

RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL SUPRA – GH « Service de Soins de Suite et de Réadaptation »

Le Service de Soins de Suite et de Réadaptation, est une structure qui, au-delà de ses objectifs médicaux sur l'amélioration de l'état sanitaire du patient a un sens en s'inscrivant dans une filière, un parcours lié à une pathologie. En effet, l'un des enjeux du SSR est de permettre la fluidification de la filière, la réduction des DMS en MCO et plus globalement l'efficacité des services MCO.

Aussi, l'APHP doit-elle poursuivre sa réflexion sur les parcours patient et la fluidification des filières pour permettre aux personnes hospitalisées d'être dans le bon lit, à la bonne place, au bon moment.

LES PRINCIPALES CONCLUSIONS DU RAPPORT

I. Répondre aux évolutions voulues. L'ARS dans le cadre du SROS SSR :

- Organiser le virage ambulatoire :
 - o définir spécialité par spécialité (neurologie, locomoteur, cardio-vasculaire, respiratoire, digestif, addictologie) et site par site, la filière de chacune en s'inspirant, par exemple, du modèle de la filière gériatrique (circulaire du 28 mars 2007)
 - o optimiser le type de prise en charge en HJ spécialité par spécialité :
 - à partir des HDJ déjà existants au sein de l'APHP, constituer des groupes de travail spécialité par spécialité
 - benchmarker les HDJ de France et d'ailleurs
- tendre vers la DMS régionale pour le SSR gériatrique en s'appuyant sur la « cellule des cas complexes » ou en créant une équipe mobile « Via Trajectoire »

II. Se préparer sans attendre aux évolutions structurelles :

- se mettre dans un schéma de T2A et définir l'impact pour les finances de l'APHP / simulation T2A vs DAF SSR
- **avoir une activité 2015 très soutenue** et bien codée car le démarrage de la T2A tiendra compte d'un socle historique basé sur **l'activité moyenne nationale de l'année N-1 voire N-1 et N-2** (il ne s'agit donc pas là des DAF historiques des établissements de santé) et les coûts moyens nationaux de l'ENC

III. Etre acteur de la politique de l'offre de santé (sanitaire et médico-sociale) en Ile de France

- estimer les besoins en structures d'aval médico-sociales (EHPAD, MAS, FAM et SDL) pour les SSR de l'APHP et négocier avec l'ARS pour que soient créées les structures adaptées aux usagers
- opérer une veille quant à l'ouverture des structures médico-sociales et établir des conventions de partenariat au bénéfice des patients APHP dans ces établissements
- conventionner avec des SSR hors APHP :
 - o recenser GH/GH la liste des SSR hors APHP concernés
 - o évaluer les conventions actuelles
- répondre largement à l'appel à projet à venir sur l'expérimentation des Unités de Soins Prolongés Complexes (USPC), solution d'aval pour certains de nos patients en SSR
- s'appuyer sur le logiciel « ViaTrajectoire » pour fluidifier les filières
- inciter la CPAM à créer un PRADO neurologique

SOMMAIRE

Le groupe de travail devait répondre à trois objectifs :

- * Préparer l'avenir du SSR à l'AP-HP
 - être force de proposition pour le prochain SROS SSR
 - évaluer les besoins en lits et place de SSR pour l'AP-HP
- * Améliorer la fluidité des parcours des usagers à l'AP-HP
 - travailler sur les filières de soin dans les différentes spécialités médicales
 - proposer des projets médicaux globaux
- * Satisfaire aux besoins des usagers
 - proposer des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle
 - développer des modèles de prise en charge d'HP en SSR

Ces objectifs ont été déclinés de manière opérationnelle pour tenir compte des contraintes temporelles. Ainsi, il s'est agit :

- A très court terme, de la négociation du CPOM en matière de SSR dont l'échéance est fixée à juin 2015
- A court terme, du passage en T2A SSR prévu pour mars 2016
- A moyen terme, des propositions de l'APHP en matière d'évolution d'offre de soins en vue des SROS SSR et médico-sociaux annoncés pour 2017.

I. Contexte et état des lieux du SSR

1.1. Le contexte du SSR

1.1.1. La réforme de 2008 et les décrets de 2008

a. la fusion des Soins de Suite et de la Rééducation Fonctionnelle = SSR

Depuis 2008, on ne distingue plus l'activité de soins de suite d'une part, de l'activité de rééducation et réadaptation fonctionnelles, d'autre part.

En effet, en 2008, 2 décrets et une circulaire¹ ont profondément restructuré l'activité en :

- fusionnant l'activité de soin de suite et de réadaptation fonctionnelle en une seule et même activité, le SSR et en réorganisant le SSR par organes.
- redéfinissant les missions du SSR qui sont de « prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, sociales des déficiences et des limitations de capacité et de promouvoir la réadaptation et la réinsertion du patient »,
- créant plusieurs catégories de SSR nécessitant des demandes d'autorisation qui ont été réalisées essentiellement en 2010.

L'APHP a saisi ce changement de réglementation et la refonte du SROS en octobre 2009 pour adapter son offre de soins dans ce domaine au regard des besoins franciliens et des services MCO de l'APHP.

Malgré tout, perdue au sein de l'APHP, l'utilisation par certains, de la terminologie utilisée avant 2008. Ainsi, on distingue souvent les « SSR MPR » et les « SSR non MPR » ou bien on parle de SSR spécialisés en opposition aux SSR des affections de « la personne âgée polyathologique » plus couramment, d'ailleurs, dénommés « SSR gériatriques » qui représentent une spécialité à part entière.

¹ Décrets 2008 n°376 et 377 du 17 avril 2008 relatifs aux conditions techniques de fonctionnement et aux conditions d'implantation applicables à l'activité de SSR et circulaire DHOS/O1/2008/305 du 8 octobre 2008 relative aux conditions d'application des décrets.

Le champ du SSR fait appel à la totalité des missions suivantes : soins, rééducation et ré-adaptation, prévention et éducation thérapeutique, accompagnement à la réinsertion. Ces différentes missions sont mises en œuvre à des degrés d'intensité variable et à des moments différents selon l'état du patient et l'orientation médicale de la structure.

