



SSR Locomoteurs

Ce livret du PRS fait partie de la collection de documents constitutifs du Projet Régional de santé 2018-2022 (PRS).

Il constitue l'un des documents d'évaluation des besoins de santé du PRS.

Il complète l'analyse des besoins qui figure dans chacune des fiches du schéma régional de santé dans sa partie consacrée aux implantations des Activités Soumises à Autorisation.

Il reflète les travaux conduits en 2016 et 2017 par l'Agence Régionale de Santé avec ses partenaires pour l'évaluation des besoins sanitaires de la région.

Il trace les perspectives d'évolution dans une vision prospective à 10 ans et sa traduction opérationnelle à cinq ans.

Rappel du cadre du SSR :

L'activité du SSR est définie par :

Art. R. 6123-119 :

L'autorisation d'exercer l'activité de soins de suite et de réadaptation ne peut être accordée, en application de l'article L. 6122-1, ou renouvelée, en application de l'article L. 6122-10, que si l'établissement de santé est en mesure d'assurer :

1° Les soins médicaux, la rééducation et la réadaptation afin de limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux, de prévenir l'apparition d'une dépendance, de favoriser l'autonomie du patient ;

2° Des actions de prévention et l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage ;

3° La préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle.

- Les soins médicaux (Médecin, Psycho, ...)
- La rééducation (Kiné)
- La réadaptation (Ergo)
- Des actions de prévention (missions de l'IDE et de tout intervenant diététicien...)
- L'éducation thérapeutique du patient et de son entourage (Programmes d'éducation thérapeutique labellisés ou autre organisation)
- La préparation et accompagnement à la réinsertion familiale sociale (assistant social et/ergo à minima)
- La préparation et accompagnement à la réinsertion scolaire ou professionnelle (assistant social et/ergo à minima)

Art. R. 6123-120 :

L'autorisation de soins de suite et de réadaptation mentionne, le cas échéant :

1° Si l'établissement de santé prend en charge des enfants ou des adolescents, à titre exclusif ou non, ainsi que la ou les tranches d'âges de ces enfants parmi la liste suivante :

- les enfants de moins de six ans ;
- les enfants de plus de six ans ou les adolescents.

La mention de la prise en charge des enfants ou adolescents n'est autorisée que si l'établissement de santé assure l'ensemble des aspects sanitaire, éducatif, psychologique et social de la prise en charge des enfants ou adolescents qu'il accueille.

2° Si l'établissement de santé assure une prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles d'une ou plusieurs des catégories d'affections suivantes :

- a. Affections de l'appareil locomoteur ;
- b. Affections du système nerveux ;
- c. Affections cardio-vasculaires ;
- d. Affections respiratoires ;
- e. Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien ;
- f. Affections onco-hématologiques ;
- g. Affections des brûlés ;
- h. Affections liées aux conduites addictives ;
- i. Affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance.

Et doit répondre au Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation

I. Evolution du contexte par rapport au PRS 1

Evolution 1 : Les défis

Le chantier SSR du PRS 2 s'inscrit dans un contexte plus global, dans lequel nous avons collectivement à relever plusieurs défis :

- **Défi démographique :**
 - Vieillesse et poids de la population âgée grandissante / Aggravation de la dépendance / impact de la génération papy-boom / situation financière dégradée.
 - Démographie médicale et paramédicale préoccupantes pour certaines spécialités. (cf. : <https://www.atlasante.fr/accueil/recherche>).
- **Défi à relever pour que le patient devienne acteur de sa santé / Notion de patients experts / Développement de l'Empowerment / Rôle des Associations de patients.**
- **Défi épidémiologique :** accroissement des pathologies chroniques / Incidence et prévalence des pathologies neurodégénératives / Poly-pathologie complexe / Espérance de vie post AVC et cancer plus longue mais avec handicap,
- **Défi technologique et organisationnel :**
 - Nouvelles techniques chirurgicales, nouvelles modalités de prises en charge réhabilitation précoce (RAAC), et leur impact sur la prise en charge,
 - **Innovations thérapeutiques** médicamenteuses, médecine personnalisée, biologie moléculaire,
 - **Recours aux NTIC** (télé-médecine, objets connectés, systèmes d'information...), qui nécessiteront plus de coordination, plus d'expertise à la maison.
 - **Intelligence artificielle et impact en termes de répartition des missions et des tâches entre professionnels.**
 - Élaboration de méthodes de protocoles de référentiels concertés et partagés.
 - Emergence de nouveaux métiers, coopération professionnels, délégation de tâches.
 - Enjeu de l'accessibilité aux soins, à la santé, à l'accompagnement, concilier proximité et expertise.

