

Annexe 2 – Soins de Suite et de Réadaptation

Rédacteur : N.Villaudière

La liste des membres du groupe de travail est présentée en fin de document.

Validation par les pilotes du groupe de travail de la feuille de route proposée aux instances : le 29 mai et le 1^{er} juin 2017.

Validation par le Collège médical et le Comité stratégique : 16 juin 2017.

Contenu

Annexe 2 – Soins de Suite et de Réadaptation	1
A. Présentation de la filière	2
1. Périmètre d'étude.....	2
2. Autorisations et capacités.....	2
3. Ressources humaines et les plateaux techniques.....	3
4. Activité PMSI.....	4
5. Référence au PRS 2012-2017.....	6
B. Enjeux et Objectifs.....	8
1. Synthèse des travaux menés	8
2. Thèmes prioritaires retenus.....	11
3. Enjeux, objectifs et actions	15
4. Plan d'actions 2017 – 2018.....	18
C. Documents complémentaires.....	19
1. Les objectifs et actions en soins de la filière SSR.....	19
2. Les unités SSR des établissements parties du GHT	21
3. Les membres du groupe de travail de la filière.....	36

A. PRESENTATION DE LA FILIERE

1. Périmètre d'étude

Le périmètre d'étude concerne les unités de soins de suite et de réadaptation (SSR) polyvalentes et spécialisées des établissements parties et du territoire du GHT.

La sous-filière SSR relative aux unités cognitivo-comportementales est analysée dans le cadre de la filière « Personnes âgées et vieillissement », les objectifs du projet médical partagé relatifs à cette sous-filière des SSR seront aussi précisés dans le cadre de la filière « Personnes âgées et vieillissement ».

2. Autorisations et capacités

Autorisations et capacités des Ets parties au 01 01 2017 Par site géographique	Capacités en lits et places (HP)	Polyvalents	UCC	Personnes âgées Poly pathologiques	Locomoteur	Système nerveux	Cardio-vasculaires	Syst. digestif, métabolique et	Affections onco-hématologiques	Affections respiratoires	Enfants ou adolescents,	Affections des brûlés	Affections liées aux conduites addictives
Hôpitaux de Luchon Cours des Quinconces	82	10			45 et 7HP	20							
Hôpitaux de Luchon Centre de convalescence	26	6		20									
CH Comminges Pyrénées	20	20											
CH de Muret	35	35											
CHU Larrey	5	5 HP											
CHU Garonne	82		12	70									
CHU F.Salée	76	20			30			26					
CHU Rangueil	49					29 et 10HP	10HP						
CH de Lavaur	65	20		20	20 et 5HP								
CH de Graulhet	20	20											
Totaux	460	136	12	110	107	59	10	26	0	0	0	0	0
Nombre total d'autorisations		Nombre total d'autorisation selon le type de SSR											
Autorisations Ets GHT au 01 01 2017 HC+HP*	22	8	1	3	5	3	1	1	0	0	0		
Autorisations Ets privés sur le territoire du GHT en 2012 (hors revélois) HC + HP	62	24	0	8	6+7	5+5	1+1	1	0	1	2	0	1

* Hospitalisation complète et hospitalisation partielle.

L'analyse ci-dessous a été réalisée sur la base des informations contenues dans le SROS – volet SSR, 2012-2017 du Programme Régional de Santé 2012-2017 toujours en vigueur.

Les données ci-dessous doivent être analysées au regard des tendances qu'elles laissent apparaître et non sur les valeurs réelles puisque l'analyse se fonde sur des données arrêtées en 2011 pour les établissements des secteurs privés et au 1er janvier 2017 pour les établissements parties du GHT. Par ailleurs, lors de la rédaction du présent projet médical, une fenêtre de dépôt de dossiers d'autorisation a été ouverte avec la possibilité de déposer de nouvelles autorisations en SSR polyvalents et spécialisés personnes âgées poly pathologiques, dans le Tarn et en Haute-Garonne.

Les tendances peuvent cependant être considérées comme fiables puisque les opportunités d'autorisations complémentaires offertes par le SROS volet SSR 2012-2017 sont faibles et n'ont pu modifier les équilibres.

Analyse des autorisations en SSR sur la zone d'influence du GHT de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest :

L'offre de soins en SSR est essentiellement portée par les opérateurs privés. Les établissements parties disposent de 22 autorisations de SSR polyvalents et spécialisés, en HC et en HP alors que les secteurs privés disposent en 2011 de 62 autorisations sur la même zone géographique (Haute-Garonne hors Revel et Tarn Ouest).

Le secteur privé dispose d'une offre de soins plus importante que le secteur public en soins de suite et de réadaptation, polyvalents et spécialisés.

Il est à noter une absence totale d'autorisation de SSR spécialisé en onco-hématologie sur l'ensemble de l'Occitanie Ouest et, en conséquence, sur la zone d'influence du GHT alors que ce dernier dessert une population qui représente près du quart de la population de l'Occitanie et qu'il propose une offre de soins complète avec une attractivité régionale et au-delà, dans le traitement du cancer, en partenariat avec l'Institut Claudius Rigaud.

Enfin, alors que le CHU de Toulouse, établissement partie du GHT, est parfois l'unique recours ou centre de référence en pédiatrie, le GHT ne détient aucune autorisation en soins de suite et de réadaptation pour enfants et adolescents.

3. Ressources humaines et les plateaux techniques

Les unités SSR du GHT sont présentées dans le paragraphe documents complémentaires en fin de document : orientations, plateaux techniques, ressources médicales et non médicales.

Sur cette filière, la démographie professionnelle est tendue dans les spécialités de médecine physique et de réadaptation, et de gériatrie. Pour les professions non médicales, il existe des tensions sur les professions de masseur-kinésithérapeute et d'orthophonistes, avec des spécificités selon les bassins de santé.

Parmi les établissements parties, seul le CHU a répondu à l'appel à projet relatif aux « consultations post-AVC ». Les autres établissements parties du GHT disposant d'unités spécialisées dans les affections neurologiques n'ont pas répondu à cet appel à projet en raison d'un manque de ressources médicales pour les mettre en place.

De la même façon, les équipes médicales souhaiteraient développer une offre de soins en consultation externe et consultations avancées, mais sont contraintes par la démographie professionnelle.

La plupart des unités SSR du GHT sont situées dans des établissements mixtes associant des unités de MCO et de SSR. La mise en œuvre de projets dans le champ du SSR se heurte souvent aux spécificités techniques de son financement et peut conduire à des formes d'abstention par prudence. Cette prudence parfois excessive constitue un frein au développement des activités du SSR dans chaque établissement qui pourrait être levé à l'échelle du GHT.

La majorité des plateaux techniques ont été réhabilités au cours de ces dernières années, à l'exception des Hôpitaux de Luchon, mais l'établissement prépare un projet de réaménagement et une extension de ses locaux.

4. Activité PMSI

L'analyse a été réalisée sur la base d'un recueil d'activité issu du PMSI SSR - ATIH, sur l'année 2015 (sorties entre le 01/01/2015 et le 31/12/2015) :
Extraction des séjours (ou des journées) réalisés par les établissements ou groupe d'établissements implantés en Haute-Garonne et sur le Tarn Ouest.

Dans les tableaux ci-après, les établissements sont classés selon leur appartenance ou non au GHT et leur statut :

- établissements parties au groupement : ligne « GHT »
- Autres : ESPIC et établissement public non partie du GHT (hôpital de Revel)
- Privé à but lucratif : Etablissements privés à but lucratif

a) L'activité en volume :

L'activité ci-dessous est étudiée en volume des séjours et des journées par groupe d'établissements.

SSR PMSI 2015	SSR polyvalents				SSR spécialisés				Total	
	H complète		H partielle		H complète		H partielle			
Mode d'hospitalisation	Séjours	Journées	Séjours	Journées	Séjours	Journées	Séjours	Journées	Séjours	Journées
Volume en nombre										
GHT	1 118	31 579	49	412	3 727	110 700	852	8 365	5 746	151 056
Autres	1 460	24 112	49	977	1 009	17 381	967	27 233	3 485	69 703
Privé à but lucratif	5 851	244 235	0	0	11 685	386 416	2 183	47 016	19 719	677 667
SSR hors GHT	7 311	268 347	49	977	12 694	403 797	3 150	74 249	23 204	747 370
TOTAL	8 429	299 926	98	1 389	16 421	514 497	4 002	82 614	28 950	898 426

En 2015, l'activité SSR des établissements parties du GHT représente 5 746 séjours et 151 056 journées tandis que les établissements privés (tous statuts confondus) ont réalisé 23 204 séjours et 747 370 journées. Les établissements parties du GHT réalisent 19,85% de la totalité des séjours et 16,81% des journées, quelle que soit le mode d'hospitalisation.

En hospitalisation complète, les établissements parties du GHT réalisent 13,26% des séjours et 10,53% des journées de l'activité de SSR polyvalents et 22,70% des séjours et 21,52% des journées des SSR spécialisés.

L'hospitalisation partielle est beaucoup plus développée pour les SSR spécialisés et par les structures privées (pas d'hospitalisation partielle sur l'hôpital de Revel) ; 10,45% des journées en hospitalisation partielle sont réalisées par les établissements parties du GHT.

b) Les indicateurs « qualitatifs » de l'activité et de la patientèle

(1) Âge moyen de la patientèle :

2015	SSR Polyvalent	SSR Spécialisé
GHT	78,9	77,1
Autres	36,6	14,7
Privé à but lucratif	73,3	68,7

Il est à noter que parmi les établissements privés d'intérêt collectif implantés sur le territoire concerné, certains sont spécialisés dans la prise en charge de l'enfant, voire du petit enfant.

Pour les établissements privés à but lucratif, ce n'est pas le cas mais pour autant, on notera un âge moyen moindre des patients de ces établissements.

(2) Dépendance de la patientèle :

2015	Hospitalisation complète		
	AVQ physique moyen à l'entrée	AVQ cognitif moyen à l'entrée	AVQ global moyen à l'entrée
GHT	10,0	4,0	14,0
Autres	9,5	4,4	13,9
Privé à but lucratif	8,7	3,7	12,4

La dépendance des patients, quelle que soit l'échelle utilisée, est plus importante pour les patients pris en charge par les établissements parties.

Pour les ESPIC, certains sont spécialisés dans des prises en charge de la toute petite enfance avec des niveaux de dépendance importants. Le niveau de dépendance des patients pris en charge par le CH de Revel est cohérent avec le niveau de dépendance des patients pris en charge par les établissements publics parties du GHT.

Il est à noter que le PMSI ne permet pas d'évaluer la complexité sociale des situations individuelles des patients.

(3) Les volumes d'actes CSARR

2015	H complète	H partielle	total
GHT	41 741	8 815	50 556
Autres	12 305	4454	16 759
Privé à but lucratif	104 202	17333	121 535

Sur l'année 2015, les établissements parties du GHT ont réalisé 50 556 actes pour 5 746 séjours soit près de 9 actes par séjour.

