

# Soins de Suite et de Réadaptation Synthèse

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

L'activité du SSR est définie par les **Art. R. 6123-119** et **R. 6123-120** du code de la santé publique 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.

**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 :

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

Ce cadre réglementaire rappelé pour cette activité soumise à autorisation, ce document vise à présenter la stratégie du projet régional de santé concernant les soins de suite et de réadaptation. Il identifie les enjeux de la discipline et trace les

contours des évolutions à conduire dans le cadre du projet régional de santé.

## I. Evolution du contexte par rapport au PRS 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** (télémédecine, objets connectés, systèmes d'information...), qui nécessiteront plus de coordination, plus de coordination, plus d'expertise à la maison.
- **Intelligence artificielle et impacte 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 polyopathologies 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 de :

- 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 que nous vivons 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.

#### Absence de restructuration profonde de SSR de petite taille malgré des réorganisations territoriales

Les Pays de la Loire se caractérisent par un taux d'équipement élevé en SSR polyvalent supérieure aux taux national et inférieur pour le SSR spécialisé.

Les SSR polyvalent sont nombreux, dispersés et de petite capacité en particulier sur les territoires ruraux ; Ils sont historiquement installés au sein d'hôpitaux dits locaux, adossées à des unités de médecine de petite capacité également et dont le fonctionnement repose quasi exclusivement sur les interventions des médecins généralistes du territoire ;

Ceux étant de plus en rares et avec une charge de travail conséquente, le fonctionnement de ces services SSR peine à s'organiser et voient les indicateurs d'efficience se dégrader (taux d'occupation autour de 80 % très en dessous de la cible nationale (90 %) et augmentation de la DMS).

Ce qui conduit à ré-interroger la capacité cible, afin de mettre en place en période de contraintes budgétaires tendues, des organisations efficaces pour répondre aux besoins de la population.

Les dimensionnement cibles à hauteur de 30 lits ont été travaillés en lien avec l'agence nationale à la performance. Peu de SSR ont fait l'objet de rapprochement ou démutualisation, malgré un partage avec les acteurs sur la nécessité de regrouper les unités, levier d'attractivité pour les recrutements des médecins, cet objectif peine à se mettre en place, cela reste un enjeu pour le futur PRS 2.

#### Faible diversification en modalités de prise en charge selon les spécialités

Compte tenu de l'évolution des pratiques le PRS1 volet SSR avait appelé de ses vœux le développement de l'hospitalisation à temps partiel. On constate que non seulement certaines autorisations d'htp n'ont pas été mises en œuvre pendant la durée du PRS. Et que celles qui ont fait l'objet d'un développement ont une activité modeste en particulier pour certaines spécialités (cardio-vasculaire, pneumologie). Deux raisons ont été identifiées : En ce qui concerne le HTP en SSR polyvalent l'absence de consensus sur la typologie de prise en charge à proposer en HTP a probablement freiné la mise en place. Les acteurs allèguent également le manque de visibilité en matière de financement comme frein au développement.

#### 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. En particulier, sur les orientations des prothèses totales de hanche et de genou en SSR. Des grandes disparités persistent, (18% d'inadéquations (borne basse) et 70% d'inadéquations (borne haute)). Néanmoins, on note une amélioration du taux d'inadéquations en SSR.

Globalement, cette amélioration de la pertinence de recours au SSR est constatée, avec un taux d'inadéquation de 23 % pour le SSR polyvalents 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.

#### Amélioration du lien avec le premier recours

De façon à répondre aux besoins de proximité au plus près des patients et faciliter l'exercice quotidien des médecins généralistes, le PRS 1 avait favorisé le recours en SSR en admission directe.

Le taux d'admission à 5 ans est en légère augmentation mais demeure modeste (autour de 6%) ;

Ce qui reflète soit un besoin moins important que prévu, et/ou une difficulté à ce type de recours par complexité de mise en œuvre, ou soit par une méconnaissance de cette modalité par les acteurs de terrains.