- **Défi économique :** soutenabilité financière de notre système de santé, précarisation de certaines populations, évolutions des modèles tarifaires, expérimentation de nouveaux modèles de financements.

S'ajoute à ces défis, une évolution sociétale : la précarisation, souhait d'évolution des modes de vies, aspiration à de nouvelles modalités de travail y compris pour les professionnels de santé (souhait de vivre différemment / familles monoparentales, souhait de proximité du domicile (si possible rester chez soi jusqu'au bout de sa vie, ...).

L'enjeu de l'évolution des SSR et d'adaptation aux besoins

Depuis cinq ans, les SSR ont été bousculées dans leur fonctionnement en termes de besoins en SSR :

- Le vieillissement de la population et croissance des poly-pathologies et de la dépendance des patients,
- Profil de patients hospitalisés : Niveau de sévérité croissant - de comorbidité - de charge en soins
 - D'un niveau de complexité des pathologies associées et de comorbidités des patients admis en SSR, (seulement 7 % M des patients admis en SSR sans comorbidités).
 - Du niveau de dépendance psychique et physique accru de ces patients.
 - Du niveau de soins requis pour ces mêmes patients.
 - Patients nécessitant des soins palliatifs et Patients oncologiques.
- Une réduction des durées de moyennes de séjour dans les services d'aigu, et impacte sur les SSR.
- Un changement des pratiques, chirurgicales mais aussi anesthésiques et anesthésiologiques ou relevant des RAAC qui diminue le recours au SSR en particulier pour le SSR Spécialisé locomoteur.
- Le développement du virage ambulatoire.
- La mise en place des démarches de PRADO et montée en charge des HAD.
- L'isolement et la dégradation économique de ces mêmes patients pour lesquels le retour à domicile ne peut être possible.

Le centre de « gravité » des prises en charge s'est déplacé du service d'aigu vers le service de SSR.

De plus ce nouveau PRS-SSR doit tenir compte :

- Des perspectives de la réforme de tarification, prévue en 2018 mais décalée en 2019.

- Du développement des alternatives à l'hospitalisation (recours à l'HAD supérieur, et à l'ambulatoire).
- Des évolutions sociétales et les défis à relever dans les 5 voire 10 ans à venir.
- L'évolution de la démographie des professionnels médecins, MPR, psychiatres, médecins généralistes, kinésithérapeutes, orthophonistes.
- Des réformes de coopérations qu'elles soient publiques (GHT) ou privées.

Les affections orthopédiques

Les affections orthopédiques recouvrent entre autre :

- La pathologie arthrosique (gonarthrose, coxarthrose...)
- La traumatologie
- Les affections rhumatismales inflammatoires
- ...

En termes de prise en charge, chaque année, on dénombre en France près de 100 000 fractures de hanche (partie supérieure du fémur et col du fémur).

On compte environ 150 000 PTH par an et 50 000 à 80 000 de PTG (source – académie de chirurgie et ATIH).

Depuis l'amélioration des techniques opératoires et de la RAAC, la durée moyenne de séjour s'est considérablement raccourcie et les orientations en SSR diminuées.

Un programme de l'assurance maladie, visant à préparer au mieux la sortie à domicile (PRADO), en lien avec l'ARS, a permis de réduire les inadéquations en SSR pour les PTH et PTG de faible sévérité.

Néanmoins, les spécialistes, en particuliers les chirurgiens, appellent à la prudence sur les non-orientations vers le SSR pour les remplacements des prothèses totales de genou, chez les personnes plus âgées.

