court séjour et le domicile, collaboration avec les centres médico psychologiques.

Ressources particulières : nécessité d'une formation spécifique des équipes médicales et paramédicales. Convention pour l'intervention d'un psychiatre, de psychologues et prise en charge sociale. Moyens humains et matériels adaptés.

- *Établissements de post-cure* : ils se caractérisent par une prise en charge psychosociale prolongée ; ils relèvent du niveau intermédiaire, mais connaissent un recrutement régional du fait de leur spécificité. L'organisation de la prise en charge est régionale et des unités territoriales est possible.

• Niveau de proximité polyvalent de suivi

Ces unités ou établissements sont le lieu de prises en charge polyvalentes essentiellement gériatriques requérant une charge en soins limitée. Ils ne disposent ni de plateau technique ni de toutes les compétences caractérisant le niveau de recours. Toutefois, les unités de soins de suite de ces établissements doivent pouvoir adapter leur médicalisation pour des prises en charge plus lourdes, dans le cadre de coopérations avec des unités de niveau supérieur d'autres établissements ou de services de court séjour.

III.5.2.3.3. Modalités de prise en charge spécifique des enfants et adolescents en SSR

Les soins de suite ou de réadaptation pour enfants ou adolescents se caractérisent par un champ de prise en charge particulièrement large, l'exigence de projets de soins, scolaire, éducatif et de vie personnalisés, et donc une très grande pluridisciplinarité. La filière régionale reste à structurer et à compléter.

Une optimisation de l'offre et de la filière de soins passe par l'élaboration d'un tableau d'analyse des différents profils de patients, permettant d'offrir plus de lisibilité pour les usagers et les prescripteurs. Une cellule ECO régionale pourrait être mise place, avec des consultations spécialisées, des évaluations pluridisciplinaires, une mutualisation des compétences médicales des différents praticiens en fonction des pathologies. Ceci a pour finalité de :

- Renforcer les collaborations avec les équipes pédiatriques du CHU,
- Améliorer la qualité de l'évaluation des enfants et des adolescents,
- Définir, en fonction de ces évaluations, la prise en charge la mieux adaptée (soins ambulatoires, accueil en structure médico-sociale, hospitalisation en SSR pédiatrique, simple surveillance...).

Une collaboration, déjà importante, des médecins de MPR pédiatrique avec les équipes médico-sociales, est à améliorer, notamment dans les centres d'action médico social précoce (CAMSP) polyvalents ou moteurs, où la présence d'un médecin MPR serait nécessaire pour initier une prise en charge rééducative précoce chez les petits présentant des pathologies

motrices. Cette nécessité se heurte actuellement au faible nombre de médecins de MPR pédiatrique dans la région.

Les modalités de prise en charge SSR pour les enfants ou les adolescents doivent se faire en intégrant les préconisations du volet prise en charge des enfants et des adolescents.

III.5.2.3.4. Modalités de prise en charge spécifique dans le domaine des soins palliatifs

Les prises en charge doivent se faire à tous les niveaux, pour autant que soient respectés tous les critères de sécurité, de qualité et de coopérations avec les services référents, en lien avec le volet douleur/soins palliatifs.

RECOMMANDATIONS

Il est recommandé de :

- Privilégier le niveau intermédiaire, notamment dans les soins de suite gériatriques et polyvalents et le niveau de recours ou régional pour les prises en charge spécialisées nécessitant des compétences médicales et des plateaux techniques.
- Progresser dans la connaissance des besoins en soins de la population régionale pour adapter progressivement l'offre,
- Conforter les structures existantes en cohérence avec la rationalisation de la coordination des plateaux techniques, en particulier lors des restructurations, plutôt que de créer de nouvelles implantations,
- Tenir compte du rééquilibrage nécessaire en SSR dans la région, en alliant une vue par territoire et une vue régionale associée,
- Optimiser la trajectoire du patient notamment en organisant l'évaluation pluridisciplinaire, en identifiant et organisant les filières, en particulier la filière gériatrique, pédiatrique, AVC, ainsi que la participation aux réseaux de santé,
- Harmoniser la répartition de la MPR et des soins de suite à compétences spécifiques,
- Mettre en réseau et organiser la complémentarité des établissements et intervenants en SSR,
- Définir les activités interterritoriales et formaliser les filières,
- Améliorer la connaissance et l'information régionales sur la description et les activités des différents établissements, services ou unités.