Les établissements privés à but lucratif ont réalisés 121 535 actes pour 19 719 séjours soit 6,16 actes par séjour. Cependant, cette analyse doit être pondérée par une analyse différenciée entre SSR polyvalents et SSR spécialisés qui reste à conduire.



c) Les parts de marché

Les parts de marché sont calculées sur le périmètre des résidents du territoire du GHT (Haute-Garonne + bassin de santé du Tarn Ouest).

Les parts de marché des établissements parties sont de 18,7% contre 64,3% pour les établissements privés à but lucratif, tous modes d'hospitalisation et de prise en charge confondus.

Calculées sur le seul périmètre de la Haute-Garonne, ces parts de marché seraient davantage en faveur de l'offre privée puisque sur le Tarn Ouest, seuls les CH de Lavaur et de Graulhet offrent une prise en charge en SSR.

Cette part du marché du secteur public sur le territoire du GHT est représentative de celle de l'Occitanie Ouest mais est significativement différente de celle de l'Occitanie Est où elle représente le double. Cette faiblesse du secteur public du GHT, dans un contexte financier de tension relative à l'arrivée de la dotation modulée à l'activité de l'activité SSR, expose les unités de SSR du GHT à un excès des orientations avant tout motivées par un défaut d'accueil dans le secteur privé en particulier pour des problématiques médico-sociales complexes. Ce type d'orientation fait partie des missions des établissements publics mais il expose aussi les équipes à des risques de démotivation et diminue l'attractivité des unités, ce qui ne peut à terme, que contribuer à des difficultés de recrutements et d'effectifs.

5. Référence au PRS 2012-2017

a) Diagnostic régional 2011

Le diagnostic réalisé pour l'élaboration du PRS 2012-2017 laissait apparaître les points d'attention suivants :

- la nécessité d'intégration des SSR poly pathologiques personnes âgées dans la filière ;
- la nécessité d'accroître la fluidité du parcours du patient MCO/SSR et SSR/domicile (amont et aval); mise en place, notamment, du dispositif « Trajectoire » (continuité et parcours coordonné des soins) ;
- la nécessité d'une parfaite adéquation entre l'orientation des patients et les objectifs de prise en charge des institutions ;
- la nécessité de recadrer l'activité « enfant » dans les spécialités respiratoires et « nutrition » ;
- la nécessité d'un travail d'analyse de l'activité ambulatoire dans les cabinets de masseurs kinésithérapeutes.

b) SROS – volet SSR

(1) Orientation N°1 : Adapter le dispositif de soins de suite et de réadaptation :

(a) SSR pour adultes

Cette orientation se décline en trois objectifs pour les SSR adultes :

- Répondre aux contraintes démographiques pour toutes les implantations
- Assurer l'adéquation et la qualité des prises en charge
- Assurer une prise en charge en SSR au niveau de chaque bassin de santé répondant à des besoins de proximité

« L'objectif est que les territoires, voire les bassins de santé de la région, disposent d'une offre de soins en SSR homogène et équilibrée. Cette répartition se fera à partir de l'offre existante sans augmentation globale de capacité, par ajustement des capacités, relocalisations, transformations, mutualisations. [...]

Toute implantation sera étudiée au regard des ressources médicales nécessaires à son fonctionnement et des possibilités de mutualisation en lien avec les évolutions de la démographie médicale. [...]

Les établissements adresseurs mettront en place des dispositifs permettant de garantir une orientation en SSR adaptée à l'état du patient, par l'élaboration systématique d'un programme personnalisé de soins (PPS) avec recours à un avis spécialisé en gériatrie ou en médecine physique et de réadaptation (MPR), si nécessaire. Ce PPS devra figurer au dossier du patient. Il intègrera le dispositif Trajectoire à sa mise en place. Les établissements adresseurs et receveurs devront prévoir dans leur convention de coopération, transmise à l'ARS, la réalisation d'un bilan annuel de ces PPS. [...]

(b) *SSR pour enfants et adolescents*

Pour la prise en charge des enfants et des adolescents en SSR, l'adaptation du dispositif se décline en deux objectifs :

- Réorienter l'activité des établissements pour enfants et adolescents sur la réponse aux besoins régionaux relevant de soins de suite et réadaptation et recentrer l'activité des établissements à activité saisonnière sur une activité à recrutement régional.
- Améliorer le parcours de prise en charge des enfants et des adolescents entre le sanitaire et le médico-social.

(c) *Les reconnaissances contractuelles pour prises en charges spécifiques*

Des ajustements seront réalisés après analyse de besoins pour les prises en charge très spécifiques telles que : les traumatisés crâniens, états pauci-relationnels, états végétatifs chroniques, soins palliatifs, unités cognitivo-comportementales, pathologies ORL maxillo-faciales, déficients sensoriels.

(2) *Orientation N°2 : Fluidifier le parcours patient par l'organisation de la mise en place du dispositif trajectoire :*

L'amélioration de la fluidité de la prise en charge du patient à l'admission en SSR est une priorité fixée aux structures qui orientent et à celles qui accueillent, tant en terme d'adéquation avec un projet thérapeutique individuel adapté, qu'en terme de diminution des délais d'attente. [...] Dans l'avenir, ce système d'information devrait s'étendre aux EHPAD, USLD, médecins libéraux au gré des possibilités offertes par les évolutions applicatives.

(3) *Orientation N°3 : Développer la prise en charge ambulatoire :*

L'objectif est d'assurer en ambulatoire, une prise en charge de rééducation et de réadaptation coordonnée autour du patient sur chaque bassin. [...] Des moyens seront donnés aux professionnels du premier recours afin d'assurer une prise en charge de qualité et coordonnée :

Outils de communication entre les professionnels, en particulier entre la ville et l'hôpital

En renforçant la formation des médecins pour qu'ils assurent des orientations adéquates en SSR en accès direct et par la diffusion de guides préexistants ou élaborés par l'ARS en lien avec le COTER.

En permettant à tout médecin de pouvoir faire appel à un avis spécialisé de MPR, que ce soit en consultation physique ou à distance, sur chaque territoire ;

En donnant la possibilité de réunion de télé-médecine pluri disciplinaire pour avis spécialisé dans des cas complexes, en EHPAD notamment ;

En favorisant les échanges de compétences sur le thème de l'éducation thérapeutique entre les SSR dont c'est une des missions et les professionnels du premier recours.

B. ENJEUX ET OBJECTIFS

1. Synthèse des travaux menés

a) Synthèse des séances de travail

- (1) De fortes disparités de structuration et de lisibilité entre les différentes sous-filières de SSR :

La sous-filière SSR « troubles du comportement » est bien lisible avec une structuration claire ; elle connaît malgré tout de fortes difficultés d'aval.

Certains parcours sont déjà bien structurés avec les partenaires privés ou associatifs : troubles du comportement alimentaire, traumatisés crâniens, brûlés, cardiologie...

Certaines prises en charge ne sont pas ou mal structurées dans le GHT, ce qui peut être constitutif d'un défaut d'équité dans l'accès au soin : pédiatrie, transplantés, onco-hématologie, plaies-escarres-infections chez le sujet paraplégique, le suivi et la prescription en particulier en ambulatoire de l'appareillage pour les patients amputés.

L'absence de lisibilité sur les orientations propres à chacune des unités de SSR des établissements parties du GHT ne favorise pas l'amélioration des orientations des unités MCO vers les unités SSR.

- (2) De fortes difficultés d'accessibilité et de fluidité :

Ces difficultés concernent l'accessibilité aux SSR, les accès aux recours spécialisés pendant le séjour ainsi que l'aval des SSR.

(a) L'accès aux unités de SSR

Les orientations sont parfois inadaptées ou impossibles : la totalité des patients présentant les critères d'indications pour une admission en SSR spécialisé dans les affections neurologiques ne peuvent être admis par manque de capacité de ces unités ou en raison de comorbidités altérant les capacités de récupération (troubles du comportement par exemple) ; les patients nécessitant une admission en SSR spécialisé locomoteur, affection neurologique..., et présentant une addiction ou une pathologie psychiatrique ne sont généralement pas admis.

Par ailleurs, certaines indications sont mal posées, il peut aussi manquer des informations médicales lors de l'orientation : admission directe à partir d'un service d'urgence, absence de prescription pharmaceutique ou de plan personnalisé de soins établi en lien entre l'unité d'hospitalisation de court séjour et le SSR...

Enfin, les difficultés de lisibilité relatives aux financements en SSR, de certaines MIG ou de certains traitements (toxines botuliques et FICHCOMP) sont identifiées comme un frein à la mise en œuvre des prises en charge correspondantes.

L'organisation du recours dans le champ du SSR nécessite des collaborations entre les SSR qui pour l'instant sont encore trop peu développées.

(b) L'accès aux recours spécialisés pendant le séjour en SSR

Il est fait état des difficultés d'accès au recours spécialisés des unités de MCO en tant que de besoin pendant le séjour en SSR. En effet, pendant le séjour en soins de suite, il est parfois nécessaire de recourir à un avis spécialisé complémentaire : exemple de la prise en charge des plaies infectées chez le sujet

paraplégique ou d'un avis de cardiologie pour un patient en SSR spécialisé dans les affections neurologiques...

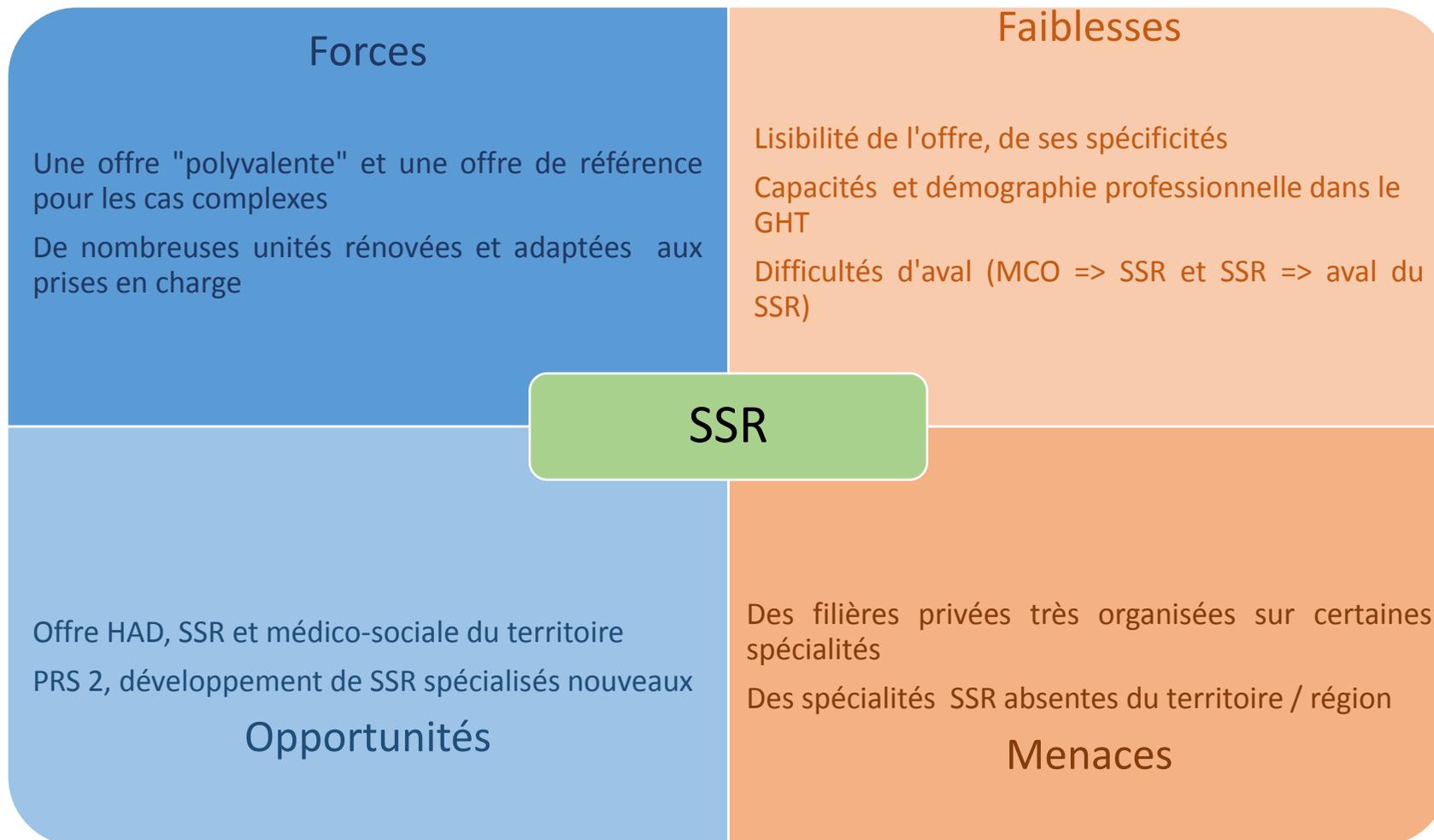
De la même façon, certains établissements qui ne disposent pas de plateau technique en imagerie ou biologie, évoquent des difficultés d'accès au plateau technique d'un autre établissement partie et ont souvent recours à un partenaire privé.