Une réflexion globale visant à développer l'admission directe qui reste plébiscitée par les acteurs doit être menée dans le PRS 2 sur les territoires ruraux en particulier en intégrant la dimension domicile/médico- social et social dans le parcours du patient. Cette modalité s'inscrit dans la réforme des hôpitaux de proximité.

Une fluidité des parcours à améliorer malgré la mise en place de dispositifs de coordination

La mise en place de via trajectoire et des DCA a considérablement amélioré les parcours. Néanmoins, des difficultés perdurent, pour certains profils de patients.

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

Le développement de l'hospitalisation à temps partiel (HTP) 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...

Des évolutions importantes sont attendues dans le domaine de l'HTP, notamment avec le rattrapage du retard en SSR Cardio-vasculaire, une substitution en SSR locomoteur, et le développement en SSR polyvalent...

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.

## **II. Problématiques actuelles et émergentes, et constats**

Amélioration du lien avec le premier recours

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

Comme vu dans les éléments de contexte, les besoins des patients ont évolués. Des compétences spécifiques au sein des SSR doivent être organisées.

S'ajoute la complexité actuelle des parcours, générant des points de rupture, pour lesquels des coopérations nouvelles, des recours à des expertises spécifiques, et des temps de coordination dédiés, entre les structures et les professionnels, doit être impérativement mises en place.

Enfin, il conviendra aussi de veiller à offrir une offre de proximité, tant au niveau du SSR polyvalent, qu'au niveau de certaines spécialités.

Les travaux sur les hôpitaux de proximité menés dans le cadre de l'élaboration du PRS ont montré une adaptation de ces structures aux contextes locaux en s'intégrant dans des filières de prises en charge pour les personnes âgées, en jouant un rôle d'appui au premier recours ou encore en déployant des dispositifs de prises en charges hors les murs. Des travaux territoriaux complémentaires sur l'harmonisation de l'offre SSR devront être initiés dans la suite du chantier PRS dès la publication du PRS2.

Par ailleurs, la population des personnes âgées de plus de 75 ans va croître considérablement et l'offre de prise en charge en SSR sera impacté directement par cette évolution démographique.

Les parcours devenant de plus en plus complexe, les patients de plus en plus lourds en charge en soins Il est donc impératif de :

- doter les SSR d'équipes professionnelles renforcées et formées aux pathologies chroniques et cognitives,
- de créer plus de lien avec les établissements de recours en termes d'expertise soit sous la forme d'équipe mobile, soit sous la forme de consultations avancées ou enfin en développant l'HTP.

L'enjeu de territorialisation et de taux d'équipement

Le taux d'équipement est resté stable pendant toute la durée du PRS1.

Globalement, la région Pays de Loire se caractérise par un taux d'équipement régional en SSR polyvalents légèrement supérieur au taux France entière. (Cf. tableau « taux d'équipement en SSR » en Annexe).

En nombre de journée, 65% de journées sont enregistrées pour les SSR polyvalents, les 35% restants concernent le spécialisé, dont 11% pour le SSR neuro, 11 % pour le SSR locomoteur, et 0.9% pour le SSR Digestif (cf. annexe : « nombre de journées d'hospitalisation enregistrées par année et type d'autorisation SSR »).

Les ARS ne possèdent pas le taux d'équipement par SSR spécialisé par rapport au taux d'équipement Français par SSR spécialisé.

Des études PMSI sur la consommation des habitants et la production des établissements, de la région Pays de Loire (échelle départementale), ont été produites et annexées.

L'offre se conçoit sous l'angle, d'une part, du nombre de structure, de leur maillage, et des modalités de prise en charge, présente ou non, au sein des établissements.

L'offre est satisfaisant quantitativement en SSR polyvalent et à renforcer dans certaines spécialités.

En ce qui concerne les polyvalents, il est proposé plutôt des rapprochements, regroupements ou des suppressions de sites.

Propositions modalités de prise en charge –  
FAVORISER LE DEVELOPPEMENT DE L'HTP :

Tout SSR polyvalent ou spécialisé détenant une autorisation d'hospitalisation complète doit développer une offre en ambulatoire.

Majoritairement, par substitution et exceptionnellement par création.