Tableau récapitulatif : principes généraux de la prise en charge des patients en SSR dans chaque territoire

	Médecine physique et de réadaptation	Soins de suite médicalisés
Proximité	Alternatives (HAD...) Spécialités paramédicales (kinésithérapeutes, orthophonistes...) Consultations médicales Services centraux de MPR des établissements	Alternatives Prise en charge paramédicale (infirmiers, kinésithérapeutes...) Consultations médicales
Intermédiaire		Polyvalents dont gériatriques ou cancérologiques : Etablissement ou unité proche du domicile du patient en tenant compte des densités de population
Recours	Polyvalente ou à orientation spécifique : Au moins un établissement ou unité par territoire AVC, Autres pathologies neurologiques dont les blessés médullaires et cérébrolésés non complexes Traumatologiques, orthopédiques Lombalgies invalidantes	Polyvalents lourds ou à compétences spécifiques : Au moins un établissement ou unité par territoire, par activité Cancérologie spécifique AVC massifs en attente d'évolution, Infectiologie, Pneumologie, Insuffisants rénaux, Cardiovasculaires, Alcoolologie (cure et post cure) Etats végétatifs chroniques et états pauci-relationnels Déments déambulants après le court séjour
Régional	Hautement spécialisée : Un établissement(ou unité) régional référent par activité, avec des correspondants de territoire (recours) Cérébrolésés complexes Blessés médullaires hauts ou complexes Réadaptation cardiaque MPR pédiatrique Neurologie lourde	Hautement spécialisés : Un établissement(ou unité) régional référent par activité, avec des correspondants de territoire(recours) Nutrition (renutrition lourde, insuffisance intestinale, obésité, troubles des conduites alimentaires), plaies chroniques Pneumologie spécialisée Cardiovasculaire spécialisé
Interrégional	Conventions Grands brûlés Appareillage très complexe Déficits sensoriels visuels et auditifs	

III.5.2.4. Principes d'implantation des activités et/ou équipements

Il conviendra de conforter et/ou de renforcer les structures existantes cohérentes en collaboration avec les structures de recours dans le projet de territoire, plutôt que de créer de nouvelles implantations.

Le principe de proximité doit être privilégié dans toute la mesure du possible, autant que le permet une réponse de technicité graduée adaptée à l'état du patient. Cela étant, la mission de proximité, par définition ubiquitaire, doit être assurée par l'ensemble des établissements ou par convention dans le territoire. Mais pour les prises en charge spécifiques et spécialisées, il faut privilégier un niveau régional ou de territoire pour le regroupement des équipes et des plateaux techniques de soins.

III.5.2.5. Qualité et continuité des soins

Les prises en charge ne sont pas univoques : elles peuvent nécessiter, selon le cas, une hospitalisation complète (lits de SSR), mais également des alternatives à l'hospitalisation (par exemple hospitalisation de jour, suivi en consultation externe spécialisées, hospitalisation à domicile, soins à domicile coordonnés, participation aux réseaux...). Dans cette diversité, les équipes de soins de suite doivent rester un des piliers de la trajectoire du patient en tant que support médical et paramédical, de l'évaluation, et du suivi selon les cas, en assurant impérativement la permanence et la continuité des soins.

Dans cette logique, chaque service de soins de suite ou de réadaptation s'inscrit dans une dynamique de liens fonctionnels entre ses différents partenaires du champ sanitaire ou médico-social, conduisant à formaliser, selon le cas, des filières ou des réseaux. Cette dynamique repose notamment sur les échanges d'informations médicales et soignantes, conformément à une convention de fonctionnement de filières, dont l'application effective doit être évaluée, en cherchant à développer les modalités de transmission des informations.