(c) L'aval des SSR

Les unités de SSR connaissent de fortes difficultés d'aval, voire une absence de solution d'aval : facteurs sociaux défavorables, filière onco-hématologique, patients jeunes avec troubles neurologiques centraux...

L'analyse de l'activité ci-dessus conforte l'idée selon laquelle les unités de SSR des établissements parties du GHT accueillent des profils de patients souvent lourds sur le plan médical mais aussi sur le plan social, les deux caractéristiques compliquant considérablement les solutions d'aval avec des refus de prise en charge par les HAD si les facteurs sociaux sont défavorables. Cet aspect serait moins marqué pour ce qui concerne les SSIAD.

b) Matrice d'analyse stratégique



2. Thèmes prioritaires retenus

a) Thèmes transversaux

(1) Affirmer la stratégie dans l'offre de soins de suite et de réadaptation du GHT

La stratégie du GHT relative à l'offre de soins de suite et de réadaptation doit être posée et coordonnée selon un prisme territorial par les établissements parties, en lien avec des études d'opportunité à réaliser dans le contexte de montée en charge du nouveau modèle économique des SSR : la dotation modulée à l'activité.

La spécificité de l'activité SSR du GHT se définit par deux caractéristiques qui se cumulent :

- des unités hyperspécialisées et des unités polyvalentes, peu d'unités « spécialisées »
- des patients de plus en plus complexes et de plus en plus lourds avec quatre dimensions de complexité : médicale, sociale, technicité des soins, troubles du comportement.

Le groupe SSR du GHT a choisi de privilégier une stratégie de complémentarité avec l'offre du secteur privé dans le cadre d'un renforcement des synergies entre les structures parties du GHT.

(2) Améliorer la lisibilité des SSR du GHT

Au sein même du GHT, les orientations des différentes unités de SSR sont mal connues, les référents médicaux et non médicaux se connaissent peu.

Il conviendra de créer un document de description de la filière SSR du GHT, selon le modèle du document réalisé par le Gérontopôle pour la description des filières gériatriques en ex-Midi-Pyrénées, à adapter à l'activité de soins de suite et de réadaptation.

Ce document devra préciser pour chaque unité :

- SSR polyvalent ou avec une mention spécialisée, et les orientations et particularités des unités,
- le mode de prise en charge : hospitalisation complète ou hospitalisation partielle,
- les indications des admissions en SSR selon les orientations ou les spécialités des unités.

Ce document sera diffusé en première intention entre les unités de SSR du GHT puis aux unités MCO du GHT et, aux partenaires privés, aux HAD, aux structures médico-sociales et aux professionnels de santé du premier recours dans les bassins de santé.

(3) Améliorer la fluidité des SSR et l'accès au recours spécialisé pour les patients en SSR

(a) L'accessibilité et la fluidité pour ce qui concerne les unités SSR des établissements parties du GHT

Les demandes d'admission en SSR devront être anticipées et la préparation de l'aval du SSR dès l'entrée dans la filière, c'est-à-dire dès que l'indication d'une prise en charge en SSR est posée en unité MCO, devra être recherchée.

Une coordination territoriale des programmes de rééducation et de réadaptation, ainsi que des programmes et actions en éducation thérapeutique développés dans les SSR des établissements parties du GHT sera mise en place.

L'accès privilégié au sein des unités MCO de référence du GHT pour les patients hospitalisés au sein des unités SSR du GHT sera organisé, ainsi que les modalités de retour en SSR sur la base d'un outil commun au sein du GHT.

Il conviendra de développer et d'organiser le recours et l'expertise aussi bien vers le MCO qu'entre les unités de SSR. Cet objectif justifie d'identifier les besoins et de développer des processus de collaboration avec les unités de MCO mais aussi entre les unités de SSR. A ce titre, la télé expertise est un outil intéressant, par sa capacité à diffuser de l'expertise rare et de référence vers les unités les plus éloignées et les plus polyvalentes (téléstaff et télé expertises pour recours spécialisés SSR).

Une coordination des parcours de soins complexes sera mise en place, comme cela est réalisé en cancérologie ou pour les personnes âgées, en commençant par la filière SSR spécialisée « neurologie ».

(b) L'accessibilité et la fluidité en SSR sur le territoire d'attractivité du GHT

Les partenariats seront renforcés ou développés :

- avec l'HAD et les SSIAD, essentiellement sur deux parcours spécialisés : personnes âgées et affections neurologiques,
- avec les opérateurs privés en SSR pour harmoniser les profils de patients entre le secteur public et les secteurs privés pour ce qui concerne les SSR polyvalents, les SSR spécialisés « personnes âgées poly pathologiques », « affections neurologiques », « affections de l'appareil locomoteur »,
- un partenariat spécifique sera développé avec la Clinique Pasteur pour la filière SSR spécialisée dans les affections cardio-vasculaire, compte tenu de la prévalence de ces dernières et du rôle du CHU et de cet établissement dans la prise en charge de ces patients.

(c) Développer les modalités de prise en charge jugées insuffisantes

Pour les activités de SSR insuffisantes ou inexistantes au sein du GHT, il conviendra de les développer en lien avec les partenaires des secteurs privés.

Cela concerne :

- les SSR spécialisés dans les affections d'onco-hématologie,
- SSR pour enfant et adolescent,
- SSR à orientation « patient atteint de pathologie psychiatrique »,
- SSR à orientation cardiologique.

De même, les prises en charge ambulatoire ou alternatives à l'hospitalisation devront être développées :

- les hospitalisations à temps partiel (dans les zones urbaines importantes), les consultations en SSR (médicales et paramédicales) et un hôpital de jour SSR spécialisé dans les affections neurologiques sur le CHU.
- les prise en charge en HAD SSR, avec les établissements HAD partenaires ou les structures d'HAD des établissements parties du GHT.

b) Parcours ou épisodes de soins spécifiques

(1) SSR spécialisé dans les affections neurologiques

Une augmentation des capacités de SSR spécialisé en affections neurologiques sur le GHT est souhaitée.

Pour ce qui concerne l'organisation de la filière, le groupe de travail recommande de s'inscrire dans les orientations du SROS 2012/2017 (AVC et SSR) :

Pour tout patient victime d'un AVC, l'orientation vers un SSR doit se faire de façon concertée entre le neurologue de l'UNV et un médecin MPR, selon les recommandations du SROS – volet SSR 2012-2017, les circulaires sur les unités neuro-vasculaires et les critères IPAQSS qui en découlent.

Le développement des prises en charge alternatives à l'hospitalisation a été évoqué avec l'ouverture d'un SSR spécialisé en affections neurologiques de jour. Cependant, les indications ou la faisabilité de l'orientation des patients de cette filière vers une prise en charge en hôpital de jour, penchent en faveur de son installation en milieu urbain dans une agglomération dont la densité de la population est importante avec une accessibilité rapide et diversifiée par la route.

Sur cette filière, les pratiques de rééducation et les parcours, notamment l'accès à des recours spécialisés ou des plateaux techniques dont ne disposeraient pas tous les établissements parties, mériteraient d'être harmonisés sur l'ensemble des unités de SSR spécialisées dans les affections neurologiques.

Il conviendra de réaffirmer les modalités d'orientation en SSR neurologique ainsi que les indications, notamment pour les personnes âgées présentant des comorbidités et victimes d'un AVC. Cet axe spécifique a été relevé dans le cadre des travaux conduits de la filière « Urgences et soins critiques dont AVC » et de la filière « Personnes âgées et vieillissement ».

(2) Accès au recours spécialisé de SSR

(a) Plaies et cicatrisations

Les recours relatifs aux plaies et cicatrisation pourraient être développés par télé-médecine auprès des unités spécialisées du CHU en pluridisciplinarité avec une prise en charge nutritionnelle.

Ce dispositif est déjà mis en place entre les Hôpitaux de Luchon et de Saint Gaudens.

(b) Unités Cognitivo-comportementale

Ce thème est traité dans la filière personnes âgées et vieillissement.

Les problématiques liées aux troubles cognitivo-comportementaux du sujet jeune devront faire l'objet d'un traitement spécifique. Les populations concernées sont plus restreintes en nombre. Cependant ces troubles fréquemment présents chez les traumatisés crâniens et les cérébrolésés, constituent dans la région un frein à la prise en charge de ces patients en SSR spécialisé dans le GHT. La réflexion sur ces filières devra s'inscrire dans le cadre des activités de l'IHU traumatisé crânien du CHU.

(c) Les filières dites « orphelines »

Pour ces filières, un travail de structuration des parcours spécifiques devra être réalisé.

Ces filières concernent : patients transplantés, le suivi et la prescription de l'appareillage, l'institutionnalisation du sujet jeune.

(d) SSR spécialisé en onco-hématologie

Il conviendra, dans le cadre des travaux du prochain Projet Régional de Santé, de permettre l'installation d'au moins une implantation en SSR spécialisé dans les affections d'onco-hématologie sur l'Ouest de l'Occitanie qui ne dispose d'aucune implantation sur cette mention spécialisée. Les activités de cette unité seront définies et construites en collaboration avec les acteurs de l'unité d'Oncoréhabilitation actuellement présente sur le site de l'IUCT.

