

# SOINS DE SUITE OU DE RÉADAPTATION : UN DÉFICIT FRANCILIEN EN VOIE DE CORRECTION

Fiche 2

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

*En 1997, le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS)<sup>(1)</sup> des soins de suite et de réadaptation constatait que l'Île-de-France était la région la moins bien dotée en soins de suite ou de réadaptation (SSR), après la région Champagne-Ardenne. Un quart des Franciliens étaient pris en charge en dehors de la région. De plus, il insistait sur la priorité à donner aux soins de suite indifférenciés ou polyvalents, tout en soulignant également le besoin en structures spécifiques. Depuis, les soins de suite ou de réadaptation font partie des priorités de l'agence régionale de l'hospitalisation, afin de développer cette prise en charge et de répondre au mieux aux besoins de la population francilienne.*

## Les caractéristiques de l'activité médicale des soins de suite ou de réadaptation

La durée moyenne de séjour en SSR est de 39 jours (source : SAE 2002), avec un âge moyen de 62,5 ans. Selon le PMSI<sup>(2)</sup> 2002, l'hospitalisation complète représente 83 % des séjours, dont 27 % concernent des patients de plus de 80 ans et 10,5 % de moins de 16 ans. Les patients viennent à hauteur de 67 % du court séjour et retour à domicile (y compris en établissements pour personnes âgées) pour 63 %. L'Île-de-France est attractive pour des patients de province pour des prises en charge neurologiques, de santé mentale et viscérales. En revanche, on note une fuite de patients pour les pathologies cardio-vasculaires. Pour les établissements SSR adultes, les patients sont hospitalisés en soins de suite, principalement pour fractures du col du fémur, démences, et pathologies cérébrales. Ils sont hospitalisés en réadaptation-rééducation, pour arthroses des membres inférieurs, pathologies vasculaires cérébrales et atteintes médullaires. Pour les établissements SSR enfants, les principales pathologies relevées sont la rhumato-orthopédie, suivie des troubles nutritionnels et des pathologies congénitales neurologiques.

Les structures de soins de suite interviennent, en hospitalisation complète, de jour ou à domicile, après une pathologie médicale ou chirurgicale aiguë, ayant entraîné ou non une hospitalisation. Elles coordonnent les soins, la surveillance, l'adaptation du traitement et traitent les pathologies intercurrentes<sup>(2)</sup>. En ce qui concerne la réadaptation fonctionnelle, on distingue la médecine physique et de réadaptation (qui met en œuvre et coordonne toutes les mesures visant à prévenir ou à réduire les conséquences physiques d'une maladie ou d'un accident) et les autres réadaptations (évaluation fonctionnelle, réentraînement à l'effort, prévention secondaire et aide à la réinsertion professionnelle).

## Un effort de rattrapage

Avec 15 141 lits et places installés en soins de suite ou de réadaptation (SSR) en mars 2004 (10 287 en soins de suite et 4 923 en réadaptation fonctionnelle), le déficit régional est en voie de diminution. La période 1997-2004 s'est caractérisée par une augmentation de l'offre de + 32 %, représentant 4 403 lits et places.

Suivant les principes du SROS II, cette politique de développement s'est opérée grâce à :

- une reconversion de 3 905 lits de court séjour ;
- une mise en adéquation des autorisations avec l'activité réelle des établissements de santé ;
- un développement de 47 % des capacités en hospitalisations de jour.

Durant cette période, le secteur privé s'est fortement impliqué dans le développement de l'offre de soins. Il représente aujourd'hui 26 % de l'offre en SSR contre 5 % en 1997.

Les déséquilibres départementaux se sont également atténués : dans un effort de rééquilibrage géographique, deux lits autorisés sur trois l'ont été dans Paris, en Seine-Saint-Denis et dans les Hauts-de-Seine. Néanmoins, avec 1,16 lit et place autorisé pour 1 000 habitants, Paris demeure le département le moins bien doté.