Equipement et activité (cf. carte)

Ce secteur se caractérise par une offre régionale inégalement répartie sur les territoires, en nombre d'autorisations et en modalités de prises en charge (HC-HTP). (cf. [carte](#)). La cible SROS 3 n'a pas été atteinte en taux d'équipement (2 implantations encore disponibles au SROS PRS (1 Adulte, 1 Enfant)).

Ce champ de prise en charge connaît une forte activité. En effet, les hospitalisations SSR des affections représentent le second recours soit 11 %. (Même volume que la neurologie) – Néanmoins la consommation (nombre de séjours par habitant) est variable selon les territoires ([Cf. Carte](#)).

Par ailleurs, les patients présentant des affections orthopédiques sont pris en charge majoritairement hors SSR spécialisés orthopédiques, la plupart du temps en SSR Polyvalent. Ce qui ne manque pas de poser des difficultés pour les équipes de SSR polyvalent.

Place des SSR dans le contexte de développement des Alternatives à l'hospitalisation complète (HTP)

Un taux d'HTP affections orthopédie très supérieur au taux national mais encore perfectible

Compte tenu de l'évolution des pratiques, le PRS1 volet SSR avait préconisé le développement de l'hospitalisation à temps partiel. Celui-ci est croissant mais ne représente que 12 % de l'activité globale de SSR, et concerne les disciplines suivantes : affections de l'appareil locomoteur, affections cardio-vasculaires, affections neurologiques...

Plus spécifiquement, certaines autorisations d'HTP en SSR orthopédiques n'ont pas toutes été mises en œuvre pendant la durée du PRS. Deux raisons ont été identifiées : d'une part, l'absence de consensus sur la typologie de prise en charge à proposer en HTP a probablement freiné la mise en place. D'autre part, les acteurs allèguent le manque de visibilité en matière de financement comme frein au développement.

Des évolutions importantes sont attendues dans le domaine de l'HTP :

- soit pour faire suite à une hospitalisation complète et dont l'objectif est de consolider l'état du patient et sa rééducation
- soit en termes de substitution à l'hospitalisation complète et selon certains critères cliniques et fonctionnels qui permettront l'éligibilité d'emblée du patient à une htp en SSR
- mais aussi pour l'HTP en SSR polyvalent dès lors qu'une organisation et une évaluation ad hoc est organisée

Diminution des journées inadéquates en SSR

L'ARS a souhaité développer une analyse de la pertinence des séjours au sein des SSR.

La Structure Régionale d'Appui et d'Expertise accompagne les établissements dans leur suivi des inadéquations.

Globalement, cette amélioration de la pertinence de recours au SSR est constatée, avec un taux d'inadéquation de 23 % pour le SSR polyvalent et 12 % pour les SSR spécialisés (2015), (toute spécialité confondue), ce qui constitue une amélioration notable par rapport à 2013 (30 % SSR polyvalents et 17 % pour les SSR spécialisés). En complément de l'action ARS / SRAE / Etablissements, la mise en place des dispositifs

de coordination de l'aval (DCA), et l'utilisation de via trajectoire a contribué à une diminution des journées inadéquates. Les inadéquations pour le SSR orthopédique concernent les orientations des PTH et des PTG de niveau de sévérité faible en SSR alors qu'un retour à domicile aurait été possible. Les résultats sont très variables selon les établissements et les départements (cf. annexe).

Une démarche préventive et d'éducation thérapeutique à mettre en place

Les missions du SSR comprennent bien des actions de prévention et d'éducation thérapeutique, mais cette démarche doit être plus présente dans les services, sous la forme de protocoles d'éducation thérapeutique validés et mis en œuvre avec nécessité de faire le lien avec le domicile. L'éducation thérapeutique ne doit pas s'arrêter lors de la sortie de la structure SSR mais poursuivi à domicile.

II. Problématiques actuelles et émergentes, et constats

L'enjeu d'évolution des SSR en termes de coopération, complémentarité et expertise

Globalement le maillage actuel des SSR orthopédiques répondent aux besoins en termes de capacitaire et d'autorisation. Néanmoins, il conviendra de définir les pathologies et les patients devant faire l'objet d'une PEC en SSR spécialisé. Par ailleurs, l'insuffisance de développement de l'HTP des affections orthopédiques est déplorée par les membres du groupe de travail. S'appuyant sur les recommandations de la SOFMER*, des indications de recours à l'HTP SSR orthopédique doivent être élaborées et diffusées.