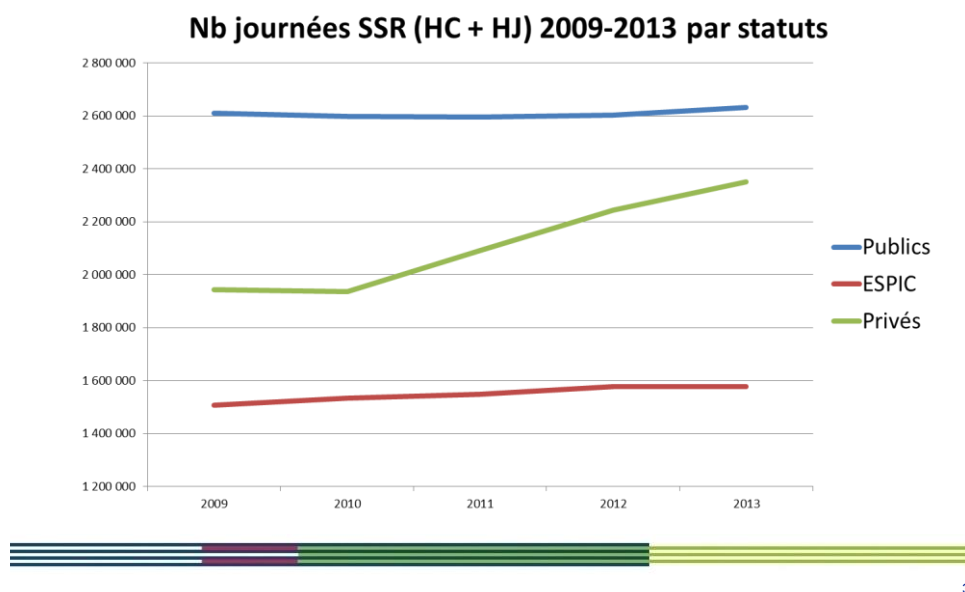
Ainsi, les missions du secteur SSR, de nature sanitaire, sont axées sur le retour du patient vers son lieu de vie. C'est pourquoi, le champ des SSR représente un secteur stratégique de l'offre de soins en raison de sa position, entre soins de courte durée et retour à domicile, unités de soins de longue durée (USLD) ou secteur médico-social. Les SSR doivent donc s'inscrire dans les parcours de soins.

b. Le Projet Régional de Santé (PRS) révisé en 2015 et le Projet Stratégique 2015-2019 de l'APHP

* le PRS

Etat des lieux en Ile de France :

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



Données ARSIF CSOS 9/4/15

Le graphique démontre une perte de part de marché des SSR publics en Hospitalisation Complète (HC) entre 2009 et 2013 de 5 points au profit du privé lucratif alors que l'Hospitalisation de Jour (HJ) est restée stable sur la même période. Ceci s'explique avant tout par les modalités de financement. En effet, le public est financé en DAF SSR (enveloppe fermée) et le privé est financé à la journée.

En matière d'HJ, l'ARS a fait un double constat :

- il y a eu très peu d'HJ développée sur la période 2009-2013, et
- le développement de l'HJ s'est réalisé sans substitution de l'HC

Enfin, la répartition des journées de SSR par type d'activité pour les SSR publics s'établit sur la période à 92% d'HC et de 8% d'HJ.

A l'APHP on observe un ratio de HJ/HC de 8,7% en 2014 pour les SSR adultes et de 16% si on considère les SSR adultes et enfants (sont exclus des calculs les sites de Hendaye et San Salvador).

Le SROS² révisé en 2015 (cf. annexe 0) présente de nouveaux objectifs et recommandations en matière de SSR.

Ainsi, « (...) **Les établissements**, ayant un recrutement de proximité, **titulaires d'une autorisation de SSR en HC** pour la prise en charge des affections :

- de l'appareil locomoteur,
- du système nerveux,
- cardio-vasculaires,
- respiratoires,
- des systèmes digestifs, métaboliques et endocrinien,
- liées aux conduites addictives,

doivent pouvoir offrir la prise en charge correspondante en HJ.

Le développement des activités de SSR en HJ est donc prioritaire sur des sites d'établissements déjà titulaires d'une autorisation en hospitalisation complète dans la mention concernée.

Etant donné le faible nombre d'HJ existants dans le cadre de la prise en charge spécialisée de la personne âgée polyathologique dépendante ou à risque de dépendance, une phase de montée en charge est prévue dans ce domaine.

Il est recommandé que le développement des alternatives se fasse **par substitution à de l'hospitalisation complète**. Ce point est contesté au sein de l'APHP du fait de l'absence de fluidité de certains parcours.

Les ouvertures de capacités en hospitalisation de jour sont réalisées, dans ce cadre, par diminution des capacités d'hospitalisation complète.

L'engagement des opérateurs de se conformer à cette recommandation, fera **l'objet d'un suivi dans le cadre de la mise en œuvre de l'autorisation**.

Il est recommandé que ces objectifs soient progressivement atteints tout au long de la période d'exécution du schéma et que les demandes soient priorisées en fonction de la **qualité de leur projet médical**. »

Des orientations sur le dimensionnement ont été précisées lors de la CSOS³ d'avril 2015 :

Des indications ont été apportées :

- 20 % du capacitaire HC devra être développé en HJ avec un focus sur :
- Le locomoteur : la part de l'HJ doit être de 30 à 40 % dès maintenant
- Le cardio vasculaire : la part de l'HJ doit être supérieure à 50% dès maintenant

Une taille critique minimale (médico-économique) a été définie :

- Le SSR HJ doit au minimum comporter 10 places et max 60 places
- On peut mutualiser / adosser les SSR HJ avec un HJ Médecine

L'unité de lieu a été présentée comme indispensable :

- Pas d'HJ dispersés par spécialité / étage
- Une bonne accessibilité véhicules (RdC)
- Une proximité du plateau technique

Le principe de substitution HC/HJ retenu est plutôt souple :

- Il n'y a pas de taux de change dans l'absolu (taux indicatif moyen de 0,6)
- La substitution ne se fait pas, nécessairement, par spécialité mais s'apprécie globalement sur le volume HC SSR du site, à l'échelle d'un territoire voir même à l'échelle de plusieurs territoires (utiles dans le cas des GH), voir, à titre tout à fait exceptionnel, il est possible d'ouvrir des places d'HJ SSR par fermeture de lits d'HC M(CO)

² SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

³ CSOS : Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins

- Peut être l'occasion d'une reconversion entre spécialités
- La substitution s'appréciera en fonction de certains indicateurs :

Indicateurs généraux

- Démographie du territoire
- Taux d'équipement du territoire en lits SSR
- Accessibilité géographique de l'établissement (transports)
- Capacitaire total de l'établissement

Indicateurs d'activité

- Taux d'occupation (TO) : redimensionnement du capacitaire HC à TO «moyen»
- DMS / DMS régionale : redimensionnement du capacitaire HC à DMS «moyenne».