Autre point fort de l'évolution de l'offre en SSR ces dernières années : le développement de structures spécialisées répondant à des besoins mal couverts. À partir d'un cahier des charges élaboré avec des experts, l'agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France (ARHIF) a autorisé la création de capacités pour la prise en charge de malades atteints d'affections spécifiques ; elle a notamment lancé un appel d'offre régional pour la création de petites unités de six à huit lits pour la prise en charge de patients en état végétatif chronique ou état pauci-relationnels<sup>(1)</sup>. Dans ce cadre, 104 lits ont été autorisés et sont en cours d'ouverture. Des autorisations de lits ont également été données pour une prise en charge dédiée à la réadaptation cardiaque, à la réadaptation neurologique, aux soins de suite hémato-cancérologiques, et aux soins de suite à orientation gériatrique.

Enfin, des réseaux se sont développés entre différents professionnels intervenant dans la filière de prise en charge, partant des structures de soins aigus, en passant par des unités de SSR et en finissant par des prises en charge médico-sociales. Ainsi existent ou sont en cours de développement des réseaux pour les traumatisés crâniens, les blessés médullaires, les accidents vasculaires cérébraux.

## Un écart qui subsiste entre capacités autorisées et installées

Le premier point faible de l'offre, aujourd'hui, réside dans l'écart important entre les capacités autorisées et installées : sur les 18 174 lits et places autorisés, seuls 15 141 sont d'ores et déjà installés. 2 251 restent donc encore à installer en soins de suite et 782 en réadaptation fonctionnelle. Toutefois, il faut noter que ces capacités sont à 98 % d'autorisation récente.

## Un manque de structures ambulatoires, de professionnels et de coordination

Malgré le développement, depuis 1997, de l'hospitalisation de jour, l'offre de soins en structures ambulatoires (hôpital de jour et hospitalisation à domicile), notamment pour la réadaptation fonctionnelle, demeure insuffisante en Île-de-France. Un des enjeux du SROS III<sup>(1)</sup> sera d'assurer le développement de l'hospitalisation de jour, notamment en réadaptation fonctionnelle ou en soins de suite pour les personnes âgées, ainsi que le développement de l'hospitalisation à domicile pour la réadaptation fonctionnelle.

Par ailleurs, comme en court séjour, les structures de SSR, compte tenu de leur développement important en Île-de-France, risquent d'être confrontées, à moyen et long terme, à une pénurie de professionnels et plus particulièrement en médecine physique et de réadaptation. Il convient donc d'ores et déjà d'anticiper les besoins en ressources humaines liés à la mise en œuvre du SROS.

Enfin, il faut noter un déficit de coordination des filières court séjour/SSR/médico-social, majoré par l'insuffisance des dispositifs médico-sociaux. Améliorer l'organisation de la prise en charge des patients par le développement de coordinations et de réseaux de soins avec l'amont et l'aval sera un des enjeux majeurs du SROS III.

## Poursuivre le développement d'une offre adaptée aux besoins de la population

Un autre enjeu du SROS III sera de quantifier l'offre susceptible d'être autorisée par territoire de santé au regard des territoires non couverts, dès lors que toutes les capacités autorisées seront installées et fonctionnelles.

Il devra mettre l'accent sur des domaines prioritaires suivants :

- les alternatives à l'hospitalisation et plus particulièrement la réadaptation cardiaque,
- la médecine physique de réadaptation neurologique, dont, essentiellement, la prise en charge lors des accidents vasculaires cérébraux (AVC),
- l'accueil de patients de tout âge polypathologiques et lourdement dépendants (dont ceux atteints de troubles cognitifs sévères).