Enfin, **une réflexion devra être ouverte sur l'HTP pour affections locomotrices en SSR polyvalent.**

Le développement de l'hospitalisation à temps partiel :

Il nous appartient de favoriser le développement de l'hospitalisation à temps partiel :

- tant en substitution d'hospitalisation complète.
- qu'en développant des indications propres (en admission directe) dans cette modalité de prises en charge.

L'un des éléments de blocage ou de frein au développement de l'hospitalisation à temps partiel est lié à l'absence de consensus sur les critères d'éligibilité des patients.

Il convient, en lien avec la société savante de rééducation SOFMER, de mener une réflexion avec les professionnels adresseurs sur les profils des patients et les protocoles de rééducation.

Les prises en charges en l'hospitalisation à temps partiel peuvent intervenir soit dès la sortie des services d'aigu, soit en continuité d'un séjour de SSR orthopédique en hospitalisation complète, soit par entrée directe du domicile s'il est constaté une dégradation du patient ou la nécessité de faire un bilan.

Dans le cadre du développement de la RAAC, la prise en charge doit être évaluée. Ex : DMS raccourcie en chirurgie, évaluation par un médecin ou professionnel MPR en aigue et orientation vers un SSR soit en hospitalisation complète soit en HTP.

Des HDJ en SSR polyvalent pour rééducation post traumatique ou post chirurgie pourraient être organisées sous réserve d'élaboration de protocoles et sous supervision d'un MPR spécialisé en rééducation orthopédique, en proximité de l'habitation du patient.

Il convient donc de :

- Renforcer les compétences des professionnels des SSR Polyvalents.
- Construire un programme de formation des professionnels adapté au profil de patient dans les SSR Polyvalents.
- D'apporter l'expertise sous la forme d'équipes mobiles SSR spécialisé (avec compétences en traumatologie et rééducation vers SSR polyvalent).
- Et d'organiser pour certaines prises en charge un transfert de compétences.
- D'assurer, par des téléconsultations, un avis expertal rapide.

S'adapter à la démographie médicale déficitaire pour certaines spécialités médicales

Un des enjeux pour les 5 ans à venir sera d'une part de consolider la démographie globale médicale notamment pour les spécialités de MPR mais aussi réfléchir à des nouvelles modalités de travail, plus transversales plus intégrées et plus coordonnées :

- mise en place de nouveaux métiers de coordination ;
- favoriser la formation d'infirmières de pratiques avancées ;
- organiser le recours à l'expertise par un relai auprès d'un médecin généraliste, formé à la spécialité, et supervisé par un médecin spécialiste (graduation)
- développer les équipes mobiles (externalisation de l'expertise tant entre structures sanitaires qu'en appui à domicile)
- coordination en infra territoire, des différents acteurs : mise en place d'une gouvernance et réévaluation des situations cliniques

- mise en place des Plateformes Territoriales d'Appui de type guichet unique qui permet après analyse une orientation à bon escient et mobilisant les expertises utiles avec réactivité
- faire travailler ensemble SSR, SSIAD, SAAD, SPASAD, HAD et Structure d'aiguë de recours si besoin et ce sans perte de temps
- développer la télémédecine

Assurer la qualité et sécurité de prise en charge aux patients accueillis en SSR : Répondre aux besoins des professionnels en termes de formation, de coopération, de complémentarité et d'expertise

Les patients âgés nécessitant une charge en soins plus importante et un accompagnement de la dépendance (handicap) impose une mise à plat des besoins en termes de compétences professionnelles en SSR.