Etude des différentes spécialités

Indicateurs de patientèle

- Dépendance physique lourde à l'entrée / Moyenne régionale
- Dépendance psychique lourde à l'entrée / Moyenne régionale
- Moyenne d'âge
- % de patients > 75 ans
- Origine géographique des patients (% de patients issu du territoire)

Il faut bien se rappeler que :

- Autorisation ne « vaut » pas attribution d'un financement DAF
- D'où une nécessaire substitution ; l'ARS indique qu'une place HJ équivaut à peu près à 0,6 lit HC (ce qui correspond à 365 jours en HC versus 220 jours en HJ)

Cette présentation du SROS révisé amène des remarques du groupe « SSR conférence des conférences » :

- Le groupe fait observer que le « nouveau » virage ambulatoire est exigé après que la demande ait été faite aux sites SSR de fermer des places d'HJ lors du précédent plan stratégique.
- les cibles de développement de l'ambulatoire dans le SSR ne relèvent pas d'une analyse des besoins de la population d'Ile de France en matière de santé.
- il est important de rappeler qu'en neurologie, le virage ambulatoire a été très conséquent en MCO et aujourd'hui les capacités en places sont trop importantes et les capacités en lits ne sont pas suffisantes
- en pneumologie, l'ouverture de la totalité des lits « autorisés » (80) n'est toujours pas réalisée (28 lits actuellement, 42 en 2016) alors même que la prévalence des maladies respiratoires étant élevée, l'évaluation des besoins lors du précédent SROS, estimés à 100 lits de SSR, est probablement désormais une sous-estimation.

* Le Projet Stratégique 2015-2019 de l'APHP et le CPOM 2014-2018

Le Projet Stratégique 2015-2019 de l'APHP

Le projet stratégique 2015-2019 prévoit la réorganisation des structures de soins de suite et de réadaptation (SSR) pour s'adapter aux nouveaux besoins.

La réduction des capacités d'hospitalisation complète en MCO nécessite une simplification d'accès aux structures d'aval, en redimensionnant ses capacités et en redéfinissant les parcours. Quatre mille lits de SSR sont aujourd'hui disponibles à l'AP-HP, mais pas nécessairement dans les disciplines et les territoires adéquats. Pour les réorganiser, plusieurs leviers pourront être activés : adapter les capacités de SSR aux besoins de SSR

spécialisés pour les patients MCO non gériatriques, notamment en neurologie pour les patients lourdement handicapés (sclérose en plaque, AVC, blessés médullaires), en pneumologie, cardiologie, orthopédie, obésité, etc. ; spécialiser en partie les SSR gériatriques (en orthopédie ou en oncologie par exemple).

Concernant l'organisation, l'utilisation du logiciel *Trajectoire*, portail inter-régional d'orientation des patients en SSR sera systématisée afin d'améliorer le circuit des admissions vers ces unités.

Parallèlement, l'AP-HP s'engage à promouvoir, auprès des tutelles, la création et le financement de structures type soins de longue durée (SLD) non gériatriques, permettant de développer l'aval de l'aval pour diminuer la durée de séjour en SSR et améliorer la prise en charge au long cours des patients le nécessitant.

La déclinaison opérationnelle du PS 15-19 (« extrait sec », document DPT) précise :

- Adapter l'offre SSR :

- * créer des SSR spécialisés autres que gériatrique : possible dans le cadre du SROS actuel pour les hôpitaux implantés dans les départements où la révision du SROS SSR le prévoit (cf. supra),
- * diminuer les capacités des lits de SSR gériatrique pour augmenter les capacités en lits d'autres spécialités SSR présentes sur certains sites des GH
- * spécialiser une partie des lits de SSR gériatriques en orthogériatrie, en oncogériatrie...

- Développer les hôpitaux de jour en SSR

- Equilibrer la disponibilité des lits de SSR entre le Nord et le Sud de la région

Sur ce dernier point, il a été évoqué, dans le groupe, la possibilité d'un rééquilibrage qui se fasse naturellement par le tracé du Grand Paris.

Le contenu du CPOM n°750712184AA prenant effet le 28/12/2013 a fait l'objet d'une révision en fin d'année 2014 (avenant n°1) par l'ajout d'un engagement de l'AP-HP sur le virage ambulatoire en SSR.

L'avenant n°2 au CPOM vient préciser l'avenant n°1 :

a. développement de l'HJ par reconversion des lits d'HC

Grands principes :

- progressivité du développement de l'HJ en SSR Gériatrique, compte tenu de l'avis de la CRSA⁴ (cf. annexe 1) sur le virage ambulatoire lors du SROS révisé, soit au maximum un site sur 2 concernés
- exclusion de tous les sites non franciliens (Paul Doumer, Berck, San Salvador, Hendaye) et ceux dont l'accessibilité est difficile (Adélaïde Hautval, Emile Roux, Joffre-Dupuytren, Georges Clémenceau, La Roche Guyon)

Des cibles CPOM seront contractualisées par spécialité et une feuille de route spécifique par GH sera déclinée de cet avenant au CPOM.

En conséquence, tout un travail de détermination du profil des patients en SSR HJ et SSR HC est à entreprendre car il faudra être beaucoup plus restrictif sur les lits d'HC. Les DMS auront tendance à s'allonger mécaniquement car seuls les cas les plus lourds continueront à être pris en charge en HC.

Cependant, le groupe insiste fortement sur la difficulté évidente de cette bascule ambulatoire, compte tenu de la précarité et de la dépendance (physique et cognitive) des patients accueillis dans les SSR de l'APHP. Aussi, l'HJ doit être une offre de soins complémentaire aux lits déjà ouverts (en quantité déjà insuffisante dans certaines spécialités notamment en SSR affections respiratoires et système nerveux).

Enfin, un risque a été repéré par le groupe : en HP, les co-morbidités associées ne sont pas toujours codées ; le degré de sévérité est alors de « 0 ». Ce risque est à signaler pour

⁴ CRSA : Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie

permettre à l'APHP de conserver des financements liés à la précarité de ses patients (MIGAC précarité).

b. des DMS APHP qui doivent rejoindre les DMS régionales d'ici 2019

L'étude du tableau sur les IP DMS en annexe 2 montre des IP DMS non satisfaisantes notamment en SSR gériatrique et SSR neurologique.

Pour le SSR gériatrique, on observe parallèlement des TOB très importants démontrant une demande importante sur ce type de lits. Cet état de fait non satisfaisant s'explique par les difficultés croissantes que rencontrent les services sociaux pour obtenir les différents documents juridiques et sociaux (tutelle, aide sociale) nécessaires au placement des usagers dans une structure médico-sociale (SLD, EHPAD).

Pour le SSR neurologique, on observe, majoritairement, à la fois un IP DMS élevé et un TOB faible. Cela s'explique par des fermetures ponctuelles de lits de SSR neurologiques en particulier.