(e) *L'accessibilité aux SSR des patients suivis par ailleurs pour une pathologie psychiatrique*

Il conviendra de préciser et de structurer l'orientation, l'admission et la sortie de ces patients, en lien avec la filière « psychiatrie et santé mentale ».

c) Recherche

L'activité de recherche coordonnée entre les établissements parties du GHT pourrait être un axe de développement.

La recherche en rééducation et réadaptation est très peu développée en France. Elle concerne un large champ incluant des essais médicamenteux, mais aussi des validations de dispositifs ou des évaluations de pratiques de soins que ce soit dans le champ de la rééducation, de la réadaptation ou de l'éducation thérapeutique. Ces recherches sont un enjeu essentiel aussi bien pour l'amélioration des soins dans ces structures que pour la justification de leur remboursement.

Parallèlement, le financement des activités de SSR, en sus de celui de l'activité, inclut un financement de la recherche en qualité de mission d'intérêt général (MIG). Les établissements peuvent y prétendre, en qualité de promoteur de protocole de recherche clinique, mais aussi en qualité d'investigateur et en fonction du nombre d'inclusion.

Par ailleurs, le CHU est le seul établissement actuellement en capacité d'être promoteur dans ce domaine et ses unités de SSR sont des acteurs essentiels de ces recherches, au niveau national et international. Cependant la taille d'accueil réduite des structures de SSR du CHU et les durées de séjour prolongées dans ces structures, posent souvent des problèmes de nombre de patients inclus au regard des exigences scientifiques des populations nécessaires pour répondre aux questions posées.

Il existe donc une opportunité de développer ces activités de recherches dans le cadre d'un partenariat « gagnant gagnant » entre les différents acteurs du GHT :

- le CHU pourrait promouvoir plus de protocoles de recherche dans le champ des SSR avec une puissance statistique plus importante,
- les SSR pourraient participer à des activités de recherche en incluant les patients de leurs unités dans ces protocoles, être éligibles à la MIG et disposer d'un cadre méthodologique leur permettant d'être force de proposition.

Le CHU promoteur de ces recherches pourrait assurer la création d'une unité de coordination des recherches en SSR. Afin de pouvoir débiter cette activité, la mise à disposition d'un temps partiel d'attaché de recherche clinique et d'un temps de technicien d'études cliniques se déplaçant sur chacune des structures, doit permettre d'assurer la réussite du projet dans les SSR du GHT.

3. Enjeux, objectifs et actions

ENJEU : Affirmer la stratégie de l'offre de soins de suite et de réadaptation du GHT	
Objectif : Structurer une coordination des soins de suite et de réadaptation à l'échelle du GHT	
Actions proposées	<p>Mettre en place une coordination des SSR à l'échelle du GHT. Cette coordination stratégique doit être portée par un des établissements parties et aura pour objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none">- La clarification de la stratégie du GHT en matière d'offre publique de soins en SSR,- L'évaluation des besoins en matière de SSR de façon évolutive et prospective dans le cadre du prochain PRS (capacités et orientations – spécialisations)- Le pilotage des partenariats
Objectif : Piloter l'activité de SSR du GHT	
Actions proposées	<p>Mettre en place un groupe de pilotage de l'activité (fluidité et efficience) au sein du GHT qui devra définir les indicateurs de suivi issus de « trajectoire » et d'indicateurs médico-économiques (PMSI MCO, SSR et HAD).</p> <p>Ce groupe de pilotage sera constitué des référents « Trajectoire » des établissements parties et un médecin DIM / SSR.</p> <ul style="list-style-type: none">- Vérifier la bonne utilisation du dispositif Trajectoire au sein des établissements parties- Analyser les indicateurs et proposer des actions correctrices à la Coordination SSR du GHT en matière de fluidité notamment- Suivre la mise en œuvre des actions correctrices au sein des unités MCO, des unités SSR du GHT,- Poser le nombre minimal de capacités à détenir pour garantir une fluidité minimale au sein des établissements parties du GHT (ratio lits MCO/lits SSR)- Poser des objectifs aux opérateurs partenaires : HAD, SSIAD et Ehpad mais aussi, SSR privés, avec engagement à prendre en charge aussi des cas complexes, notamment pour ce qui concerne la complexité sociale puis évaluer les partenariats et les engagements des partenaires (unités MCO privées, SSR privés, HAD, SSIAD, EHPAD...)- Qualifier l'activité du GHT en vue de l'obtention de financements complémentaires éventuels sur les thèmes de la coordination des parcours de soins des personnes vulnérables / dépendantes...- Mettre en place un pilotage des parcours de soins<ul style="list-style-type: none">o par trajectoire avec anticipation de la demande SSR au plus tôt c'est-à-dire dès que l'indication « SSR » est posée et,o par la préparation de la sortie du SSR dès l'entrée dans la filière MCO

ENJEU : Améliorer la lisibilité de l'offre de soins en SSR du GHT**Objectif : Lisibilité de l'offre de soins de suite et réadaptation du GHT : Créer un document unique**

Actions proposées	<p>Créer un document de description de la filière SSR du GHT, selon le modèle du document réalisé par le Gérontopôle pour la description des filières gériatriques dans l'ex Midi Pyrénées, à adapter au SSR.</p> <ul style="list-style-type: none">- Ce document devra préciser les orientations des unités SSR du GHT ainsi que les indications des admissions en SSR selon les orientations ou les spécialités des unités SSR du GHT.- Diffuser le document aux unités MCO du GHT, aux partenaires privés, aux HAD, aux structures médico-sociales et aux professionnels de santé du premier recours dans les bassins de santé.
-------------------	---

Objectif : Lisibilité des parcours spécifiques

Actions proposées	<ul style="list-style-type: none">- SSR spécialisé en neurologie : réaffirmer les modalités d'orientation en SSR neurologique ainsi que les indications, notamment pour les personnes âgées présentant des comorbidités et victimes d'un AVC : présentation à réaliser au sein des CME et des CSIRMT- Parcours à structurer sur les filières « orphelines » : patients transplantés, appareillage, institutionnalisation du sujet jeune, onco-hématologie
-------------------	--

ENJEU : Améliorer la fluidité : coopérations et accès au recours de spécialités	
Objectif : Développer les coopérations et les partenariats	
Actions proposées au titre du projet de soins et du projet médical	<p>Coopérations au sein du GHT :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coordination territoriale des programmes et actions en éducation thérapeutique - Accès privilégié au sein des unités MCO de référence du GHT pour les patients hospitalisés au sein des unités SSR du GHT et définir les modalités de retour en SSR sur la base d'un outil commun au sien du GHT. - Développer les activités de recours : recours spécialisés en MCO mais aussi entre les unités de SSR (création d'un répertoire des ressources et compétences rares en SSR), utiliser la télé expertise pour diffuser l'expertise rare et de référence vers les unités dites polyvalentes (téléstaff et télé expertises pour recours spécialisés SSR). <p>Partenariats à développer ou à renforcer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - avec l'HAD et les SSIAD, essentiellement sur deux parcours spécialisés : personnes âgées et affections neurologiques, - avec les opérateurs privés en SSR pour harmoniser les profils de patients entre le secteur public et le secteur privé pour ce qui concerne les SSR polyvalents, les SSR spécialisés personnes âgées polypathologiques, affections neurologiques, locomoteur
Objectif : Améliorer l'accessibilité et la fluidité au sein des établissements parties	
Actions proposées au titre du projet de soins et du projet médical	<ul style="list-style-type: none"> - Anticiper les demandes d'admissions en SSR et la préparation de l'aval du SSR dès l'entrée dans la filière (unités MCO) - Mettre en place une coordination des parcours de soins complexes pour chacune des filières, comme cela est mis en place en cancérologie ou pour les personnes âgées
Objectif : Améliorer l'offre de soins en développant les modalités de prises en charges insuffisantes en SSR	
Actions proposées	<ul style="list-style-type: none"> - Développer des activités de SSR insuffisantes ou inexistantes au sein du GHT ou en lien avec les partenaires : les SSR spécialisés dans les affections d'onco-hématologie, SSR pour enfant et adolescent, SSR à orientation « patient atteint de pathologie psychiatrique », SSR à orientation cardiologique. - Développer les prises en charge ambulatoire ou alternatives à l'hospitalisation : les hospitalisations à temps partiel (dans les zones urbaines importantes), les HAD SSR, les consultations en SSR (médicales et paramédicales) et un hôpital de jour SSR spécialisé dans les affections neurologiques sur le CHU.

4. Plan d'actions 2017 – 2018

4 objectifs seront mis en œuvre dès 2017 / 2018.

Structurer une coordination des soins de suite et de réadaptation à l'échelle du GHT

Pilotes	Collège médical et Comité stratégique du GHT
Calendrier prévisionnel	Echéance de réalisation : 1 ^{er} semestre 2018
Indicateurs de suivi	Réalisé / non réalisé

Piloter l'activité de SSR du GHT

Pilotes	Etablissement partie en charge de la coordination des SSR pour le GHT
Calendrier prévisionnel	Au long cours
Indicateurs de suivi	Représentativité de tous les établissements parties : oui / non Nombre d'indicateurs définis et suivis Nombre d'actions proposées, mises en œuvre Incidence sur l'activité et son évolution

Lisibilité de l'offre de soins de suite et réadaptation du GHT : Créer un document unique

Pilotes	Pr Marque et Dr Salle
Calendrier prévisionnel	Lancement 2017 – échéance juin 2018
Indicateurs de suivi	Réalisé / non réalisé

Lisibilité des parcours spécifiques : neurologie et appareillage dans un premier temps

Pilotes	Pr Marque et Dr Salle
Calendrier prévisionnel	Lancement 2017 – échéance juin 2018
Indicateurs de suivi	Réalisé / non réalisé

C. DOCUMENTS COMPLEMENTAIRES

1. Les objectifs et actions en soins de la filière SSR

Rédacteurs : Mme C. Martineau, M. P. Carette, Mme C. Le Saux

a) Parcours patients, leur fluidité, leur coordination, les nœuds d'interaction

- Intégrer les soins de rééducation et d'éducation thérapeutique dans le raisonnement clinique.
Indicateur: traçabilité dans le dossier patient
- Nécessité d'identifier ce type de besoin dès la première prise en charge du patient
I : présence d'éléments de recueil de besoin dans le dossier patient
- Planifier le parcours de rééducation et d'éducation thérapeutique
I : planification effectuée

b) Les liens en « amont et en aval » notamment avec les paramédicaux de ville

- Réalisation, diffusion et utilisation d'une fiche de liaison commune pour les soins paramédicaux, identiques à l'ensemble du GHT, qui pourraient être transmises aux paramédicaux de ville.
I : présence de la fiche de liaison lors d'un changement de structure
- Sensibilisation des paramédicaux libéraux sur les référentiels de rééducation dans le but de constituer un réseau en aval pour une meilleure continuité des soins.

c) Intégration de la démarche éducative et la promotion à la santé

- Création d'une Unité transversale de coordination de l'éducation thérapeutique du GHT. 2 à 3 représentants par établissements du GHT.
- Harmonisation et déploiement des programmes d'éducation thérapeutique avec accompagnement des équipes conceptrices.
Indicateur : n programmes partagés et dispensés
- Possibilité de dispenser les programmes par visioconférence à distance.
- *Indicateur : activité brute, n patients bénéficiaires*

d) Utilisation et intégration des nouvelles technologies, les consultations à distance, etc...