Dans le cadre de l'accueil des patients neurologiques en SSR POLYVALENT, il peut être proposé de :

- Diversifier les profils de professionnels :
- Présence et recours à des ergothérapeutes systématiquement ;
- Soutien aux équipes sous la forme de « transfert de compétences »
- Développer les équipes mobiles, entre établissements sanitaires, entre SSR et domicile, dans un objectif de préparer le retour à domicile et d'assurer une supervision au domicile
- Accompagner les programmes de formation des SSR : Formations adaptées aux besoins / Formations par la simulation
- Organiser des modalités de travail nouvelles (cf. chapitre démographie)
- Diffuser la culture de l'évaluation et de la réévaluation des besoins et l'élaboration de protocoles de rééducation validés et réévalués
- Suivre et mettre en place l'éducation thérapeutique

Une inconnue : le modèle final de tarification

Un nouveau modèle de financement du SSR est en cours de déploiement. Il dépendra notamment du profil de patients pris en charge et de la composition du plateau technique. Il est prévu un tuilage long entre le système financier actuel basé sur la dotation globale, et ce nouveau modèle, lié au DMA (Dotation Modulée à l'activité).

Le souhait des professionnels est d'une part de pouvoir par ce nouveau financement valoriser les consultations de suivi en SSR et, dès lors qu'elles le sont, les développer et d'autre part accroître les recours en HTP tant en substitution qu'en développement dédié à certaines prises en charges.

Améliorer la fluidité des parcours, en amont et en aval des patients pris en charge en SSR - **Limitier les points de rupture dans le parcours**

Les Rupture de parcours les plus fréquents sont :

- orientation en SSR ou la non orientation en SSR (PTG prévue comme non problématique se révélant problématique par exemple), nécessité de mettre en place une culture de l'évaluation.
- le Retour à domicile pour lequel une évaluation de l'environnement doit être systématiquement mise en place.

De plus, il conviendra de renforcer et de systématiser les dispositifs déjà en place :

- Anticiper la demande
- Prévoir une évaluation du domicile
- évaluer la pertinence des modes de prise en charge alternatifs (Domicile, Médecine, HAD, ...)
- Transmettre le compte rendu rapidement (indicateurs HAS)
- Préparer la sortie en lien avec le médecin traitant et les autres professionnels intervenant au domicile du patient (équipe EAAR)
- Mettre en place d'une éducation thérapeutique **trans-secteur**
- Mise en place d'un suivi plus simple permettant de maintenir le patient dans une dynamique de repérage d'une éventuelle dégradation mais aussi d'une rechute s'appuyant sur les professionnels du premier recours et les acteurs sociaux
- Favoriser les consultations de suivi y compris MPR dès lors que la réforme de la tarification sera mise en place (les résultats sur l'indicateur programmation d'une consultation post AVC témoignent de ce point de rupture puisque seuls 45 % des patients porteurs

d'AVC ont accès à une consultation 6 mois après le diagnostic)

Problématique de la prise en charge des enfants porteurs de scoliose

Une étude spécifique devra être menée pendant le PRS 2.

III. Propositions d'évolutions à conduire dans le prochain PRS

Proposition 1 : maintien des capacités et des autorisations (cf fiche Activité soumise à autorisation).

Proposition 2 : Favoriser l'approche PARCOURS :

Travailler sur la pertinence des orientations des parcours en lien avec le PRADO et la HAD selon le recours soit relevant de la Chirurgie orthopédique, traumatologie, autres pathologies médicales,

Proposition 3 : Anticiper l'aval dès la prise en charge en sanitaire.

Proposition 4 : Renforcer les compétences de rééducation en SSR polyvalent : recrutement d'ergothérapeute, temps de MPR ou développement des équipes mobiles d'évaluation ou organisation de CS MPR.