Proximité – FAVORISER LE MAINTIEN EN PROXIMITE  
– en organisant l'expertise :

La proximité actuellement, est pour le SSR polyvalent, assurée sur le territoire.

En revanche, il nous faut organiser la proximité pour certains SSR spécialisés loco neuro

Pour les SSR nécessitant un plateau technique (réadaptation cardiaque et réadaptation pulmonaire), et compte tenu du besoin, des créations de SSR modalité htp sont prévues.

Il est donc impératif de :

- doter les SSR d'équipes professionnelles renforcées et formées aux pathologies chroniques et cognitives

- de créer plus de lien avec les établissements de recours en termes d'expertise soit sous la forme d'équipe mobile, soit sous la forme de consultations avancées ou enfin en développant l'HTP
- une diversification de l'offre en proximité
- une optimisation capacitaire d'une majorité des structures

Une cible d'efficience perfectible

Le chantier SSR est impacté par la mise en œuvre du plan triennal. Des indicateurs en termes d'efficience organisationnelle et capacitaire sont d'ores et déjà recommandés dans le plan triennal en lien avec l'Anap.

Cette démarche est à poursuivre en termes de taux d'occupation (90%) et en termes de capacitaire (28 à 30 lits). Malgré cet accompagnement la cible capacitaire n'est pas harmonieusement atteinte dans la région

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/cardiologues/pneumologues puisque près de 35.7% des cardiologues auront plus de 65 ans et 30% pour les pneumologues en 2020, 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 porteurs de pathologies graves nécessitant une charge en soins importantes et un accompagnement de la dépendance (handicap, traitements lourds, y compris de chimiothérapie paraplégie) impose une mise à plat des besoins en termes de compétences professionnelles en SSR

Favoriser la présence d'ergothérapeute systématiquement en SSR

- Diversifier les profils de professionnels : Recours aux assistants en gérontologie / Présence de psychologues et psychomotriciens
- Soutien aux équipes « transfert de compétences » : Développer les équipes mobiles, entre établissements sanitaires, entre établissements sanitaires et domicile, préparer le retour à domicile, 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 du profil de patients pris en charge et de la composition du plateau technique. Il est prévu un tuitage 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 ? Limiter les points de rupture dans le parcours

**Rupture de parcours le retour à domicile** la sortie du SSR constitue intrinsèquement un point de rupture assurer le lien avec le médecin traitant et les autres professionnels intervenant au domicile du patient, mettre en place en éducation thérapeutiques ou un suivi plus simple permettant de maintenir le patient dans une dynamique de repérage d'une éventuelle dégradation mais aussi un rechute

- favorise les cs de suivi y compris MPR dès lors que la réforme de la tarification se mette en place

L'articulation entre MCO et SSR s'est améliorée depuis le PRS 1, en particulier grâce au déploiement de Via Trajectoire. Néanmoins, l'articulation SSR Domicile reste perfectible,

- Néanmoins il reste encore quelques difficultés : Absence d'anticipation des demandes, bonne évaluation des de la dépendance et des soins du patients, lourdeur de certains patients, équipe restreinte en SSR, décision parfois de dernière minute e car flux à gérer en service d'aiguë par rapport au flux des urgences
- De même, il est noté par les professionnels, un manque de complémentarité et de synergie entre SSR polyvalent et SSR spécialisé : La mise en place de compétences transversales ou le développement d'externalisation de l'expertise sous la forme d'équipes mobiles sont plébiscitées.
- La démarche parcours, faisant appel à différents dispositifs (alternatives à l'hospitalisation : HAD...), modifie le recours aux structures de soins et de réadaptation.
- La Culture de l'évaluation doit être développée

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

#### Optimiser l'offre territoriale et poursuivre le virage ambulatoire

Diversifier l'offre spécialisée pour répondre aux besoins :

- Création de SSR spécialisés (cf. fiche ASA)