Le groupe nuance les indicateurs utilisés par l'ARS comme indicateurs de « performance ». En effet,

- Les indicateurs classiques, notamment la DMS et le TOC, ne reflète pas le service rendu aux patients et à la société, en particulier en SSR. Une DMS courte et un TOC proche de 100% ne permettent pas de conclure à une bonne prise en charge. Ce ne sont pas des critères qui objectivent un service rendu à un maximum d'usagers. Cela permet seulement de conclure qu'on sélectionne bien les patients et/ou qu'on gère de façon efficace les entrées / sorties (caractéristique principale des établissements à but lucratif).
- La DMS et le TOC ne sont pas des indicateurs adaptés à l'analyse de la performance de l'offre de soin SSR d'un CHU car les SSR de l'APHP se situent en miroir inversé des SSR privés de la région parisienne (données ViaTrajectoire)
- les outils d'évaluation tels que la DMS et le TOC provoquent des effets pervers. En effet, la DMS et le TOC constituent des indicateurs facilement contournables (le fractionnement des séjours permet, par exemple, de faire diminuer la DMS artificiellement) et sont sans pertinence médicale. Leurs effets pervers risquent d'être accentués dans une logique de T2A.
- le groupe reconnaît la logique territoriale souhaitée par l'ARS mais dans sa réflexion, cette dernière doit prendre en compte les patients qui se dirigent, dans un 1^{er} temps, vers les cliniques privées mais qu'on voit revenir dans le SSR public une fois leur durée de séjour « dépassée ». L'indicateur « ré-hospitalisation à 30 jours » en MCO et en SSR apparaît pertinent pour objectiver ce point.
- raisonner par le TOC favorise de « conserver » un patient donné le plus longtemps possible car chaque changement de patient dans un lit donné est une source potentielle de lit non occupé, par exemple en raison d'une annulation d'admission en dernière minute ce qui arrive régulièrement. Aussi, il devrait y avoir une corrélation entre le TOC et la demande SSR.
- la notion de moyenne régionale pour les taux d'HJ ne s'appuie pas sur une logique de besoins de prise en charge.
- La définition de territoires de santé entraîne des logiques différentes en fonction des départements, ce qui signifie qu'il ne faut pas forcément fermer des capacités au sud pour en créer au nord mais d'ouvrir également des capacités au nord. Néanmoins, le CPOM SSR applicable à l'APHP, écartant les établissements gériatriques peu accessibles de la petite et grande couronne, rend cette disparité Nord/Sud beaucoup moins marquée.

Aussi, le groupe a souhaité faire la proposition d'un indicateur plus pertinent et qui objective davantage l'activité. Il s'agit de la notion de « file active » (nombre de nouveaux patients traités par an). Il paraît, en effet, plus pertinent de chiffrer le nombre d'individus soignés

pendant une période donnée, à lourdeur de pathologie, dépendance et problèmes sociaux comparables.

Compte tenu de l'insuffisance et l'inadéquation des indicateurs de suivi, le groupe propose que de nouveaux indicateurs de suivi puissent être développés par l'ARS en lien avec les sociétés savantes ou collégiales ainsi que les fédérations régionales (FHF, FEHAP, FHP).

Ceci amène à conclure à une offre de soins mal connue des tutelles, dont l'évaluation medico-administrative est inadaptée.

Ceci amène à mettre en évidence des « dérives » de gestion des capacités en lits liées à une impasse institutionnelle :

- les personnes handicapées vieillissantes
- les patients « bed blockers »
- la précarité et les comorbidités difficilement objectivables

1.2. Etat des lieux du SSR à l'APHP

1.2.1. Les chiffres clés et la cartographie

a. chiffres clés

Il est important de rappeler que les sites (et non les GH) sont autorisés pour une activité de SSR sur un territoire de santé donné et non pour des capacités.

Le budget du SSR s'établit à hauteur de 472 millions d'euros de DAF en 2014.

L'offre SSR de l'APHP se répartit sur **27 sites** (cf. annexe 2 bis) :

- dont 2 sites non autorisés (Hendaye et San Salvador), en cours d'autorisation
- dont 4 sites non franciliens (Paul Doumer, Berck, Hendaye et San Salvador).

Au 1^{er} juin 2015, l'APHP dispose de **4 338 lits et 363 places installés** dont :

- 3 424 lits et 320 places installés en Ile de France.
- 2 573 lits de SSR gériatrique soit 59,3% des capacités installées
- 147 places de SSR gériatrique soit 40,5% des capacités

Le nombre de journées réalisées en SSR en 2014 s'établit à 1 423 941 dont 877 668 en SSR gériatrique soit 61,6%.

On dénombre 115 379 venues en 2014 dont 37 893 en SSR gériatrique soit 32,8%.

Sur les 9 spécialités du décret, l'APHP en développe **7** (toutes sauf onco-hémato et brûlés) :

- affection de la personne âgée polyopathologique dit « SSR gériatrique »,
- affection du système nerveux,
- affection de l'appareil locomoteur,
- affection cardio-vasculaire,
- affection respiratoire,
- affection du système digestif, métabolique, endocrinien,
- affection conduite additive,

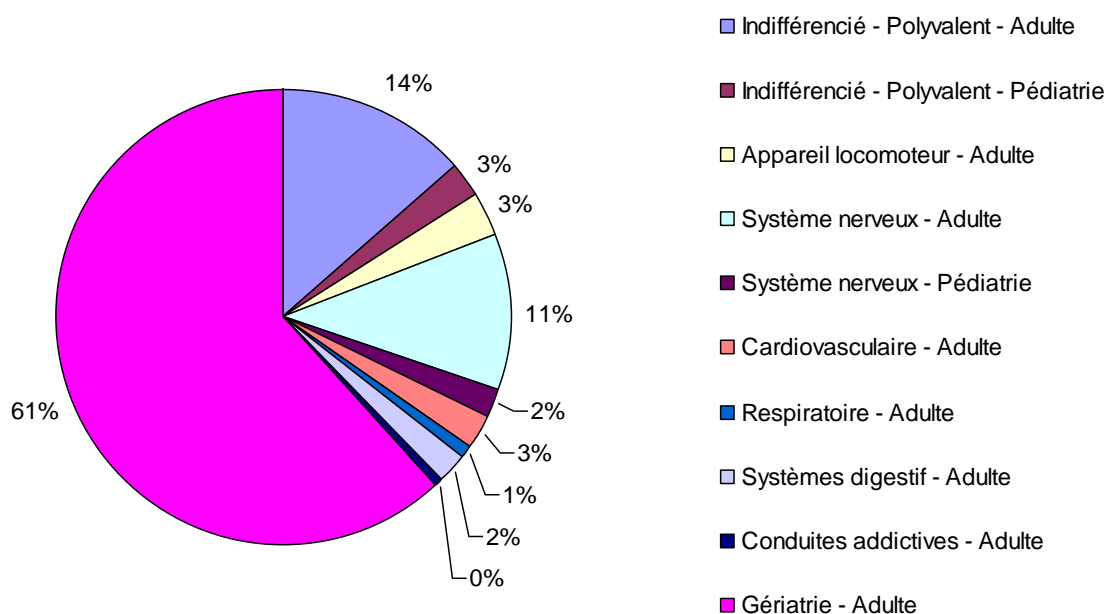
Ces spécialités peuvent s'entendre aussi bien pour les adultes que pour les enfants.