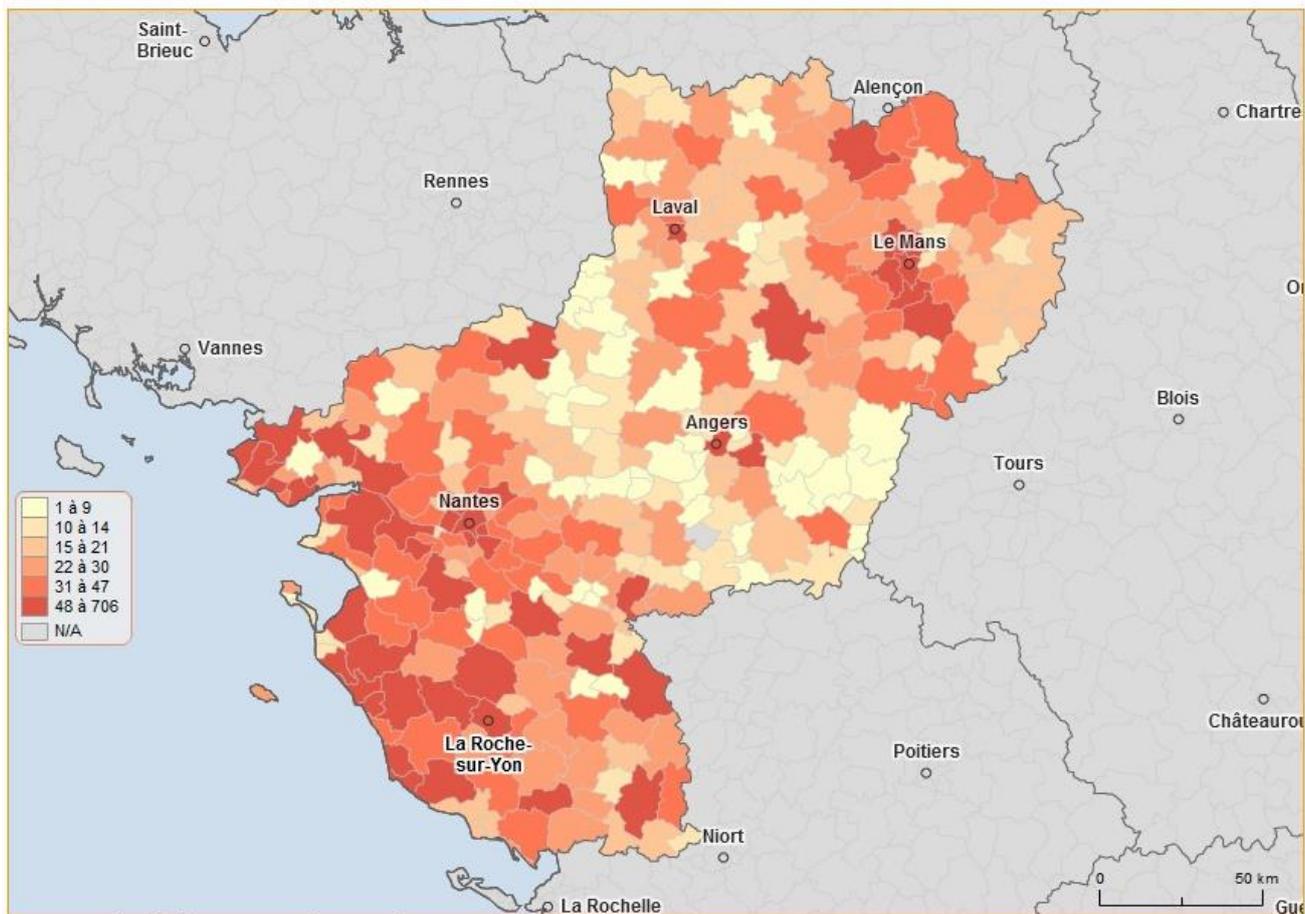
Proposition 5 : Mener une réflexion sur l'accueil en SSR polyvalent pour la traumatologie, appui des équipes par des équipes mobiles SSR

Proposition 6 : Développer l'HTP en veillant à la répartition de l'offre sur les territoires : valider les indications, le rythme et organiser le suivi post HTP.

Proposition 7 : Déployer une organisation de suivi MPR après l'hospitalisation après la sortie et en lien avec le médecin traitant.

Proposition 8 : Elaborer des protocoles de rééducation pour les affections orthopédiques pour les HTP en SSR polyvalent. Organiser la supervision et l'expertise.

SSR LOCOMOTEUR - CONSOMMATION PDL 2015



ARS - Carte réalisée à partir de données importées par l'utilisateur

Méthodologie des travaux

- *Comme pour l'ensemble des thématiques et en particulier pour le SSR, un groupe de travail dédié a été organisé et s'est réuni à plusieurs reprises ; ce groupe était composé de représentants des fédérations, publics, privés, Fehap, des URPS, des professionnels....*

Les livrets du PRS