- Diffusion de séances d'ETP à distance avec accompagnement sur le(s) sites « receveurs » d'un professionnel de santé. Les temps individuels (Dg éducatif, définition des objectifs, évaluation) seraient assurés sur chacun des sites.

e) Les ressources et les compétences rares, l'attractivité des professionnels

- Elaboration d'un répertoire dans le GHT pour ressources de compétences rares en vue de demande d'expertise à distance. Ex. techniques de rééducation, soins nutritionnels, techniques de surveillance et/ou administration de traitement spécifiques, interprétariat...
I : suivi de recours pour chaque professionnel identifié
- Recensement/ mise à jour annuel des données.
- Possibilité d'accompagnement des ressources expertes pour le développement de compétences transposées dans un établissement du GHT. (Eventuellement mobilité temporaire d'agents ?)
I : n équipes sollicitées / accompagnées et type de techniques

f) La qualité et la sécurité des soins, gestion des risques liés aux soins

- Harmonisation des prises en charge rééducatives pour l'ensemble des établissements du GHT (diététiciens, ergothérapeutes, orthophonistes et masseurs kinésithérapeutes) : Groupe de travail par typologie de patients et élaboration de référentiels.
I : évaluation par indicateur de l'utilisation des différents référentiels



2. Les unités SSR des établissements parties du GHT

a) SSR « affections des systèmes digestif, endocrinien et métabolique » du CHU de Toulouse

3 établissements de la région ont reçu l'agrément de l'ARS au début de l'année 2011, sous réserve de mise en conformité dans les 2 ans :

- clinique du château de Vernhes à Bondigoux (Haute Garonne Nord)
- clinique du château de Cahuzac (Tarn)

Le CHU de Toulouse (La Fontaine Salée, Salies du Salat), est le seul établissement public de Midi-Pyrénées ayant reçu l'agrément de l'ARS sous la mention « affections des systèmes digestif, endocrinien et métabolique », les deux autres établissements agréés étant privés (clinique du château de Vernhes à Bondigoux (Haute Garonne Nord) et clinique du château de Cahuzac (Tarn)).

Dans le cadre du SROS SSR, il a été noté que les besoins de la région étaient ainsi couverts.

Ce SSR de 26 lits accueille des patients obèses, un certain nombre d'entre eux étant aussi diabétiques. La circulaire relative aux SSR de cette filière met l'accent sur la nécessité de prestations d'éducation thérapeutique (programme autorisé par l'ARS), et d'au moins 3 séances de prise en charge rééducative par jour. L'unité de SSR spécialisée du CHU a la particularité d'une compétence forte dans le champ du diabète. Le recrutement a ainsi une couleur diabétologique plus marquée que celui des autres établissements, avec notamment un adressage direct par les spécialistes de la région. L'objectif de ces séjours est d'aider les patients à changer de façon durable leurs habitudes de vie tant sur le plan alimentaire que sur celui de l'activité physique, dans une perspective de perte de poids, et d'amélioration de l'équilibre pour les patients qui sont également diabétiques.

L'unité de SSR de Salies du Salat est une des unités fonctionnelles du service de Diabétologie, Maladies Métaboliques, Nutrition du CHU de Toulouse dirigé par le Pr H. Hanaire. Sa responsabilité est assurée par le docteur I. Augustin - Pascalis, PH temps plein qui exerce 80% du temps à Salies du Salat et 20% du temps à Ranguetil. Elle est assistée par le docteur J. Spiess, PH à 60%, qui exerce 40% du temps à Salies du Salat et 20% du temps à Ranguetil. Ceci représente 1,2 ETP de médecin senior sur place. Un interne du DES d'Endocrinologie, Diabète, Maladies Métaboliques est également présent sur le site, qui représente un des lieux de formation à la spécialité.

L'équipe est constituée de personnels formés au diabète, à l'obésité et à l'éducation thérapeutique : médecins, infirmières, diététiciennes, kinésithérapeute, éducateurs sportifs, psychologue. Les infrastructures dont nous disposons pour l'activité physique sont la piscine, la salle de gymnastique, des vélos d'appartement adaptés, les marches à l'extérieur. Les infrastructures pour la diététique sont la salle d'éducation thérapeutique, une borne d'éducation nutritionnelle, la salle à manger, le buffet pédagogique. La cuisine pédagogique est en construction.

b) SSR « affections du système nerveux » du CHU de Toulouse

Ce SSR de recours spécialisé dans les affections du système nerveux est rattaché au pôle neurosciences, situé sur l'hôpital Ranguetil ; il est constitué de 4 unités et gère des activités de recours dans le domaine de la neuroréadaptation.

- Unité d'hospitalisation conventionnelle de neuroréadaptation

Elle comprend 23 lits. Les pathologies prises en charge sont principalement :

- rééducation, réadaptation AVC
- réadaptation et suivi médical de blessé médullaire
- rééducation et réadaptation de patients SEP
- prise en charge de la spasticité
- suite de chirurgie d'escarres
- apprentissage des auto-sondages et bilan de neuro-vessie
- suite de chirurgie de Neuro-orthopédie
- réadaptation et positionnement complexes en particulier chez le paralysé cérébral adulte
- prise en charge de douleurs neuropathiques

En 2016, l'âge moyen des patients était de 50 ans, la DMS de 16 jours, la dépendance physique moyenne était de 9 (max 16) et la dépendance cognitive moyenne de 3 (max 8).

38% des patients n'étaient pas résidents de la Haute-Garonne.

- Unité d'hospitalisation conventionnelle de rééducation post-réanimation

C'est une unité de 6 lits. L'objectif de cette unité est de commencer une rééducation spécifique et intensive dans les meilleurs délais chez des patients nécessitant des traitements ou une assistance médicale incompatible avec leur transfert dans un SSR conventionnel. Cette unité s'adresse donc en priorité à :

- blessé médullaire ou accident du tronc cérébral sous ventilation mécanique
- AVC ou blessé médullaire craniectomisés et/ou trachéotomisés
- Neuropathie de réanimation sévère
- Transplantés multicompliqués

En 2016, l'âge moyen des patients est de 54 ans, la DMS de 26 jours et 58 % des patients étaient domiciliés dans un autre département que la haute Garonne. La dépendance physique moyenne était de 13, la dépendance cognitive de 5.

- Les unités ambulatoires :

Hospitalisation temps partiel de neuroréadaptation :

C'est une unité de 10 places qui s'adresse aux patients possédant une autonomie suffisante et résidant dans l'agglomération toulousaine. Les pathologies prises en charge sont :

- rééducation et réadaptation des AVC
- rééducation et réadaptation des troubles cognitifs dans le cadre des AVC, des TC ou de pathologies neurologiques infectieuses ou inflammatoires

L'âge moyen des patients était de 47 ans en 2016 et la DMS de 5j.

Hospitalisation de jour MCO de MPR :

Il s'agit d'une unité d'hospitalisation de jour de 1 place, soumise à la tarification à l'activité qui prend en charge le plus souvent dans le cadre des circulaires frontières, des patients nécessitant une évaluation (bilan urodynamique le plus souvent) ou un geste thérapeutique (toxine botulique).

- Les activités de recours :

Le service de MPR du CHU est amené à réaliser des activités très spécialisées dites de recours.

- Bilan et traitement de la spasticité : injections de toxine botulique et bloc moteur :

Le service de MPR réalise une vingtaine de séances d'injections de toxine botulique par semaine dans le cadre du traitement de la spasticité. Cela représente 80% des injections de toxine botulique réalisées dans

l'ex-région Midi-Pyrénées. Il s'agit d'une activité saturée puisque le délai moyen d'attente pour une injection ou une réinjection est de 10 mois alors que les effets de la toxine se prolongent 4 mois en moyenne. Ces injections sont réalisées le plus souvent dans le cadre de l'unité d'HJ MCO (UF 1603). Par ailleurs, l'évaluation de la spasticité nécessite parfois des techniques complexes telles que les blocs anesthésiques moteurs. Ces Blocs moteurs sont le plus souvent réalisés en hospitalisation conventionnelle (UF 1600).

- Analyse quantifiée de la marche (AQM) :

Depuis les décrets de 2008 concernant les SSR, la mention SSR spécialisée affection du système nerveux nécessite l'accès à un laboratoire d'analyse du mouvement et de la marche. La plupart des SSR spécialisés dans les affections du système nerveux de la région ne dispose pas de cet équipement qui nécessite des compétences humaines très spécialisées. Ces SSR ont donc passé une convention avec le CHU qui dispose dans le service d'exploration fonctionnelle et de physiologie d'un laboratoire d'analyse quantifié de la marche et de l'équilibre. Le service de MPR en collaboration avec le service de physiologie (Dr Gasq) participe à l'interprétation des AQM et aux décisions thérapeutiques qui en découlent. L'analyse et l'interprétation des AQM est à la base de la RCP de neuro-orthopédie.

- Bilan et prise en charge des neurovessies :

Le service de MPR dispose d'une chaîne urodynamique et des compétences pour évaluer et prendre en charge les conséquences sur l'appareil urinaire et rénal des affections du système nerveux :

- bilan urodynamique
- apprentissage des autosondages
- injection de toxine botulique dans le sphincter strié

L'ensemble des décisions et des prises en charge fait l'objet de discussion en RCP de neuro-urologie.

- Les activités de téléexpertises :

Le service de MPR est un des organisateurs de réunions de concertation pluri-disciplinaire accessibles en télé-médecine:

Neuro-urologie en collaboration avec le service d'urologie (Pr Gamé) : permet aux structures de santé de la région d'avoir accès à une expertise dans le domaine des conséquences sur l'appareil urinaire et rénal des affections du système nerveux. Tous les jeudi à 17h service d'urologie chu Rangueil.

Neuro-orthopédie : permet de discuter des traitements de la spasticité (toxine botulique, pompe à baclofène), ainsi que de la balance bénéfice risque des chirurgies fonctionnelles qu'elles soient orthopédiques ou neurochirurgicales. 1^{er} Mercredi du mois à 17h, service de MPR de Rangueil.

- La clinique du positionnement :

Il s'agit d'une structure regroupant des ergothérapeutes et un médecin permettant de faire en ambulatoire (UF 1602 : HTP SSR) le choix et la prescription de fauteuil roulant manuel ou électrique ainsi que le positionnement sur ce fauteuil lors de situations complexes : polyhandicap, myopathie, tétraplégique, paralysie cérébrale....