Inciter au regroupement de petits SSR et viser une mutualisation des moyens

#### Poursuivre le développement ambulatoire en hospitalisation à temps partiel (HTP)

- Tout SSR avec Hospitalisation Complète doit se doter de places d'HTP

Partager les indications de recours à l'HTP

- HTP SSR Polyvalent : suivi gériatrique, suivi AVC, éducation thérapeutique, lutte contre les chutes, l'iatrogénie, etc.
- HTP Spécialisé : soit en substitution d'hospitalisation complète, soit pour des indications spécifiques entrant dans un protocole pouvant être fait directement en HTP

#### Promouvoir la qualité, la sécurité, la performance et la pertinence dans les services de SSR

##### Formation :

- Favoriser et accompagner en lien avec les directions des établissements des programmes de la formation des professionnels adaptés aux besoins des professionnels et des patients (notamment SSR polyvalent)
- Accompagner le changement des pratiques par un plan de formation médicale et paramédicale ambitieux
- Accompagner la culture de l'évaluation et la rédaction de PPS au sein des services d'aigu en lien avec les services de rééducation quand ils le peuvent
- promouvoir la rédaction de protocoles standardisés et la diffusion pour toutes les spécialités et pour le SSR polyvalent

##### Qualité :

- Améliorer la qualité de la prise en charge

- Accompagner la diffusion des bonnes pratiques professionnelles
- Doter les SSR de nouvelles compétences adaptées aux besoins du patient (troubles du comportement, soins oncologiques, soins palliatifs...)
- Poursuivre et accompagner le recours aux ergothérapeutes en SSR
- Améliorer la qualité de la prise en charge, promouvoir le bon usage des produits de santé : Accompagner les échanges entre professionnels (services d'aigu / SSR polyvalents, SSR polyvalent / SSR spécialisée, SSR et ville et médico-social) Elaboration d'un Plan Personnalisé de Soins et de rééducation pour chaque patient orienté en SSR

##### Performance :

- Tendre systématiquement vers des unités de 28 à 30 lits en SSR, sauf pour les SSR des Hôpitaux de proximité dont les capacités peuvent être mutualisées avec celles de médecine

##### Inadéquation :

- Poursuivre la démarche d'analyse d'inadéquations et poursuivre la dynamique de diminution de taux de séjours inadéquats en SSR et en particulier en SSR locomoteur (PTH/PTG)

##### Promouvoir la création d'équipes mobiles SSR :

- Favoriser la création d'équipe mobile entre SSR polyvalent/spécialisés, entre service d'aigu et SSR, entre SSR et domicile
- Organiser le transfert de compétences entre professionnels et la supervision par experts

##### Améliorer le parcours patient

- Renforcer le lien entre premier recours et les SSR de proximité.
- Favoriser les admissions directes en SSR polyvalent par les médecins généralistes
- Développement d'HTP en SSR polyvalent de proximité.
- Améliorer le parcours patient entre SSR spécialisé et SSR polyvalent en déployant des outils d'expertise et en favorisant la culture de l'évaluation des patients (Plan de Soins et de rééducation Personnalisé obligatoire)

Réduire la DMS des patients jeunes, dépendants, avec troubles cognitifs en SSR et faciliter leur entrée en structure adaptées

#### Innovation (cf. qualité et pratique)

- Développer les équipes mobiles d'appui et d'expertise
- Doter les SSR de compétences nouvelles et systématiques (ergothérapeute, AMP, AS, IDE formés à la rééducation, aux troubles du comportement...)
- Développer les formations en simulation
- Favoriser le recours à la télémédecine, téléconsultations, télé-expertise
- Inciter si besoins à l'utilisation d'objets connectés

#### Prévention

Développer les programmes d'éducation thérapeutique dans les services de SSR spécialisés et polyvalent, en lien avec le domicile

Assurer un suivi sous forme de coaching éducation thérapeutique à domicile et sur le lieu de vie de la personne.