Il est important que la permanence des soins soit assurée dans chaque établissement

III.5.2.6. Système d'information et télémédecine

La mise en place d'un outil électronique et communiquant d'information et d'aide à la régulation de la filière MCO/SSR permettrait :

- Une meilleure circulation de l'information permettant une meilleure orientation des patients selon leurs besoins, dans les délais les plus courts,
- Une meilleure adéquation entre les demandes d'admission faites par les services MCO et l'offre de lits disponibles dans les établissements MPR/SSR (diminution des demandes d'admission classées sans suite ou annulées et réduction des délais d'attente),
- Une information du public et des professionnels concernés sur l'offre existante en soins de suite ou de réadaptation,

A cet égard, des fiches de demande d'admission et de transfert, communes à tous les établissements de SSR, doivent être élaborées, et pourraient être, à terme, mises en ligne.

Le développement de dispositifs complémentaires intrahospitaliers à destination des équipes mobiles d'évaluation et d'orientation, et des équipes mobiles gériatriques... est possible, mais relève de l'initiative de chaque établissement et du projet de territoire en collaboration avec les autres structures de recours.

III.5.3. Coopération et partenariat

L'efficacité du secteur SSR suppose une fluidité des filières et une adéquation des prises en charge qui requièrent la mise en œuvre de systèmes régulateurs optimisant la trajectoire du patient dans son parcours vers la réinsertion. Ces systèmes régulateurs doivent :

- Fournir une réponse réactive et pertinente pour une prise en charge hospitalière (ou alternative) au bon endroit, au bon moment, pour la bonne durée, aux demandes des services d'amont voire dès l'entrée du patient dans le système de soins,
- Coopérer avec les réseaux de santé,
- Proposer une solution d'aval la plus adaptée et faire le lien avec la prise en charge médicosociale, sociale et la ville.

III.5.3.1. Entre les établissements

Chaque service de soins de suite ou de réadaptation s'inscrit dans une dynamique de liens fonctionnels entre ses différents partenaires du champ sanitaire ou médico-social, conduisant à formaliser, selon le cas, des filières ou des réseaux. Cette dynamique repose notamment sur les échanges d'informations médicales et soignantes, conformément à une convention régionale de transfert du patient, dont l'application effective doit être évaluée, en cherchant à développer les modalités de transmission des informations.

Les patients admis en SSR doivent bénéficier d'un projet personnalisé de soins et de vie, que les séjours en SSR doivent mettre en œuvre et actualiser. Leur trajectoire n'est donc pas nécessairement linéaire. Elle peut, en fonction de l'évolution, impliquer des passerelles entre MCO et SSR mais aussi entre MPR et les autres SSR.

Les filières de soins ainsi constituées doivent apporter des réponses concrètes concertées, permettant notamment :

- La fluidité des unités de MCO et d'urgences,
- La définition des états pathologiques et charges en soins permettant le transfert en SSR,
- Les critères de retour en MCO en cas de complication intercurrente,
- Les modalités du recours à l'urgence, incluant les transports médicalisés entre SSR et urgences (SAMU et transports secondaires médicalisés),
- La poursuite de bilans diagnostiques lourds, ou d'actes thérapeutiques, entre SSR et MCO (hôpital de jour ou de semaine, séjours complémentaires programmés en MCO),
- Le partage de l'information médicale à tous les stades de cette coopération, notamment par des moyens informatiques dans le respect de la réglementation.

Ces filières de soins doivent s'inscrire dans la perspective de projets médicaux de territoire, en définissant leurs partenariats à l'échelle de ces territoires. Cette démarche suppose :

- La définition d'objectifs communs,
- La formalisation d'accords entre services, avec des conventions de fonctionnement et la création de comités de suivi impliquant obligatoirement les médecins des différents services concernés (dont les services adresseurs). Ces comités auraient pour rôle d'établir les conventions de fonctionnement en précisant la mise en commun de moyens (formation par exemple), d'en assurer le suivi en définissant des indicateurs d'activité et en faisant des bilans réguliers.