Quand ils ne sont pas spécialisés, le SSR sont dénommés « polyvalent » ou « indifférencié ».

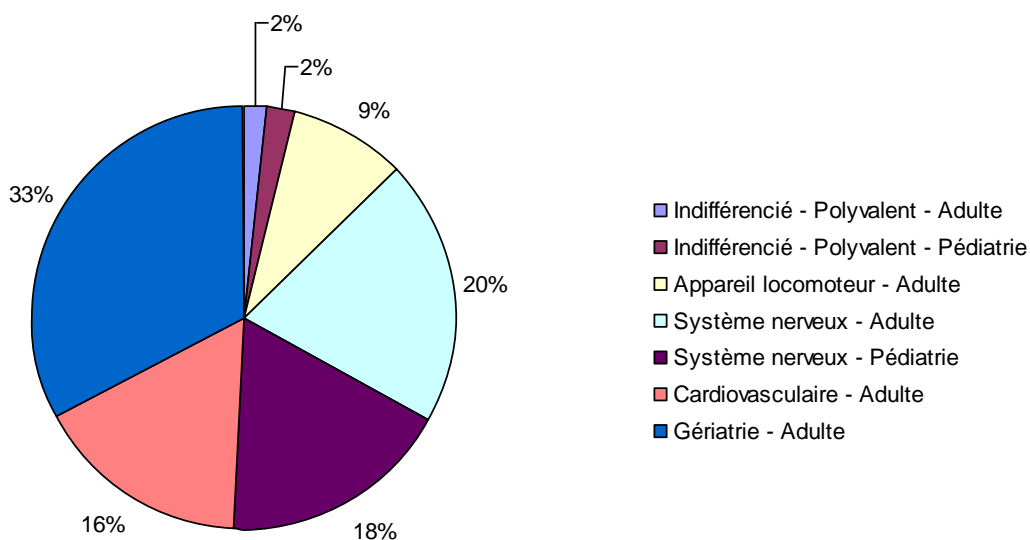
Les schémas suivants présentent la part des SSR par spécialité.

Ainsi, les SSR de l'APHP sont avant tout gériatriques.

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)



Les SSR de l'APHP bénéficient de reconnaissances essentiellement en cancérologie et soins palliatifs, mais aussi en Unité Cognivo-Comportementale, EVC/EPR, viroses chroniques.

L'offre SSR de l'APHP est principalement destinée aux adultes (97% des lits et 16% des places) mais certains sites proposent des lits et/ou des places de SSR neuro-pédiatriques (Raymond Poincaré, Bicêtre et La Roche Guyon)⁵.

L'offre SSR de San Salvador, Hendaye, Bercq et La Roche Guyon est spécifique compte tenu du profil des patients accueillis.

Ainsi, ces sites présentes des DMS extrêmes pouvant aller jusqu'à 729 jours.

Exception faite de ces sites qui accompagnent des enfants et des adultes polyhandicapés, les DMS des SSR de l'APHP sont plutôt bonnes et globalement en dessous de la moyenne régionale (cf. annexe 3). Un bémol est à apporter cependant pour les SSR gériatriques qui ne sont toujours pas parvenus à atteindre la DMS cible régionale malgré le groupe prioritaire « fluidification de la filière gériatrique » développé lors du dernier plan stratégique.

Le tableau suivant permet de constater une forte disproportion entre l'HC et l'HJ pour certaine spécialités :

Autorisation SSR	Part de l'HDJ en 2013 *
Appareil locomoteur - Adulte	17,8%
Cardiovasculaire - Adulte	32,9%
Conduites addictives - Adulte	0,0%
Gériatrie - Adulte	2,9%
Indifférencié - Polyvalent - Adulte	5,9%
Respiratoire - Adulte	0,0%
Système nerveux - Adulte	18,5%
Système nerveux - Pédiatrie	92,0%
Systèmes digestif - Adulte	0,0%
Total	10,7%

* en nombre de journées (nb de venues/(nb de venues + nb de journées)) et exclusion de ce calcul de tous les sites non franciliens (Paul Doumer, Berck, San Salvador, Hendaye) et ceux dont l'accessibilité est considérée comme difficile par l'ARS (Adélaïde Hautval, Emile Roux, Joffre-Dupuytren, Georges Clémenceau, pour les SSR Gériatriques , et La Roche Guyon, pour le SSR pédiatrique)

La cartographie des SSR APHP présente une inégalité géographique Nord/Sud dans la répartition des SSR. Ainsi, on constate une activité plus importante dans le nord des Hauts de Seine, dans tout le 94 et dans le nord du 91 (cf. annexe 4)

Parallèlement aux prises en charge traditionnelles en SSR (HC et HJ) se développe des expérimentations d'Equipes Mobiles SSR (AVC/MPR) qui ont pour objectif de permettre un retour plus rapide et dans de meilleures conditions des patients à domicile. Ainsi, on constate une certaine évolution des prises en charge et du positionnement de l'hôpital avec des équipes SSR dans l'hôpital et des équipes SSR hors les murs.

Cependant, le parcours des patients atteints de certaines pathologies devient compliqué en raison de la multitude des acteurs en présence. Il est alors important que l'hôpital cartographie l'ensemble des acteurs (sanitaires, médico-sociaux et sociaux) de chacune des filières pour éviter les doublons et proposer la meilleure prise en charge pour le patient et adaptée à sa situation.

Aussi, il est important de se poser la question : qui fait quoi ? Quelles sont nos missions ? Pour quels patients ?

b. La sur-spécialisation des SSR compte tenu du statut de CHU de l'AP-HP

⁵ En SSR pédiatrique, San Salvador accompagne des enfants obèses et des enfants polyhandicapés

Les SSR de l'APHP ont 2 missions :

- assurer l'aval du MCO comme tout SSR d'un hôpital classique
- assurer l'expertise de la prise en charge de certaines spécialités, en sa qualité de CHU

Ainsi, il existe au sein de l'APHP des SSR gériatriques – gérontopsychiatrique, oncologique, orthogériatrie... Un travail de cartographie de ces « sur-spécialités » est en cours.

Enfin, on constate, par l'étude de la SAE⁶, la présence de nombreux plateaux techniques. Cependant, la liste de la SAE ou bien celle de l'ATIH, qui recense 16 plateaux techniques rares, coûteux et / ou innovants (cf. annexe 4 bis), n'est pas exhaustive de ce qui existe à l'APHP. Aussi, compte tenu de l'évolution des financements des SSR prévue pour 2016 et l'instauration d'un compartiment « plateaux techniques rares, coûteux et/ou innovants », il est important de réaliser un recensement exhaustif. Lors d'une des séances du groupe de travail des plateaux techniques ne figurant dans aucune des 2 listes supra ont été identifiés : la robotique pour la compensation du handicap, la rééducation par assistance respiratoire, absorptiomètre biphotonique, le plateau de rééducation cardiaque à l'effort.