#### Méthodologie des travaux

- Groupe de travail avec les représentants des fédérations hospitalières, médecins, directeurs, cadre, infirmière, des représentants des URPS, usagers, professionnels libéraux,
- Entretien préalable avec les médecins des spécialités de SSR étudiés
- Entretien avec des représentants des CPAM, des SSIAD, des SPASAD

#### Bilan 2015 des séjours inadéquats en Soins de suite et Réadaptation

(source : rapport de la SRAE qualité de 2015)

- une amélioration de la pertinence de recours au SSR avec un taux d'inadéquation de 23% pour le SSR polyvalents et 12% pour les SSR spécialisés (2015) ce qui constitue une amélioration notable par rapport à 2013 (30% SSR polyvalents et 17% pour les SSR spécialisés),
- des taux de recours SSR HC et HTP globalisés inférieurs aux moyennes nationales et en diminution entre 2011 et 2015 à nuancer selon les spécialités (HC : 0.87 vs 0.9 et HTP : 0.81vs 0.86)
- est important de noter l'évolution et le changement des pratiques tant chirurgicales que médicales depuis le PRS1. La réduction de la durée moyenne de séjour et du geste opératoire, engendrent un recours au SSR différent, tant en terme de justification de séjour que de suivi.

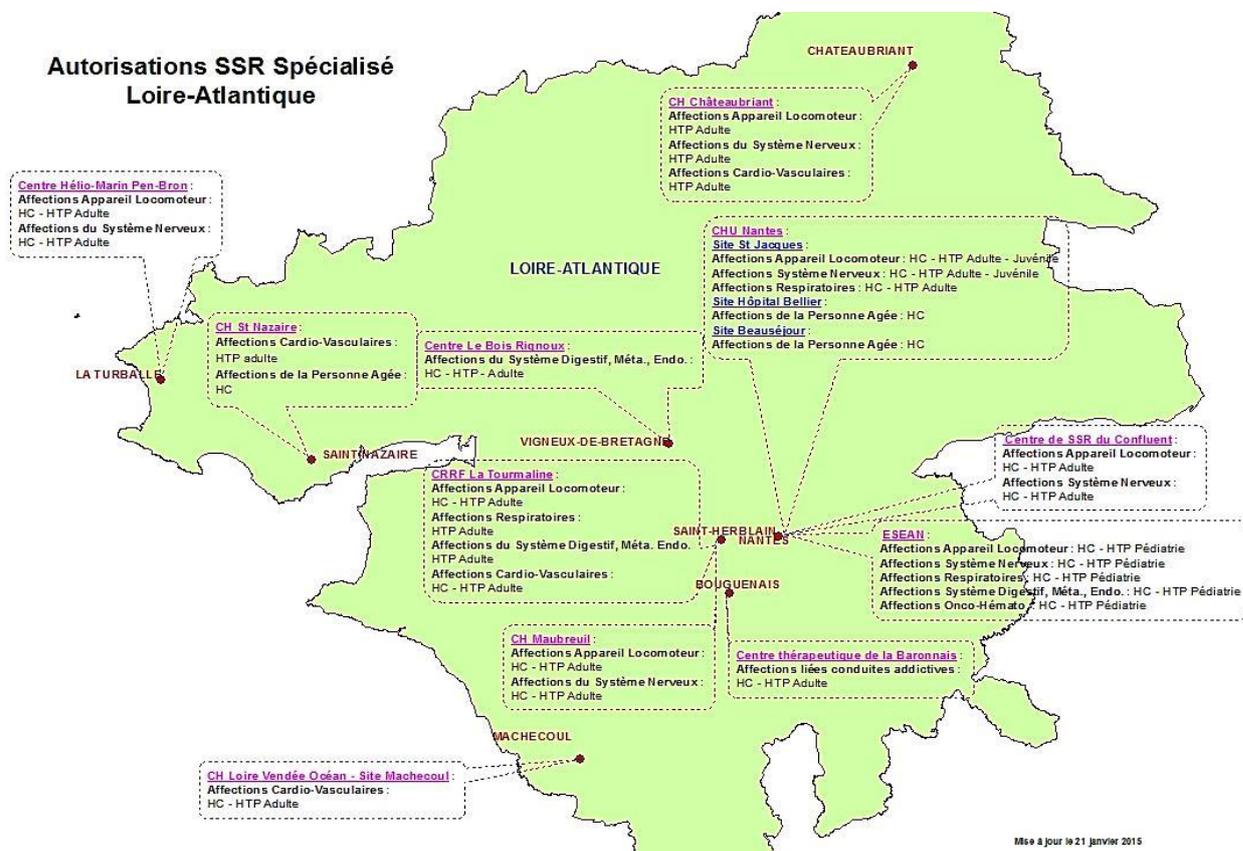
## SSR POLYVALENT EN PAYS DE LOIRE (cf. cartographies en annexe)