- Traitement des douleurs neuropathiques par rTMS et thérapie miroir :

le service de MPR a développé en relation avec le centre anti-douleur du CHU, un programme de prise en charge des douleurs neuropathiques d'origine centrale par stimulations cérébrales non invasives (rTMS) et apprentissage de l'autorééducation par boîte à miroir. Ce programme nécessite une journée d'essai en HJ (UF 1603), une semaine de prise en charge en HTP (UF 1602) ou en hospitalisation conventionnelle (UF 1600) et des consultations d'évaluation avant le programme puis 1 mois, 3 mois et 6 mois après la prise en charge. Les établissements les plus proches capables de proposer ce type de traitement sont les CHU de Bordeaux, Clermont-Ferrand et Marseille.

- Consultations de MPR :

Les médecins du service de MPR du CHU ont une forte activité de consultations. Cette activité ne fait l'objet d'aucun bilan chiffré de la part de l'administration du CHU, mais les estimations que nous avons pu faire sur la base de semaines types et pour 40 semaines ouvrables retrouvent entre 2300 et 2500 consultations annuelles.

Cette estimation ne tient pas compte des consultations multidisciplinaires réalisées par des MPR dans d'autres services du CHU : neuro-urologie (service d'urologie), parkinson, SEP (service de neurologie), escarres (service de chirurgie plastique), Neuro-orthopédie (service de MPR Rangueil).

o Le plateau technique :

L'ensemble de ces structures partage un plateau technique de rééducation comprenant des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des orthophonistes, psychologue.

Ce plateau technique ne dispose pas d'une balnéothérapie. Il est équipé de salles de kinésithérapie, d'ergothérapie, d'une cuisine thérapeutique, d'un appareil isocinétique, d'un dispositif d'évaluation de l'équilibre (stabilométrie), d'un dispositif d'assistance robotisé du membre supérieur, des appareils permettant de faire de l'électrothérapie et des stimulations cérébrales non invasives, d'ordinateur permettant de faire de la rééducation cognitive, de l'accès à un laboratoire d'analyse quantifié de la marche ainsi qu'à l'ensemble du plateau technique d'imagerie du CHU.

o L'équipe médicale :

Elle intervient de façon mutualisée sur l'ensemble des unités du service. Chaque praticien réalise au minimum 2 demi-journées de consultations par semaine.

Elle comprend :

- un chef de clinique (1 ETP) : Dr Charlotte Chotard
- 2 PH (1,6 ETP) : Dr Castel-Lacanal (1 ETP), Dr Terracol (0,6 ETP)
- 2 PU-PH (1 ETP) : Pr Marque, Pr de Boissezon

Soit au total 3,6 ETP répartis sur 5 praticiens.

c) SSR spécialisé dans les affections cardio-vasculaires du CHU de Toulouse

Il s'agit d'une unité de 10 places dépendant du pôle cardiovasculaire du CHU, qui partage le plateau technique de rééducation avec le service de MPR du CHU Rangueil. Elle dispose d'une salle spécifique qui est équipée de dispositifs de réadaptation à l'effort (bicyclette ergométrique, rameur, tapis roulant). Elle a accès dans le service de cardiologie du CHU, au matériel permettant de réaliser des épreuves d'effort. Elle dispose de kinésithérapeutes, de personnels STAPS et d'infirmière permettant de proposer des programmes d'éducation thérapeutique, de rééducation et de réadaptation à l'effort chez des patients présentant des pathologies coronariennes ou une insuffisance cardiaque.

1 PH représentant 1 ETP spécialiste de MPR (Dr Marc Labrunée) s'occupe de cette unité dont la chefferie de service dépend du Pr Galinier service de cardiologie Rangueil.

d) SSR polyvalent et spécialisé de la fontaine salée à Salies du Salat

Le service de médecine et de réadaptation comprend deux unités.

- SSR spécialisé dans les affections de l'appareil locomoteur

Il s'agit d'une unité qui a une vocation de bassin. Elle comprend 30 lits. Elle a développé récemment une activité de recours auprès des patients porteurs d'un syndrome d'Elhers Danlos.

- SSR polyvalent à orientation des maladies neuro-dégénératives

Il s'agit d'une unité de 20 lits qui jusqu'à la dernière campagne de labellisation était une unité de SSR spécialisé affection du système nerveux. Compte tenu de l'excédent de SSR spécialisé affection du système nerveux dans le sud de la haute Garonne, ce SSR a été requalifié en SSR polyvalent. Il a depuis développé dans le cadre du plan national des maladies neurodégénératives une activité de séjours de réadaptation à destination des patients SEP, parkinson, MSA, post polio. L'unité est en cours de contractualisation d'une activité de coopération avec les MAS de Rieux Volvestre afin de créer un lien pour ces malades entre le secteur sanitaire et médico-social.

- L'équipe médicale

Ces deux unités sont sous la responsabilité de 3 praticiens (2,6 ETP moyen) : 1 assistant (Dr Manon Favet 1 ETP), 1 PH (DR Thomas Van den Bosche 0,8 ETP), 1 PH attaché (Dr Marie Neige Darroussat 0,8 ETP).

- Le plateau technique

Les unités de SSR de salies du salat bénéficient d'un plateau technique de rééducation conforme aux moyens nécessaire à un SSR spécialisé affection de l'appareil locomoteur et comprenant une balnéothérapie de 25 sur 15 à profondeur variable, des appareils d'électrothérapie, tapis roulant, appareil de stabilométrie. Ce plateau est animé par une équipe de rééducation comprenant des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, un APA, une orthophoniste, une psychologue.

e) Centre de rééducation intensive des laryngectomisés du CHU

Ce SSR dispose de 5 places à temps partiel, sur une autorisation de SSR polyvalent. Il est situé sur l'hôpital Larrey, rattaché au Pôle des voies respiratoires, situé au sein du service d'ORL.

Le plateau technique est mutualisé avec l'unité de la voix et de la déglutition.

La prise en charge des patients se fait sur des séjours courts (séjours d'une semaine à 3 semaines maximum en continu avec une personnalisation en fonction de la fatigabilité).

Cette unité propose des évaluations fonctionnelles instrumentalisées : Nasofibroscopie, tests de de déglutition sous nasofibroscopie ou sous radioscopie, enregistrements vocaux et bilan aérodynamique (de la parole principalement) plus fréquente pour adapter la rééducation au plus près du suivi des progrès des patients.

f) SSR spécialisés « personnes âgées poly pathologiques » (PA-PP) du CHU de Toulouse

Ces SSR spécialisés dans les affections du sujet âgé sont rattachés au pôle de Gériatrie, situé sur l'hôpital Garonne, ils sont constitués de 4 unités avec des projets médicaux et des profils de patients pris en charge très différents.

- Unité d'hospitalisation conventionnelle PAPP à orientation neuro locomoteur

28 chambres à 1 lit, 1 chambre 2 lits.

10 lits à orientation neurologique (filière AVC sujet âgé, Parkinson sujet âgé),

20 lits à orientation locomotrice (traumatologie du sujet âgé, orthopédie infectieuse, ré autonomisation chez PA-PP).

- Recrutement

Travail en filière : lien avec le service de traumatologie du CHU et le service de neurologie du CHU, intervention de l'EMG.

Les admissions se font via Trajectoire.
Le plateau technique est situé au sein de l'unité.

- Les effectifs :

Personnel médical 1.7 ETP (dont neurologue gériatre, gériatre MPR, Rhumatologue gériatre, gériatre).
Cadre de santé 1 ETP, IDE 13 ETP, AS 22 ETP, Kinésithérapie 3.7 ETP, Ergothérapeute 0.7 ETP, Psychologue 0.6 ETP, Diététicien 0.8 ETP, Orthophonie 0.3 ETP, Assistante sociale 1 ETP
Secrétaire 1 ETP.

En 2016, l'âge moyen des patients était de 83 ans, la DMS de 41 jours, la dépendance physique moyenne était de 11.3 (max 16) et la dépendance cognitive moyenne de 3.3 (max 8). 9% des patients n'étaient pas résidant de la Haute-Garonne.

- Unité d'hospitalisation conventionnelle PAPP à orientation Oncogériatrique

20 lits PA-PP : 18 chambres à 1 lit, 1 chambre double.

Projet médical : unité à orientation oncogériatrique et de ré autonomisation de la PA-PP

- Recrutement

Travail en filière avec le service d'oncologie, l'unité d'oncogériatrie du pôle et l'équipe mobile d'oncogériatrie.

Les admissions se font via Trajectoire

Le plateau technique est situé au sein de l'unité et le plateau technique de l'hôpital Garonne est aussi utilisé.

En 2016, l'âge moyen des patients est de 83 ans, la DMS de 26.6 jours et 15 % des patients étaient domiciliés dans un autre département que la haute Garonne. La dépendance physique moyenne était de 11.8, la dépendance cognitive de 4.1.

- Unité d'hospitalisation conventionnelle PAPP à orientation Cardiogériatrique

20 lits PA-PP: 18 chambres à 1 lit, 1 chambre double.

Projet médical : orientation cardiogériatrique et ré autonomisation PA-PP.

- Recrutement

Travail en filière avec le service de cardiologie, l'unité de cardiogériatrie du pôle de gériatrie et l'unité de Post-Urgences gériatriques (orientation cardiologique)

Les admissions se font via Trajectoire

Le plateau technique est situé au sein de l'unité et le plateau technique de l'hôpital Garonne est aussi utilisé.

- Les effectifs pour les unités de SSR PAPP orientation oncogériatrie et cardiogériatrie (soit, pour les 40 lits PA-PP)

Personnel médical : 2.2 ETP (dont gériatre, cardiogériatre)

Cadre de santé 1 ETP, IDE 20 ETP, AS 28 ETP, Kinésithérapie 3.9 ETP, Psychologue 0.2 ETP, Ergo 0.6 ETP, Diététicien 1 ETP, Orthophonie 0.2 ETP, Assistante sociale 1 ETP

Secrétaire 0.5 ETP

En 2016, l'âge moyen des patients est de 85.8 ans, la DMS de 28.6 jours et 5 % des patients étaient domiciliés dans un autre département que la haute Garonne. La dépendance physique moyenne était de 12.5, la dépendance cognitive de 5.1.

- Unité d'hospitalisation conventionnelle PAPP Cognitivo-Comportementale

Unité de 12 lits : 12 chambres seules.

Cette unité répond au cahier des charges des UCC, elle est l'unité de recours pour les autres UCC de la région, et assure la mission d'animation régionale des UCC.

Elle répond aux conditions architecturales requises : chambres seules, en rez-de-chaussée avec un accès extérieur, condition de sécurisation...

- Recrutement

50% entrée directe (domicile, EHPAD), 50% MCO (viatrajectoire peu adapté)

- Les effectifs

Personnel médical: 1.2 ETP dont un neurologue gériatre

Cadre de santé 0.5 ETP, IDE 7 ETP (1 IDE est présente la nuit), AS 11 ETP dont 2 ASG (1 AS est présente la nuit); Kinésithérapie 0.5 ETP, Ergothérapeute 0.5 ETP, Diététicien 0.2 ETP, Psychologue 0.3 ETP, Arthérapeute 0.2 ETP, Orthophonie 0.1 ETP; Secrétaire 0.5 ETP; Assistante sociale 0.5 ETP

En 2016, l'âge moyen des patients est de 77.4 ans, la DMS de 34.3 jours et 13 % des patients étaient domiciliés dans un autre département que la haute Garonne. La dépendance physique moyenne était de 11.3, la dépendance cognitive de 7.2.