Dans le cadre du dernier plan Alzheimer (2008-2012), l'APHP a développé des structures spécifiques en SSR : les UCC dans les SSR gériatriques. La dernière unité a ouverte en janvier 2015 sur le site d'Adélaïde Hautval.

Établissement	Nombre de séjours	Nombre de lits	DMS
BRC	231	13	45,6
BRT	70	15	74,1
CCL	71	12	48,6
ERX (ouverture en juin 2014)	30	16	63,3
RTH	83	14	50,0
SPR (ouverture en juin 2014)	16	10	58,2
Total général	501		52,2

Calcul réalisé sur les séjours terminés en 2014

1.2.2. La typologie des patients ne permet pas la fluidité des filières

a. Des patients lourds médicalement et socialement

Les patients présents dans les lits de SSR à l'APHP présentent, pour la plupart, des pathologies médicales et des situations sociales complexes. Ce constat ne se retrouve pas forcément dans le codage PMSI ou le logiciel ViaTrajectoire. Or, si l'APHP veut défendre sa spécificité, il est important que ces indicateurs de précarité et de lourdeur médicale soient parfaitement bien renseignés pour être objectivés.

Cependant, il apparaît assez clairement, qu'en raison de son statut de CHU, les patients des SSR de l'APHP en provenance du MCO de l'APHP présentent davantage de polyopathologies et une précarité plus élevée que dans d'autres SSR. Cela constitue une certaine spécificité de l'APHP : les cas les plus lourds/graves se trouvent en MCO il est donc logique qu'on retrouve les cas les plus graves en SSR (filière) d'où une stratégie davantage orientée vers l'HC que vers l'HJ.

En outre, les SSR de l'APHP prennent en charge des patients lourds et plus aigus sans renvoi en MCO une fois atteinte la durée de la DMS régionale ce qui à la fois nécessite des

⁶ SAE : Statistiques Annuelles d'Établissement

moyens plus importants et augmente les durées de séjour, notamment en gériatrie. Par contre, l'impact est positif pour le patient, d'une part, car cette organisation des soins évite les allers retours entre le SSR et des services d'urgences et pour la collectivité, d'autre part, compte tenu d'un coût moindre de la prise en charge SSR versus la prise en charge en MCO.

Enfin, le fait d'être tête de pont de 15 filières gériatriques sur la région Ile de France entraîne mécaniquement un nombre de lits SSR gériatriques conséquents.

A l'inverse, le SSR polyvalent est très peu développé et quand il l'est (Bicêtre), il dispose d'une reconnaissance (virose dans le cas de Bicêtre) qui, finalement, le spécialise.

En raison du financement T2A en MCO d'une part, (et sa conséquence : la recherche de la plus faible DMS) et des longueurs administratives constatées pour intégrer un établissement médico-social (EHPAD/MAS/FAM) ou un établissement sanitaire financé comme du médico-social (SLD) d'autre part, le SSR se trouve être « utilisé » comme para-court séjour mais également para-SLD ou para médico-social ; cela est encore possible compte tenu de son mode de financement (DAF SSR) mais cela ne pourrait perdurer dès lors que ce modèle sera supplanté par un financement à l'activité type T2A.

En effet, on peut expliquer la durée prolongée de certains patients en structure SSR (« DMS extrêmes ») par des facteurs bien repérés et pour lesquels l'APHP doit trouver des solutions avant la mise en place de la T2A SSR :

- temps d'attente des différents documents administratifs permettant le transfert dans des lits d'aval
- le refus de l'entourage ou du patient

et pour les patients âgés admis en SSR gériatrique de supporter le coût du SLD :

- absence d'entourage
- précarité des patients (ressources financières insuffisantes) couplée à une impossibilité de retour à domicile

Le tableau ci-dessous résume les obstacles juridiques rencontrés par les différents types de SSR :

Si retour à domicile impossible après SSR Gériatrique :	Si retour à domicile impossible après SSR (handicap) :
Attente ++ pour obtenir un MJPM ⁷	Attente ++ pour obtenir un MJPM
Attente ++ pour obtenir l'aide sociale l'hébergement	Attente ++ pour obtenir la notification MDPH de la part de la CDAPH ⁸
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)	Attente ++ pour obtenir une place en institution médico-sociale type MAS, FAM

Cette lourdeur administrative provoque un engorgement en SSR et l'augmentation de la DMS en conséquence

b. Les « bed blockers » de l'APHP

Un groupe projet stratégique « diminution de la DMS en SSR gériatrique » a été mis en place entre 2010 et 2013.

Il a conduit à une diminution de la DMS avec une légère remontée en 2014 compte tenu du nouveau modèle de répartition de la DAF en SSR dans lequel la réduction de la DMS n'était pas pris en compte dans l'attribution du montant au GH.

⁷ MJPM : Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs

⁸ CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

2010	2011	2012	2013	2014
55,2	55,2	52,8	50,6	51,2

Le travail de la DPT sur la fluidification de la filière (plaquette SSR, documents administratifs travaillés en lien avec la DAJ) reste à poursuivre notamment concernant la procédure de sortie, celle-ci devant être travaillée très en amont à savoir seulement quelques jours après l'admission du patient en SSR. Pour cela, il sera possible de s'appuyer, pour la filière gériatrique, sur l'expérimentation PAERPA portée par le GH Saint-Louis/Lariboisière/Fernand Widal qui traite de ce sujet.

Il est important de signaler également qu'en l'absence d'un dimensionnement adéquat des différents lits nécessaires à une filière, les GH peuvent se trouver en difficulté et présenter des DMS en MCO supérieures à la moyenne régionale.

L'exemple du SSR gériatrique du GH HUEP (cf. annexe 5) est éloquent sur les conséquences sur la DMS des lits MCO de l'absence, en nombre suffisant, de lits de SSR.

Pour essayer de solutionner le problème des impasses hospitalières, l'APHP dispose de la cellule APHP « cas critiques », en central.

Son rôle pourrait être enrichi et il lui serait demandé :

- de recenser chaque année le nombre de bed blockers en MCO (>30 jours) et en SSR (> 60 jours) à l'APHP
- de travailler plus spécifiquement avec la cellule des cas complexes de l'ARS (mise en place depuis la circulaire du 22 novembre 2013), les associations tutélaires, les tribunaux, les MDPH et les services départementaux d'Aide Sociale pour fluidifier la filière

Le groupe propose que soient créées des cellules de cas critiques sur chaque GH à l'instar des commissions « séjours extrêmes » ou « DMS longue » qui existent déjà sur la plupart des GH.

Plus globalement et au-delà de la typologie des patients, on constate en Ile de France une insuffisance d'aval de l'aval. Plus largement, le défaut de fluidité impacte toute la chaîne de prise en charge depuis le SAU jusqu'aux établissements d'hébergement.