<p>Nombre d'établissements :</p> <p>87 établissements, dont 66 % sont de statut public, 26 % de type associatif et 8 % de statut privé.</p>	<p>3644 lits et 47 places de SSR soit une moyenne 42 Lits et Places par établissement.</p> <p>15 sites sont en dessous du seuil des 30 lits fixé par</p>
<p>Taux d'équipement en SSR Polyvalent (1,02) supérieur au taux d'équipement national (0,86).</p> <p>Taux de recours SSR HC et HTP globalisés inférieurs aux moyennes nationales, et en diminution entre 2011 et 2013.</p> <p>Taux de recours standardisés par territoire de proximité, différents :</p>	

## SSR SPECIALISE EN PAYS DE LOIRE (cf. cartographies en annexe)

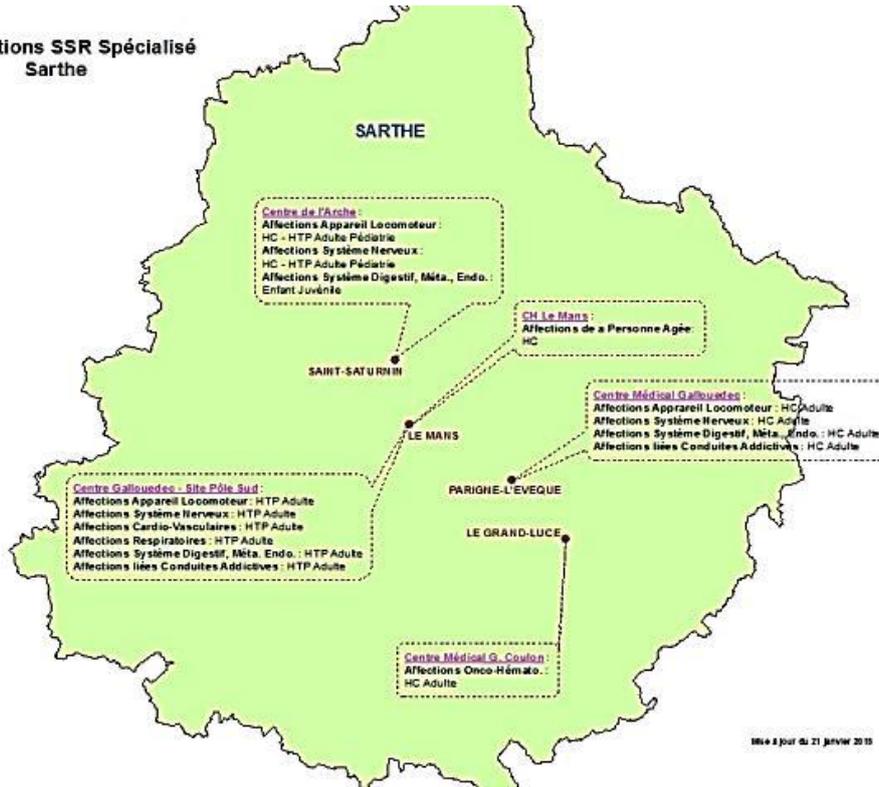
<p>57 établissements, dont :</p> <p>14 SSR Neuro, 12 SSR Cardio, 5 SSR Respiratoire, 10 SSR Addicto, 7 SSR PAP.</p>	<p>5044 Lits adultes et 126 lits enfants.</p> <p>562 Places adultes et 85 places enfants.</p> <p>Ratio de 169,6 lits de SSR pour 100 000 hab.</p>
---	---