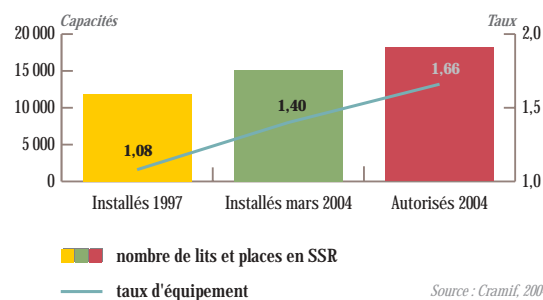
## Vers une meilleure lisibilité de l'offre et une évaluation des modes de prise en charge

Autre axe de travail : assurer une meilleure lisibilité de l'offre par le développement d'outils de connaissance partagés, par le biais d'internet, permettant par exemple d'accéder aux données du PMSI ou à des bases de données comme le répertoire des établissements SSR d'Île-de-France qui recense les fiches d'identité de chacun des établissements concernés. Il faudrait également développer un système d'évaluation des différents modes de prise en charge, afin de définir des critères de qualité, par grands types de pathologies.

(1) Voir glossaire.

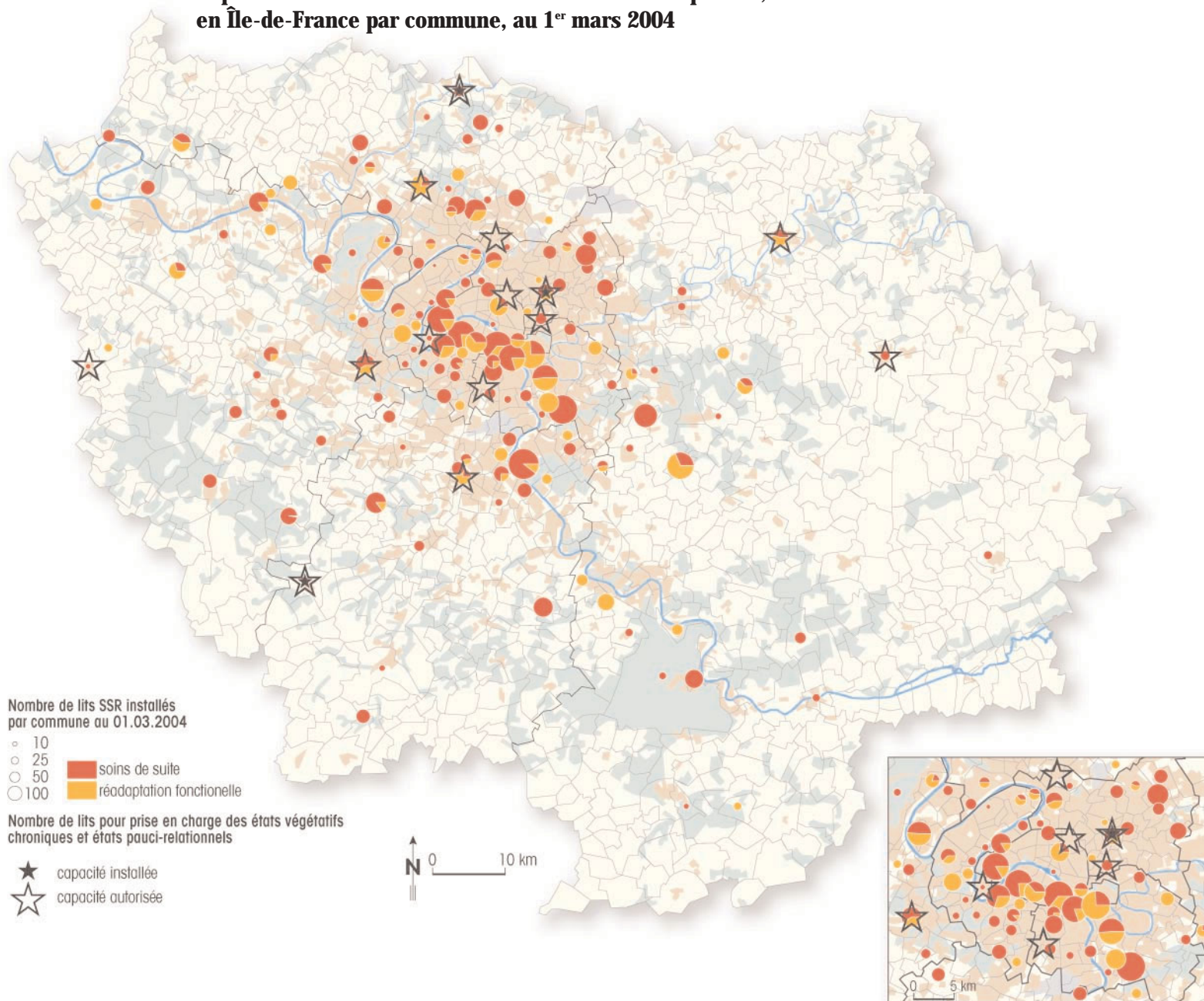
(2) Maladies venant se surajouter à une maladie existante.