Un dernier point est à soulever de manière à trouver une solution à ce qu'on observe sur certains sites : le SSR pour « convenance personnelle », qu'on qualifie également de séjour de répit principalement en SSR gériatrique. Or, le SSR n'a pas à jouer ce rôle. On ne peut que faire observer que le financement du SSR est assuré par l'Assurance Maladie alors que le séjour de répit en EHPAD est à la charge de l'usager.

c. Les enseignements de l'outil Trajectoire

Limites à l'utilisation

Le logiciel « ViaTrajectoire » n'est pas utilisé exhaustivement à l'APHP car il n'est pas interfacé avec Gilda. Ainsi, souvent, le logiciel n'est pas utilisé dans le cas des filières internes (gériatrie et pneumologie de Pitié, par exemple) mais son utilisation est généralisée en inter-site. La double saisie est un des freins à son déploiement à 100%.

Il apparaît également que le remplissage, par les médecins, de l'outil ViaTrajectoire doit être systématiquement « seniorisé » (ce qui n'est pas toujours le cas) pour optimiser les chances de sorties rapides des patients admis en SSR. La partie sociale de l'outil doit également être renseignée précisément par les ASS pour objectiver la précarité des patients accueillis à l'APHP.

Enseignements

A partir de la requête « flux sortant APHP MCO pour admission en SSR APHP », on constate qu'il n'y a pas de besoin de création de lits en SSR locomoteur et SSR cardio-

vasculaire ; à l'inverse des besoins semblent exister en SSR neurologie à la Pitié et dans une moindre mesure à Bicêtre. Aussi, le développement de l'HJ en SSR neurologique permettra de répondre à un vrai besoin non entièrement satisfait aujourd'hui et pour lequel l'APHP bénéficie d'une réelle expertise (troubles neurologique, sclérose en plaque, neuro-oncologie, neuro-néphrologie).

Des pistes de réflexions doivent être envisagées concernant l'utilisation de l'outil ViaTrajectoire pour les flux entrants :

* organiser la réception des demandes d'entrée en SSR via trajectoire sur le modèle développé par les SSR privés lucratifs permettant ainsi une sélection plus maîtrisée de nos patients ?

* éviter l'envoi systématique par les urgentistes des patients les plus lourds vers l'APHP ou demander une MIG spécifique ?

Pour améliorer la fluidité des flux sortants :

- la sortie de SSR doit être organisée dans les meilleurs délais et l'équipe SSR identifie au plus tard au 7^{ème} jour d'hospitalisation les patients pour lesquels le retour à domicile nécessitera une adaptation des aides (humaines, matérielles et financières) et des prises en charge, y compris en HAD et ceux pour lesquels sera indiqué un changement de lieu de vie à la sortie du SSR (issue de la convention PAERPA signée entre l'APHP/GH Saint Louis et l'ARSIF)

- pour les patients identifiés très rapidement comme de potentiels « bed blockers », activer la cellule des « cas complexes » de l'APHP qui elle-même en fonction des éléments pourra saisir la cellule des cas complexes médico-sociaux de l'ARS, pour information.

- faire largement appel aux équipes mobiles SSR (AVC et MPR) qui ont pour objectif d'aider au retour à domicile (ARS/APHP)

II. Une évolution des financements et des prises en charge

2.1. De la DAF SSR à la T2A SSR

2.1.1. Une nouvelle répartition de la DAF SSR à l'APHP depuis 2014

a. Une érosion des DAF historiques

Dans une période budgétaire contrainte, les enveloppes nationales dédiées aux établissements publics ne suivent pas l'évolution des charges. Pour les établissements publics réalisant une activité de SSR, non seulement ces enveloppes n'augmentent pas à concurrence des charges, mais tendent à se réduire.

Ainsi, le financement de l'ensemble des SSR publics est en repli de 0,6% en 2015, et l'exercice 2016 devrait connaître des évolutions du même ordre.

Cette baisse se fait sentir également pour l'ARSIF et les moyens consacrés à l'APHP.

Ainsi, en Ile de France, la baisse en 2015 sera de -0,5% ce qui représente 2,5M€ pour l'APHP.

b. Les limites de la logique DAF SSR

Dans le cadre de la préparation de la réforme du financement, le PMSI SSR a évolué en 2013 avec la disparition de l'Indice de Valorisation de l'Activité (IVA) et son corolaire : passage de la classification en 70 Groupes de Morbidité Dominante (GMD) à la classification en 784 Groupes Médico-Economiques (GME). Alors que le GMD permettait de produire un score continu de la lourdeur, le GME propose des paliers.

Depuis la mise en place des GME, la DAF nationale n'est plus ajustée car il n'y a plus de points IVA pour permettre cet ajustement. L'ATIH est en charge de trouver une solution à cette problématique et de trouver un nouvel indice.

Le système de répartition du financement des activités de SSR au sein de l'Assistance Publique a également été modifié en 2014, pour prendre en compte les évolutions des capacités d'hospitalisation entre les sites des Groupes Hospitaliers.

Cependant, ce nouveau mode de répartition, basé sur le nombre de journées d'hospitalisation, n'incite pas à optimiser la DMS, et entre en contradiction avec la logique de la tarification à l'activité.

2.1.2. Une évolution du modèle de financement vers une tarification à l'activité type « T2A SSR »

a. La réforme du modèle de financement en cours

Le modèle de financement des SSR va connaître une transformation radicale et reposera en grande partie sur l'activité des établissements, avec un démarrage progressif de 2017 à 2020 avec une accélération plus rapide que l'on a connu en MCO. Le modèle cible sera appliqué en 2020. Le démarrage initialement prévu en 2016 est ainsi reporté en raison de l'absence d'arbitrage du cabinet de la Ministre sur le dossier SSR.

Sont prévus 4 compartiments :

- 3 compartiments représenteront 20% du financement :

- molécules onéreuses (avec un démarrage peut être dès 2016) : une liste spécifique au SSR sera mise en place (elle sera moins étendue que celle actuellement en test ; elle comprendra la toxine botulique et le baclofène entre autres...)

- plateaux techniques rares, coûteux et innovants : 16 plateaux prévus à ce jour

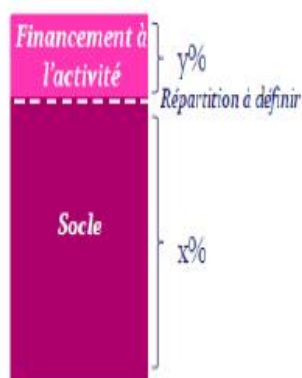
- MIGAC/MERRI : Équipe mobile, Education Thérapeutique, scolarisation, accueil des parents, centre de référence...

