

1/ La réforme de 2008 et les décrets subséquents

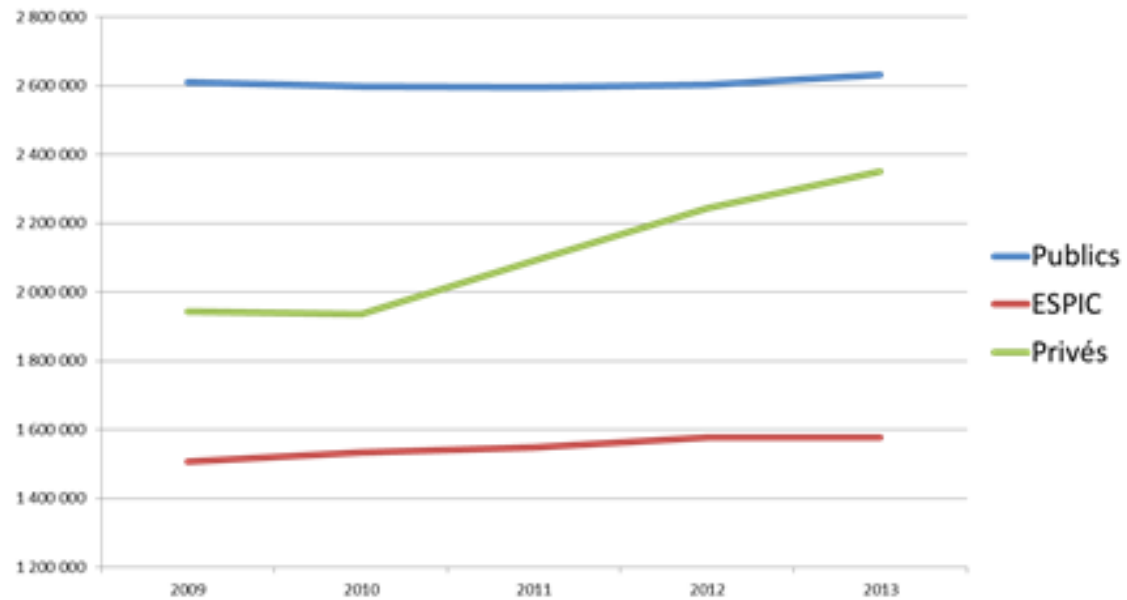
- **La fusion des soins de suite et de la rééducation fonctionnelle**
- **La création de catégories de SRR nécessitant des demandes d'autorisation [SSR de la personne âgée polypathologique, neurologique, gastro-enterologique, pneumologique et SRR à orientation (onco-gériatrique)] 7 spécialités au total.**

2/ Une offre sanitaire au carrefour du court –séjour, du retour à domicile et du médico-social dont l'enjeu est stratégique pour le parcours du patient et dans sa réadaptation sociale, professionnelle...

3/ Une offre de soins très concurrencée par le secteur privé du fait d'une tarification discriminante (DAF SSR/prix de journée) et d'un effort hôtelier important.

— Données et tendances des activités SSR dans la région 2009-2013

Nb journées SSR (HC + HJ) 2009-2013 par statuts



4/ Le projet régional de santé 2015 annonce des évolutions importantes :

- **Le virage ambulatoire par substitution à de l'hospitalisation complète (20% en moyenne, 40-50% pour le cardio-vasculaire;30-40% pour le locomoteur....); un taux de change de 0,6.**
- **Une réforme applicable dans le cadre de la mise en œuvre des autorisations.**
- **Ce point est controversé : le besoin en HJ est certain, la substitution peut devenir bloquante.**

5/ Une réforme de financement de la DAF-SRR dite financement à l'activité.

- **Une base sur les coûts moyens nationaux de l'ENC 2014 et 2015 imposant un codage extrêmement complet pour l'exercice en cours.**
- **L'introduction progressive sur plusieurs années du financement à l'activité.**
- **Une notion de coût structurel basée sur 16 plateaux techniques SSR. (balnéothérapie, assistance robotisée à la marche, explorations fonctionnelles respiratoires, cardiaques, urodynamiques...)**
- **Cette réforme sera très encadrée dans ses impacts budgétaires par rapport à l'existant.**