L'existence de conventions signées ou de projets doit être clairement énoncée dans les dossiers de demandes d'autorisation.

III.5.3.2. Entre SSR, réseaux de santé et médecine de ville

Une formalisation de la continuité de la prise en charge et de la circulation de l'information est à élaborer.

III.5.3.3. Entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social

L'évaluation médico-sociale du patient doit être un principe partagé par les services de SSR comme de MCO. Il revient notamment à chaque service de court séjour d'établir précocement un projet d'aval pour chaque patient, en particulier dans le cadre des hospitalisations programmées.

L'accompagnement médico-social nécessite une étroite collaboration entre les unités de SSR et les structures de coordination comme les comités locaux d'information et de coordination (CLIC) dans le domaine des personnes âgées, en lien avec les sites à la vie autonome en ce qui concerne les personnes en situation de handicap.

III.5.4. Modalités de suivi et d'évaluation du SROS

Le groupe thématique de travail du SSR se réunira dans le cadre de l'évaluation et du suivi du volet SSR du SROS III.

Le PMSI SSR, étant généralisé à l'ensemble des structures, devra constituer la principale source d'information utile à cette évaluation et doit être harmonisé avec les structures compétentes : les départements de l'information médicale (DIM), le collège régional de l'information médicale (CRIM) et le comité technique régional de l'information médicale (COTRIM). Des données complémentaires pourront également être fournies dans le cadre du suivi des contrats d'objectifs et de moyens ainsi et d'enquêtes spécifiques.

Le tableau ci-après résume les objectifs du SROS III qui seront l'objet de cette évaluation.

OBJECTIFS	INDICATEURS
Optimiser l'offre de soins	
○ Qualifier l'offre SSR par niveau et par territoire	○ <i>Implantations, en MPR et en SSM, par niveau et par territoire, avec justification des niveaux de service</i>
○ Harmoniser la répartition de la MPR et des soins de suite spécifiques	○ <i>Création d'un répertoire de structures (établissements, services, unités, personnel...)</i>
○ Conforter et/ou renforcer les structures existantes cohérentes	○ <i>Equipes médicales et paramédicales adaptées à la spécificité des pathologies et niveaux de prise en charge : état des lieux, élaboration de recommandations</i>
○ Développer et diversifier les alternatives à l'hospitalisation	○ <i>Equipement en places installées, places d'HAD en lien avec le volet HAD (activité spécialisée en lien avec une HAD polyvalente)</i> ○ <i>Profils de patients</i>
○ Evaluer l'activité par rapport aux niveaux de soins identifiés	○ <i>Conformité des profils des patients avec le niveau identifié du service</i> ○ <i>Tableau d'analyse des différents profils de patients</i>
Optimiser la trajectoire du patient	
○ Organiser l'évaluation pluridisciplinaire du patient	○ <i>Organisation d'unités d'évaluation de conseil et d'orientation (ECO) par territoire</i> ○ <i>Consultations spécialisées</i>
○ Identifier, organiser les filières et coopérations	○ <i>Comités de suivi des filières mises en place</i> ○ <i>Conventions de partenariat formalisées entre établissements de SSR</i> ○ <i>Partenariats formalisés entre établissements de SSR et structures médico-sociales (CAMSP, CLIC...)</i> ○ <i>Mutualisation des compétences médicales</i>
○ Mise en œuvre des dispositifs de régulation et de coordination	○ <i>Recensement des réseaux court séjour /SSR formalisés sur chaque territoire</i> ○ <i>Fiches de demande d'admission et de transfert communes aux établissements de SSR</i>
○ Améliorer l'adéquation à l'admission en SSR	○ <i>Pourcentage de patients correspondant aux critères d'adéquation à l'admission en SSR</i>
○ Améliorer la fluidité vers l'aval du SSR	○ <i>Quantification des retards à la sortie du SSR</i>