Les activités de télé expertise au niveau comportementale inter UCC et UCC-UHR sont organisées par l'UCC du CHU de Toulouse

- Le plateau technique sur l'Hôpital Garonne

Ces unités partagent un plateau technique de rééducation comprenant des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des orthophonistes, des psychologues.

Ce plateau technique ne dispose pas de balnéothérapie. Par contre il est équipé de salles de kinésithérapie, d'ergothérapie, d'un appareil isocinétique, d'appareils permettant de pratiquer de l'électrothérapie, de l'accès à un laboratoire d'analyse quantifié de la marche ainsi qu'à l'ensemble du plateau technique d'imagerie du CHU.

g) SSR des Hôpitaux de Luchon

Dans le canton de Bagnères de Luchon au cœur des Pyrénées centrales (35000 habitants)

L'activité SSR est déployée sur deux sites (4 médecins):

SSR Locomoteur (45 lits et 7 places HDJ) CRF COURS DES QUINCONCES

SSR Neuro (20 lits) CRF COURS DES QUINCONCES

SSR Polyvalent (10 lits sur un site CRF COURS DES QUINCONCES et 6 lits sur le Centre de Convalescence et gériatrie)

SSR Personnes âgées poly pathologiques 20 lits sur le Centre de Convalescence et gériatrie

Pour 2016 : 1141 patients pris en charge (175 neuro, 549 loco, 309 PAP et Polyvalents, 108 HDJ), 33290 journées réalisées, DMS 29,8 jours. Âge moyen : 76,53 ans. Sexe Femmes 62,69%, Hommes 37,31%.

- Les ressources humaines :

Une équipe pluri-disciplinaire comprenant :

- Médecins (2MPR, 1 rhumatologue, 1 gériatre)
- Kinésithérapeutes et un cadre
- Ergothérapeutes
- Orthophonistes
- Diététicienne
- Psychologue
- Assistantes sociales

La permanence des soins est assurée 24h/24

- o Les locaux et le plateau technique :

- une salle d'ergothérapie, une salle dédiée à la neurologie et plusieurs salles dédiées au locomoteur avec les appareils classiques de rééducation,
- balnéothérapie avec piscine et baignoires
- fangothérapie, et de presso-thérapie, stabilométrie,

Imagerie médicale avec radiographie (disponible du Lundi au Vendredi pour les patients hospitalisés et les personnes extérieures).

Utilisation de MEOPA, d'un Bladder scan, doppler de poche pour IPS, appareil d'échographie.

Le site est équipé en Télémédecine.

- o Recrutement

Pour 2016, 77,91% viennent de la Haute-Garonne, 17,44% de Midi-Pyrénées et 4,65% hors région.

Le recrutement est essentiellement local : le canton de Luchon, les cantons avoisinants ou de Saint-Gaudens.

La plateforme Viatrajectoire est l'outil de référence, sauf pour les admissions du domicile par formulaire papier adressé au bureau des entrées par courrier, email ou fax.

Etablissements d'amont :

- service médecine ou orthopédie du CHCP Saint-Gaudens, rarement avec le service des urgences.
- CHU pôle neuro-sciences avec un partenariat (Pr Cholet)
- CHU Pôle locomoteur
- Cliniques privés essentiellement Occitanie et Médipole...
- Service médecine ou orthopédique Hôpitaux de Lannemezan
- CH Tarbes

- o Prise en charge

Patients neuro : Post AVC ou AVC chronique / Pathologies neuro-dégénératives / SEP

Exclusion : blessés médullaires / traumatisés crânien sévère / trachéotomisés / EVC et EPR.

Sollicitation du CHU pour l'uro-dynamique, le positionnement fauteuil roulant, la neuro orthopédie, labo de marche.

Filière AVC CHU/CHCP/HDL

Toxines faites sur le CHU service MPR

Patients locomoteurs : chirurgie orthopédique, amputés du membre inférieur, pathologie du rachis, patho rhumatismale

Patients mineurs à partir de 16 ans sur dérogation.

Patients polyvalents et spécialisés PAP : plutôt personnes âgées avec des pluri-pathologies.

Prise en charge pluri-disciplinaire en individuel ou en groupe par plusieurs professionnels (ergo, kiné, diététicienne, orthophonistes, psychologues).

Activités de groupe :

- Relaxation avec mobilisation par kiné
- Relaxation par psychologue
- Atelier chant, atelier discussion par orthophonistes
- Atelier diététique par Diététicienne diplômée d'éducation thérapeutique : atelier du sel...

Plaie et cicatrisation avec des référents sur sites et un partenariat avec le centre de cicatrisation du CHCP (télémédecine possible)

PIII : plan d'intervention interdisciplinaire individualisé pour renforcer le projet de vie

Intervention de l'équipe mobile de gériatrie du CHCP sur les HDI

Travail avec le CMP DU SECTEUR dépendant des hôpitaux de Lannemezan (hors GHT) et le centre d'addictologie.

Prestataires extérieurs intervenant sur les HDL :

- orthoprothésistes
- podo-orthésistes
- podologues-pédicures

- Consultations externes

MPR, rhumatologie, obésité pédiatrique RéPPOP, habilitation fauteuil roulant électrique, diabétologie.

- Projets à court terme

Thérapie contrainte (formation en cours de plusieurs professionnels)

Musicothérapie dans le cadre de la douleur (formation en cours des professionnels)

Toxine botulique (dossier financier en cours de traitement)

Deux professionnels (médecin et orthophoniste) inscrit au DU de neuro-psychologie

Modernisation du CRF (plateau technique et hébergement) avec la construction d'un gymnase: automne 2017

- Projets à plus long terme :

Développer l'expertise en appareillage amputation membre inférieur avec un local dédié.

Positionnement fauteuil roulant du sujet âgé en HDJ

Réflexion sur une HAD SSR

Renforcer les liens entre SSR HDL et SSR CHCP (questionnement sur la fragilité de la personne âgée, risque de chute, réunions échange et partage d'expérience)

Améliorer son équipement de télémédecine pour favoriser la télé-expertise (psycho-gériatrie, neuro-orthopédie, neurologie...)

- Souhaits :

Uniformisation des pratiques par des formations, des rencontres avec les différents acteurs des sites du GHT.

Réalisation de protocoles communs.

Participation à des programmes de recherche avec le CHU.

Travail sur SSR à domicile.

- Problématiques :

Délai de séjour élevé en rapport avec une capacité de lits d'aval insuffisante. Pas assez de place en SSIAD, SICASMIR, place en EHPAD. Patients de plus en plus isolés avec une notion de fragilité.

Prise en charge du patient avec des troubles psycho-comportementaux ou psychiatriques dans une structure ouverte et où le personnel n'est pas formé.

Place de jour étiquetée locomoteur avec une demande neuro qui est tout de même prise en compte.

SSR polyvalent / SSR spécialisé PAP : souvent des patients âgés poly-pathologiques qui ne correspondent pas forcément aux critères du SSR polyvalent

Mauvais adressage du patient avec des demandes VIATRAJECTOIRE non correctement remplies. Evaluation de l'efficacité de ce logiciel d'admission.

Pas d'interne dans les services.

Eloignement géographique en bout de département et en zone de montagne

h) SSR du CH Comminges-Pyrénées

Unité de 20 lits de SSR polyvalent.

Age : 94.4% ont plus de 75 ans

DMS : 27.7 jours

- Environnement de l'unité :

Au sein du CHCP. Fait partie du pôle de gériatrie. Evolue au sein de la filière gériatrique (court séjour, USLD, EMG, HDJ gériatrie, consultation mémoire/gériatrie, EHPAD)

Présence sur le site de services MCO (médecine, cardiologie, pneumologie, court séjour gériatrique, réanimation, urgences, laboratoire, radio / scanner/IRM)

A disposition : consultation gastro, cardio, pneumo, médecine interne, rhumato, psychiatrique, CICA, EMSP, dermato)

- Au sein du service :

18 chambre seule, 1 chambre double, 1 salle kiné + ergo, 1 salle pour l'APA.

Equipe soignante : médecin gériatre (réfèrent trajectoire sur le CHCP, activité de consultation mémoire et gériatrique), cadre, IDE, AS, ASH, kiné, ergo, APA, assistant social, diététicien, neuro psychologue, orthophoniste.

- Provenance / devenir des patients

Outil de recrutement : via trajectoire

Provenance : 94% de MCO, 3.2% domicile, 1.6% de SSR

Devenir : 67.2% domicile/ EHPAD, 14% USLD, 6% décès, 6.4% transfert service MCO

- Objectifs de prise en charge :

Prise en charge de patients âgés présentant des décompensations pouvant relever de plusieurs pathologies chroniques ou invalidantes risquant d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une déficience source de dépendance physique ou psychique.

Project de réadaptation, travail sur le devenir.

Pas d'éducation thérapeutique (profil de patient non en capacité)

- Points forts :

Travail pluridisciplinaire avec des acteurs performants

Plateau technique disponible inhérent à la structure hospitalière sur place

- Problèmes rencontrés :

Difficultés d'exploiter l'outil statistique de via trajectoire du fait de dossiers non finalisés

Problème de l'aval : place en EHPAD, place en SSIAD

Partenariat avec la géronto psychiatrie qui fait partie d'un autre GHT (cela posera-t-il problème à l'avenir ?)

Prise en charge des patients en soins palliatifs

Le patient gériatrique nécessite une prise en charge locale (la notion de territoire ne devrait pas entrainer une mobilisation des patients mais une circulation des compétences autour du patient hospitalisé près de chez lui)

- Perspectives / projets :

Développer le partenariat avec le CHU dans des secteurs tels que les troubles du comportement par exemple, et probablement la télémédecine à des fins d'expertise.

Améliorer l'orientation des patients en SSR par une utilisation qualitative de via trajectoire

Développer les structures d'aval afin de fluidifier la filière de soins

Au niveau du service : réévaluer le temps des paramédicaux au vu du projet de SSR PAP (temps kiné, temps IDE...)

Un projet de mise en place d'un espace de simulation des activités instrumentales de la vie quotidienne

i) SSR du CH de Graulhet, polyvalent

Unité de 20 lits de SSR polyvalent en hospitalisation complète

Age moyen : 82.8 ans

DMS : 22.6 jours en 2016

- Plateau technique

20 chambres seules, 1 salle de rééducation (kinésithérapie et ergothérapie)

Equipe soignante commune au service de médecine et de SSR : 2 médecins libéraux et un 0.5 PH médecin du CH d'Albi, cadre, IDE, AS, ASH, kiné (libéraux), ergo (0.2), assistante sociale (0.5), diététicien (0.2).

UMG en partenariat avec le CH de Lavaur, un outil de télémédecine.

A disposition : consultations externes, gastroentérologie, diabétologie, consultation mémoire.

- Provenance / devenir des patients

Outil de recrutement : via trajectoire

Provenance : 58.3% établissements de santé, 11.6 % domicile, 30.1% entrées par mutation d'un autre service de l'établissement.