- **Les indicateurs de l'ARS IF :**

- **Indicateurs territoriaux et capacitaires**

- **TO et DMS**

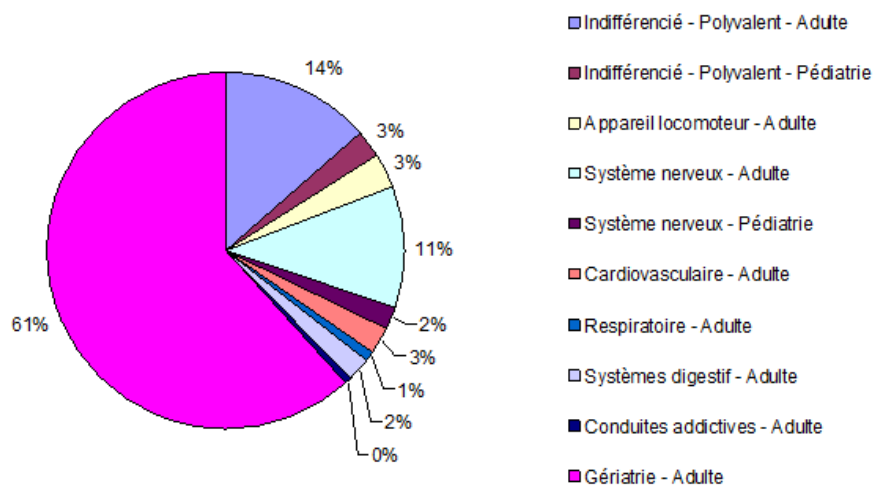
- **Moyenne régionale sur la dépendance physique et psychique**

Peuvent être plus précis et représentatifs de la lourdeur des prises en charge (notion de file active).

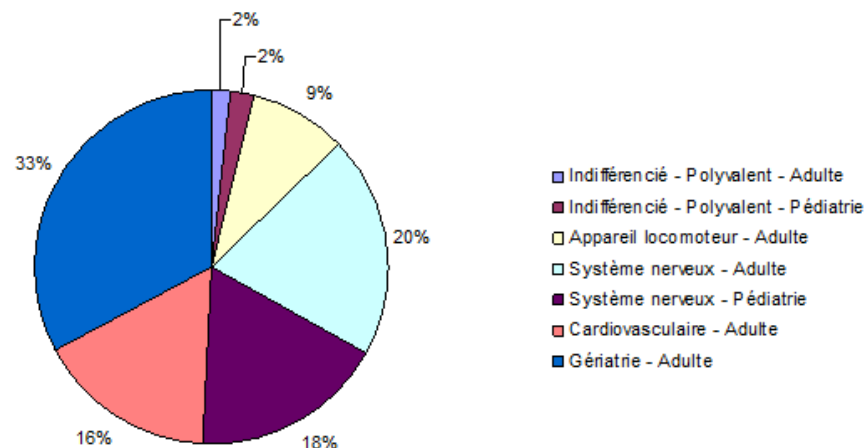
- **Le virage ambulatoire du SRR vient après le virage ambulatoire du MCO qui a eu pour conséquence de transférer des patients instables en SSR spécialisés en particulier.**

- **L'APHP dispose de 4338 lits et 363 places de SSR mais parfois inadéquats dans leurs spécialités ou leur emplacement territorial.(61% de SSR gériatrique et déséquilibre nord-sud)**

Répartition du nombre de journées d'hospitalisation complète par type d'autorisation (2014)



Répartition du nombre de venues en HDJ par type d'autorisation (2014)



- **Le CPOM ne s'appliquerait pas aux sites difficiles d'accès ou non franciliens (2/3 environ de l'offre APHP).**
- **La notion d'impasse institutionnelle est avancée pour :**
 - **Des personnes handicapées vieillissantes**
 - **Des patients « Bed blockers »**
 - **Des patients frappés de précarité et de comorbidités insuffisamment codés ou repérés aujourd'hui.**

gériatriques

**Si retour à domicile impossible après SSR
Gériatrique :**

Attente ++ pour obtenir un MJPM

**Attente ++ pour obtenir l'aide sociale
l'hébergement**

**Attente ++ pour obtenir une place en institution
sanitaire ou médico-sociale (SLD/EHPAD) dans
le département du domicile de secours
(acceptation « territoriale » des patients, futurs
résidents)**

autres

**Si retour à domicile impossible après SSR
(handicap) :**

Attente ++ pour obtenir un MJPM

**Attente ++ pour obtenir la notification MDPH de
la part de la CDAPH**

**Attente ++ pour obtenir une place en institution
médico-sociale type MAS, FAM**

^[1] MJPM : Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs

^[2] CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

A – La fermeture de lits sanitaires de SSR ne peut s’accompagner que

- d’une recherche d’alternatives en HAD-SSR
- d’une compensation en terme de lits médico-sociaux (EPHAD, FAM)
- d’un développement et/ou d’une transformation pour augmenter l’offre de soins en SSR spécialisé.
- Ainsi que la notion d’équipes mobiles permettant le retour à domicile.

B- La création d’unités de soins prolongés complexes (USPC) en aval du MCO et des SSR permettrait de trouver des solutions à des situations de patients qualifiées de « bed blockers ».

C- Au plan organisationnel il est préconisé :

- La mise en place de cellules de cas complexe (GH et centrale)
- La baisse des durées moyennes de séjour
- La fluidité des parcours intra-APHP par des bureaux centralisés d’admissions
- L’adhésion à des programmes PRADO en Orthopédie et neurologie avec la CPAM