### Autorisations SSR Spécialisé Loire-Atlantique

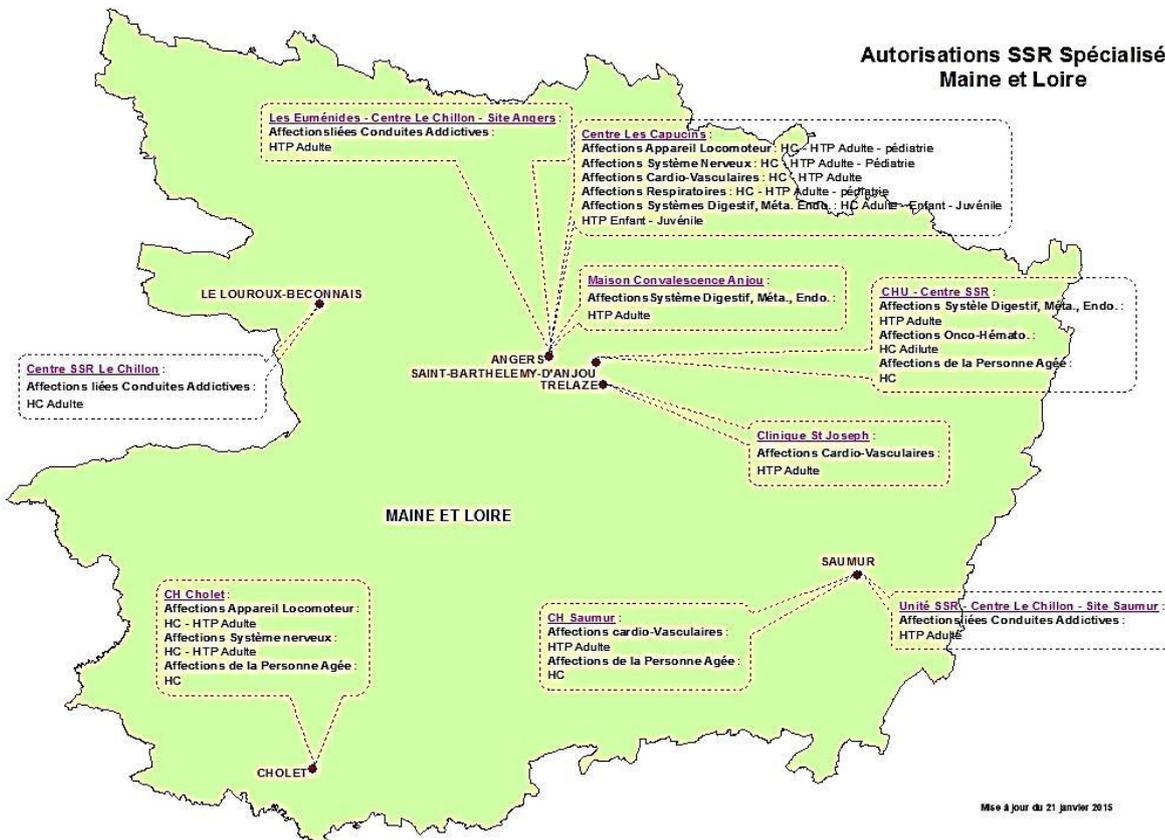


Mise à jour le 21 janvier 2015

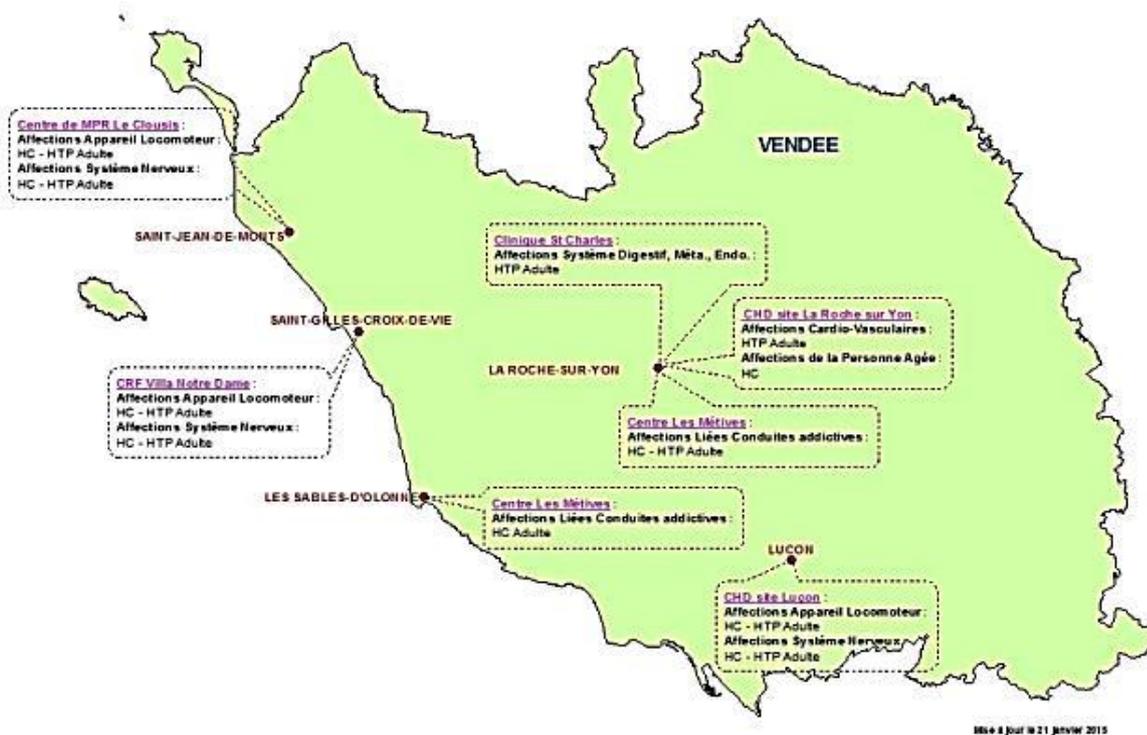
## Autorisations SSR Spécialisé Sarthe