- Le compartiment « soins » représentera environ 80% du financement :

• un tarif par GME, pour l'hospitalisation complète et partielle

• un démarrage tenant compte d'un socle (sorte de DAF ou avance de trésorerie) basé sur l'activité N-1 voir N-1 et N-2 et les coûts moyens nationaux de l'ENC⁹ et non pas sur ceux de chaque établissement. **En conséquence, il est très important pour l'APHP d'avoir une activité 2015 très soutenue.**

Aujourd'hui la répartition « socle/financement à l'activité » n'est pas connue, pas plus que la vitesse d'évolution de celle-ci.



Calcul sur la base de l'activité GME : valorisation du case-mix

✓ Calcul sur la base de l'activité l'historique constatée

✓ Coûts constatés

✓ Le socle couvre l'ensemble des lignes de charges

⁹ Aucun site de l'APHP ne participe à l'ENC SSR qui aidera à définir les tarifs des GME dans le futur modèle T2A.

A la différence de ce que les établissements MCO ont connu lors du passage du budget global à la tarification à l'activité, il n'y aura pas « abondance de financement » pour gérer la transition mais une redistribution dans une période d'enveloppes en attrition.

Dans ce contexte, les recommandations sont claires :

- Améliorer l'ensemble du codage des actes notamment de la dépendance physique et cognitive
- Procéder au recueil de la précarité (nouveaux codes CIM-10)
- Développer l'activité en journées (malgré l'évolution de la DAF) pour rentrer dans les meilleures conditions dans le système T2A
- Renseigner tous les actes CCAM réalisés durant le séjour d'un patient en SSR (y compris ceux réalisés dans le cadre des prestations inter-établissements)
- Déclarer et faire remonter via FICHCOMP les médicaments utilisés en SSR et présents sur la lise spécifique (plus longue que pour le MCO)

b. quels impacts sur les choix stratégiques ?

Le contexte de refonte du mode de financement limite la vision stratégique des structures SSR publics. Pour faire des choix, les établissements doivent disposer d'une visibilité qui est actuellement manquante.

En effet, quelle seront à compter de 2016, les valorisations relatives de l'hospitalisation partielle et de l'hospitalisation complète ?

Quelles spécialités bénéficieront des tarifs de GME les plus à même de couvrir les moyens mis en œuvre ?

Quelles seront les rémunérations relatives des 3 niveaux de sévérité ?

Quelles seront les modalités de la dégressivité tarifaire ?

Les capacités de SSR resteront-elles contingentées ?

Des réponses à ces interrogations découleront les politiques institutionnelles de pilotage de la prise en charge SSR.

A ce stade il est important de proposer que l'APHP puisse participer à l'élaboration de la tarification à l'activité du SSR.

2.2. Une nouvelle évolution des prises en charge

Les SSR doivent prendre en compte l'évolution des pratiques à partir du MCO.

Ainsi, la CPAM développe des programmes de type PRADO (PRogramme d'Accompagnement au retour à DOmicile) depuis 2014 :

- Dans 5 services d'orthopédie de l'AP-HP (Lariboisière, Henri Mondor, Ambroise Paré, Cochin, Pitié Salpêtrière)
- Pour 5 gestes chirurgicaux simples
 - Expérimentation de PRADO insuffisance cardiaque à l'étude avec l'hôpital Lariboisière
 - Expérimentation « PRADO-personnes âgées » dans le cadre de PAERPA

La CPAM généralise également les MSAP (Mise Sous Accord Préalable) afin de mieux encadrer le recours au SSR.

L'ARSIF incite largement les structures SSR à faire appel davantage à l'HAD. Là encore, cela est possible seulement dans certains cas mais cette piste doit être explorée.

III. Les propositions du groupe de travail supra-GH en SSR

Il est tout d'abord important de rappeler qu'il est actuellement beaucoup demandé aux équipes de SSR (virage ambulatoire gestionnaire orchestré par l'ARS) dans un contexte d'évolution des financements qui tarde à se mettre en place. La situation est quelque peu anxiogène.

Malgré tout, des propositions du groupe ont émergé :

1. Développer des stratégies ambulatoires pour prévenir l'hospitalisation et favoriser les circuits courts : on peut l'imaginer en cardiologie, locomoteur et gériatrie (consultation ouverte).

2. Se centrer sur les prises en charge médicales d'aval du MCO. Dimensionner ce qui relève du médical et ce qui devrait relever du médico-social (orientation en MAS/FAM/EHPAD), site par site, établissement par établissement.

Il faut en effet répondre à la question : où se fait l'aval du MCO ? Pour quelle spécialité ? Favoriser et évaluer les besoins en développement de structures médico-sociales ou sociales (EPHAD, FAM, MAS) pour assurer l'aval des SSR.

3. Décrire les filières (constituer un arbre de décision) et identifier les patients qui relèvent du SSR HC et ceux qui relèvent du SSR HJ et ceux qui relèvent d'une prise en charge en ville/à domicile (travail à réaliser par « spécialité » SSR gériatrique, SSR neurologique, SSR locomoteur, SSR pneumologie, SSR cardio-vasculaire, SSR digestif, SSR conduite addictive).

Conclusion :

Le développement du SSR HJ par reconversion de lits d'HC est possible si et seulement si est organisé en aval :

- Le développement du recours ou du partenariat avec l'HAD (voir même faire du HAD SSR (spécialité et implantation pilote à déterminer) à l'instar de ce qui se fait à St Maurice ou St Denis), les SAAD, SSIAD, SPASAD, l'ensemble des acteurs du social, plus généralement, qui interviennent à domicile (services de service social)
- La création de places médico-sociales (EHPAD, MAS, de FAM éventuellement) permettant d'absorber les 372 « bedblockers » actuels et à venir
- L'analyse systématique des séjours hors normes par la cellule « cas critiques » de l'APHP en centrale ou en local selon les usages et de la cellule « cas complexes » de l'ARS suite à la publication de la circulaire du 22 novembre 2015 sur les cas complexes.

Ces cellules doivent s'atteler à résoudre les problèmes sociaux et judiciaires afin de fluidifier les filières et diminuer la DMS en SSR. L'hôpital de Saint Denis a expérimenté positivement le recours à l'HAD couplé avec le développement de son service social.

Prospective : le SSR de demain

Le SSR doit évoluer de l'HC vers l'HJ mais il reste encore physiquement une structure hospitalière.

Dans le même temps, on commence à expérimenter l'hôpital hors les murs par le développement des Equipes Mobiles SSR (cf. annexe 6). Simultanément, certains hôpitaux expérimentent l'activité libérale des kinés et ergothérapeutes afin de rentabiliser des plateaux techniques rares, coûteux et innovants. L'hôpital s'ouvre et doit tout en restant un

acteur majeur de la prise en charge des pathologies composé avec le reste des acteurs de santé pour offrir les meilleurs traitements et prises en charge.
Pour l'APHP, l'effet de la T2A peut aussi être de valoriser l'activité d'excellence pratiquée au sein de ses SSR et même de la développer. Pour cela il faudra savoir coder et disposer des outils pour optimiser ce codage, lorsque les tarifs seront définis.