- Objectifs de prise en charge :

Prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

- Problèmes rencontrés :

Démographie médicale

Pas de plateau technique

Problème de l'aval

Nutrition/ Douleur (traçabilité)

- Perspectives / projets :

Renforcer et consolider l'offre médicale.

Renforcer la coopération avec les structures en aval des services de médecine SSR

Elargir le « plateau technique » pour capter une patientèle plus large
Améliorer la valorisation de l'activité
Travail sur projet thérapeutique (notamment aspect nutrition/ douleur)

j) SSR du CH de Lavar, spécialisés et polyvalents

Unité de 60 lits en HC : 20 lits locomoteurs, 20 lits poly pathologies et 20 lits polyvalents,
5 places sur la spécialité « locomoteur ».
Moyenne d'âge : 70,5 ans en 2016
Durée moyenne du séjour : 28,3 en 2016

○ Plateau technique

Le site est équipé avec balnéothérapie et salle BUD.

Salle de gymnastique, parcours de marche, tapis roulant, tables de soins, verticalisateurs, vélo de rééducation, plateforme équilibre, matériel de drainage lymphatique, ergo bike médical, mécanothérapie, TENS, US, tables de massage, espaliers, appareils de physiothérapie, cryothérapie, boue chauffante, pouliothérapie, escalier d'entraînement, salle de rééducation pelvi-périnéale, salle d'ergothérapie équipée et atelier de rééducation un secteur de balnéothérapie, appareillage (avec des prothésistes externes) et d'autres équipements

○ Equipe soignante :

1 MPR qualifié, 2 gériatres à temps plein, consultations MPR (en cours de développement)
1 cadre rééducateur à temps plein
1 infirmière coordonnatrice qui intervient 2 h le matin que pour les entrées (coordonne et planifie les demandes via trajectoire et les demandes d'autres services internes après l'accord du médecin du service)
9 kinésithérapeutes, mutualisé sur l'hôpital dont 6,5 ETP pour le SSR.
3 ergothérapeutes : 2,6 ETP
1 psychologue : 0,5 ETP
2 diététiciennes sur l'hôpital, 2 assistantes sociales, 1 orthophoniste

○ Provenance des patients :

-domicile avec passage par les urgences : 18,5%
- mutation d'autres services : 41,5%
-transfert internes : 39,5%
Transfert pour ou après réalisation d'un acte : 0,4%

○ Destination :

-3/4 des patients rentrent à leur domicile : 77,5%
-décès : 2%
Mutation (psychiatrie, US courte durée, US de suite et réadaptation, US longue durée) : 7,3%
Transfert : (domicile +HAD : 2,7%, psych,USCD, USsrr, USLD) : 10,5%

○ Recrutement :

-médecins de ville
-transferts en internes
-convention CHU (des patients du bassin vus en consultation sur le CH Lavar et qui sont opérés au PPR)
-demandes d'autres établissements (ALBI, CASTRES, CLAUDE BERNARD, UNION,...)
En 2016 : 224 admissions effectives via trajectoire

- Programme d'éducation thérapeutique

Mis en place, après autorisation par l'ARS: « préserver son autonomie » composés de 6 ateliers :

- Je reste actif (kiné)
- Bien vivre en gérant mon stress (psycho)
- Je sécurise mon environnement (ergo)
- Mieux vivre mon quotidien (assistantes sociales)
- Manger mieux selon mes envies (diète et aide-soignante)
- Je surveille ma tension artérielle, pourquoi ? (médecin et IDE)

- Parcours de soin :

Soins continus ---->UHCD ->service de médecine -->SSR

Sorties vers :

Domicile avec SSIAD, domicile avec évaluation UMG, domicile avec HAD

Maison de retraite, USLD, UCC (castres)

Autres services de soins : soins continus, UHCD, médecine, CHU de Toulouse, cliniques privées, CH ALBI, CHIC-Castres Mazamet...

- Problèmes rencontrés :

Problèmes de placement : démarches débutées en SSR alors qu'elles pourraient être débutées avant (autres services, médecin traitant...).

Patients ayant une affection neurologique (AVC, HSD)

Patients ayant des maladies psychiatriques (% qui augmente)

Patients déments qui après un épisode médical aigu perdent leur repères et ne peuvent plus réintégrer leur domicile comme avant l'hospitalisation → placement. Souvent ces patients sont en attente de placement sans prise en charge spécifique médicale

Patients qui perdent leur autonomie après un alitement prolongé dans d'autres services

Patient en soins palliatifs L'HAD qui ne prend en charge que les patients « entourés » par la famille et avec des critères bien précis.

Les places limitées des maisons de retraite temporaires

Patients admis directement après passage par les urgences ou des patients sortis du service de médecine non cadrés / le SSR doit assurer une prise en charge lourde pour la structure.

- Actions mises en place :

Une durée de séjour est proposée dès l'acceptation du dossier d'admission du patient (via trajectoire ou autre)

Fixer dès la première semaine d'admission du patient en SSR le projet de vie avec lui ou sa famille s'il est dans l'incapacité de prendre des décisions (démences...), ce qui permet de préparer le patient et son entourage à la sortie et mettre en place tôt les aides ou inscriptions dans les structures d'amont.

Etudier toutes les demandes d'admission.

- Propositions :

Informier le médecin traitant avec des réunions organisées avec une équipe sociale des différentes possibilités d'aides et de placements (temporaires..) existantes avec des préinscriptions en maisons de retraite.

Proposer aux médecins traitants des visites par l'UMG chez des patients qu'ils jugent fragiles et mettre en place des plans d'action évitant les hospitalisations en urgence et encourageant les préinscriptions dans des structures adaptées, et même programmer des admissions directes en SSR permettant de diminuer les admissions aux urgences.

Modifier les critères de prise en charge de l'HAD

Développer les SSIAD

k) SSR du CH de Muret

○ Personnel

L'équipe pluridisciplinaire comprend des médecins gériatres, des infirmiers, un cadre de santé, des kinésithérapeutes, un psychomotricien, un ergothérapeute, un neuropsychologue, un diététicien et des assistants de service social. Un médecin et une infirmière sont formés à l'accompagnement des patients en soins palliatifs. La permanence des soins est assurée par une astreinte médicale 24h/24. Le SSR bénéficie d'un agrément pour un poste d'interne en médecine générale.

○ Equipement

Les locaux sont conformes aux normes en vigueur et accessibles aux personnes à mobilité réduite dans le respect de la réglementation en vigueur. Ils comportent uniquement des chambres à un lit équipés d'appel malade et des fluides médicaux (oxygène, vide), des espaces réservés aux activités de consultations, des espaces dédiés à la kinésithérapie, un salon pour les familles. Le service dispose d'un chariot d'urgence, d'un électrocardiographe, d'un bladder scan, d'un moniteur de surveillance des signes vitaux et de MEOPA. Les locaux sont sécurisés et les populations spécifiques de personnes âgées, notamment présentant des troubles du comportement, comme les déments déambulants, peuvent bénéficier d'une prise en charge adaptée à leur état.

○ Plateau technique

Le Centre Hospitalier de Muret ne dispose pas de plateau technique d'imagerie ou de biologie médicale. L'accès des patients à un plateau technique d'imagerie médicale est organisé par convention avec la clinique Occitanie. Les analyses de biologie médicale sont réalisées par convention avec le laboratoire d'analyses de biologie médicale du GCS-MTAT de l'hôpital Joseph Ducuing.

Le Centre Hospitalier de Muret dispose d'une PUI.

○ Objectifs de prise en charge

L'activité du SSR s'inscrit dans la filière gériatrique du Centre Hospitalier de Muret en proposant une offre de soins de proximité diversifiée et cohérente sur son territoire de santé. Le SSR comporte 35 lits et est sectorisé en une unité de 19 lits à orientation polyvalente et une unité de 16 lits à orientation gériatrique. Il accueille des patients présentant une pathologie chronique ou un tableau clinique polyopathologique et à risque d'apparition ou d'aggravation d'une déficience source de dépendance, ainsi que des patients nécessitant une rééducation suite à une affection aiguë ou une intervention chirurgicale. L'objectif poursuivi est d'optimiser la récupération fonctionnelle afin de permettre aux personnes un retour rapide dans leur milieu de vie habituel, ou une réautonomisation dans l'optique d'un nouveau devenir (une structure de soins adaptée ou une structure d'hébergement collectif).

La pluridisciplinarité est nécessaire pour assurer la qualité de la prise en charge et de l'adaptation du projet de soins aux besoins du patient et de ses proches. Les réunions de service pluridisciplinaires hebdomadaires permettent des temps partagés en équipe consacrés aux échanges d'informations et aux synthèses cliniques.

○ Admission

Les conditions d'admission sont formalisées conjointement entre les établissements adresseurs et le SSR au moyen de la plateforme Viatrajectoire ou au moyen d'une fiche d'évaluation comportant toutes les informations utiles à la prise en charge des patients.

○ Sortie

La préparation de la sortie de la structure est organisée avec le patient, son entourage, et les professionnels intervenant en aval. Elle s'inscrit dans le projet thérapeutique et le projet de vie.

- Projets

Réaménagement de la salle de kinésithérapie pour faciliter l'accès des équipements aux patients du SSR.

Reconnaissance de la prise en charge des patients en soins palliatifs par des LISP sur le SSR.

Mener une réflexion sur des lits d'hôpital de jour.

Recrutement d'un orthophoniste.

Mettre en place une convention avec le laboratoire de biologie médicale du CHU de Toulouse pour les examens de biologie médicale.

Remplacement des poussettes électriques par des PCA.

3. Les membres du groupe de travail de la filière

Etablissement	NOM	Qualité	09/02/17	07/03/17	28/03/17	11/04/17
CH Comminges Pyrénées Hôpitaux de Luchon - pilote	SALLE Stéphane	Médecin MPR	Présent	Présent	Présent	Présent
CH de Muret	LI YUNG TONG Mickael	PH Gériatre	Présent	Présent	Excusé	Présent
<u>CHU – pilote</u>	MARQUE Philippe	Chef de service de MPR	Présent	Présent	Présent	Présent
CHU	DE BOISSEZON Xavier	Professeur MPR CHU	Excusé	Présent	Présent	Présent
CHU	VOISIN Thierry	Chef adjoint de pôle Gériatrie	Présent	Présent	Présent	Présent
CHU	CARETTE Pierre	Cadre de sant MK	Absent	Excusé	Présent	Présent
CH de Lavaur et de Graulhet	RIJELY Houaïda	Médecin chef de service SSR	Présente	Présente	Présente	Absente
Représentant CSIRMT GHT	DELECROIX Sylvie M.LHOSTE	DS CH de Lavaur CS CH de LAVAUR	Absente	Absent	Présent	Absent
Représentant CSIRMT GHT	CHAUFFOUR Monique	CSS CHU de Toulouse	Excusée	Absente	Présente	Présente
Représentant CSIRMT GHT	MARTINEAU Caroline	CS diététicienne et membre de l'IUTEP	Présente	Présente	Présente	Excusée
Représentant "EXPERT" CSIRMT GHT	Le SAUX Catherine	CSS Rééducation	Excusée	Présente	Présente	Présente