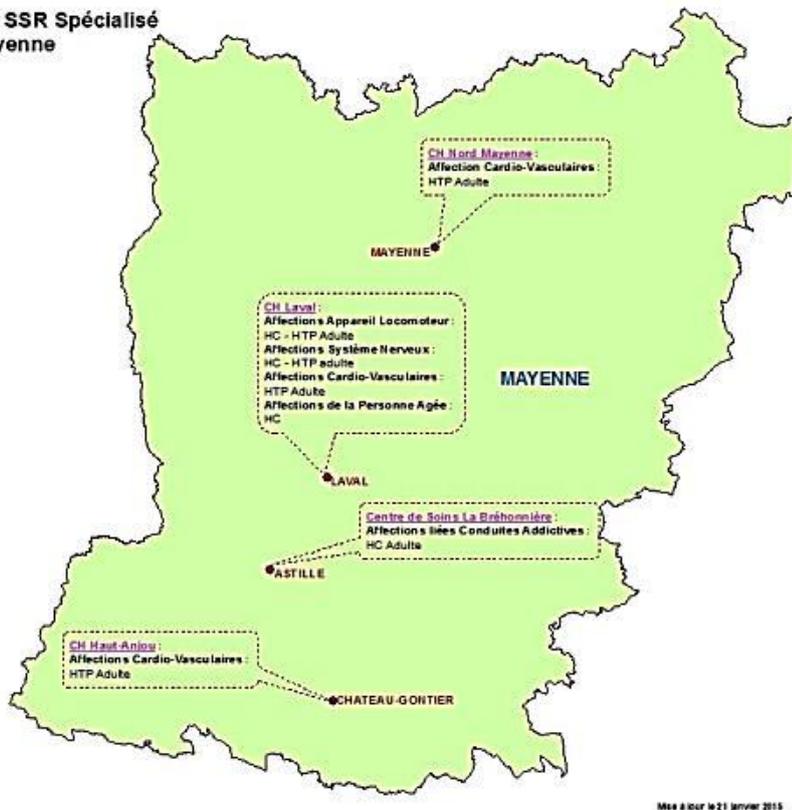
## Autorisations SSR Spécialisé Maine et Loire



### Autorisations SSR Spécialisé Vendée



### Autorisations SSR Spécialisé Mayenne



# Les livrets du PRS