Les SSR en Île-de-France : évolution 1997-2004



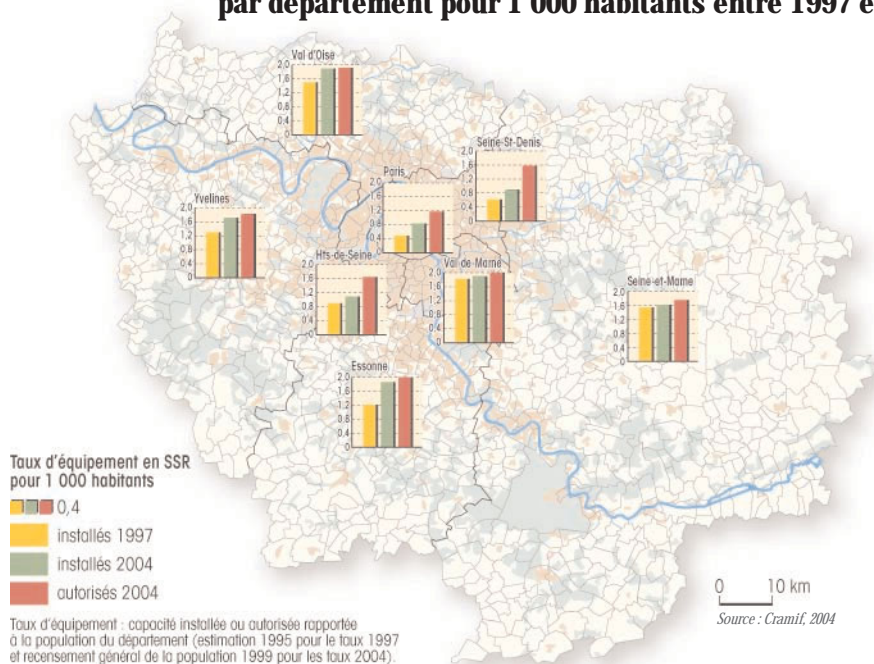
# CAPACITÉS EN SOINS DE SUITE OU DE RÉADAPTATION EN ÎLE-DE-FRANCE

Capacités installées en soins de suite ou de réadaptation, en Île-de-France par commune, au 1<sup>er</sup> mars 2004



*Dans un souci de rééquilibrage géographique, les deux tiers des lits SSR autorisés depuis 1997 l'ont été dans Paris, en Seine-Saint-Denis et dans les Hauts-de-Seine. Néanmoins, Paris reste le département francilien le moins bien doté en SSR.*

Taux d'équipement en soins de suite ou de réadaptation par département pour 1 000 habitants entre 1997 et 2004



Nombre de lits et places installés et autorisés en SSR en 1997 et 2004 par département en Île-de-France

Départements	Nombre de lits et places en SSR		
	Installés 1997	Installés mars 2004	Autorisés 2004
Paris	991	1 748	2 455
Hauts-de-Seine	1 201	1 525	2 324
Seine-Saint-Denis	832	1 201	2 140
Val-de-Marne	2 183	2 306	2 412
Seine-et-Marne	1 849	1 897	2 064
Yvelines	1 758	2 301	2 436
Essonne	1 360	2 087	2 244
Val-d'Oise	1 683	2 076	2 099
Île-de-France	11 857	15 141	18 174

Source : Cramif, 2004