

Meilleur accès aux soins : les SSR au cœur d'un parcours simplifié pour le patient

En 2008, deux décrets¹ ont redéfini l'activité de **Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)** des établissements de santé comme « *ayant pour objet de prévenir ou de 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. Elle comprend, le cas échéant, des actes à visée diagnostique ou thérapeutique* ».

L'activité des établissements de SSR a ainsi considérablement évolué pour s'adapter à un plus grand nombre de patients, et à des prises en charge de plus en plus lourdes et complexes. Ils ne sont plus aujourd'hui les simples « maisons de convalescence » d'autrefois et jouent un rôle médical à part entière. Par leur position entre soins de courte durée et retour à domicile, ou secteur médico-social, ils représentent **un secteur clé et fluidificateur de la chaîne sanitaire**.

En 2012, ils ont pris en charge plus de 950 000 patients. Ce rôle majeur n'a d'ailleurs pas cessé d'évoluer puisqu'en 4 ans, ils sont passés de 32 millions de journées réalisées en 2008, à plus de 35,9 millions en 2012, dont environ 3 millions en hospitalisation partielle.

Leur objectif ultime consiste à restaurer autant que possible les **capacités fonctionnelles antérieures**, condition *sine qua non* pour **un retour à domicile et à l'autonomie**, où à défaut, mettre en œuvre les moyens de compensation et d'adaptation nécessaires.

Pour faire face à certains **enjeux de santé publique**, comme le **vieillessement de la population** ou la prévention des **maladies chroniques**, les SSR ont développé une prise en charge axée sur une approche globale du patient, prenant en compte toutes les dimensions de la personne et de son environnement et s'appuyant sur la compétence de ses équipes pluridisciplinaires, médicales et paramédicales.

Ils permettent de **limiter le risque de récurrence** et **d'éviter le plus souvent des ré-hospitalisations** inutiles et coûteuses, *via* notamment la mise en place dès l'admission d'un projet thérapeutique personnalisé et régulièrement réévalué, avec des actions d'éducation thérapeutique par exemple.

De fait, selon le niveau et la complexité des soins requis, la prise en charge en SSR peut s'organiser de multiples manières :

- ↳ **A l'issue d'un passage en court séjour ou en provenance directe du domicile :** le médecin traitant fait alors une demande d'admission directe à l'établissement de SSR (sans besoin d'accord préalable à la CPAM), selon une fiche de pré-admission médicale. Elle peut intervenir de 2 manières : soit en situation d'urgence, cela peut éviter un passage aux urgences souvent traumatisant pour les patients âgés, soit en réponse à un besoin d'expertise, de bilans, ou de suivi d'un patient au long cours.
- ↳ **En mode d'hospitalisation à temps complet et/ou à temps partiel :** adapté à l'état de santé du patient, de son évolution et de sa situation personnelle (présence de proche ou non ...)
- ↳ **Autour d'une prise en charge polyvalente « de proximité » ou plus spécialisée** (9 catégories d'affections : appareil locomoteur, système nerveux, cardio-vasculaires, respiratoires, onco-hématologiques, brûlés, conduites addictives, systèmes digestif, et

¹ Décrets n°2008-376 et 2008-377 du 17 avril 2008 relatifs aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de SSR et aux conditions d'implantation applicables à l'activité de SSR, JO du 20 avril 2008

personnes âgées dépendantes). Les SSR sont le plus souvent inscrits dans des filières de soins coordonnées : AVC, Obésité, Diabète, Alzheimer Ils peuvent prendre en charge des patients en soins palliatifs, éveil de coma, ou encore proposer des programmes de réadaptation cognito-comportementale pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

La possibilité d'adresser directement le patient en SSR sans passer par une structure de court séjour est parfois méconnue par les professionnels de terrain que sont les médecins de ville, généralistes ou spécialistes. Or, il s'agit ici d'une possibilité supplémentaire offerte aux médecins d'orienter au mieux la prise en charge des patients, notamment dans le cadre des pathologies chroniques ou liées au vieillissement.

A ce titre, la HAS travaille actuellement à l'élaboration d'une « grille de pertinence des admissions en SSR », qui devrait permettre d'assurer notamment une prise en charge plus rapide en SSR et limiter la perte de chance de récupération pour des patients qui auraient besoin d'une prise en charge spécifique, tout en les aidant à se réinsérer dans les meilleures conditions possibles.

Cette grille s'adressera à tous les prescripteurs, médecins hospitaliers comme libéraux.

L'offre SSR en PACA

En PACA, il existe environ 160 établissements ou structures autorisés en Soins de Suite de Réadaptation, dont à peu près 80 sont privés. Les cliniques et hôpitaux privés de SSR comptent 7 194 lits et places sur 11 256 au total, soit 64 % des capacités régionales et comptabilisent 2 464 067 journées de présence, soit 66 % de l'activité.



Jean-Louis MAURIZI
Président

152 Avenue du Prado
13008 MARSEILLE
TEL : 04.91.81.73.11
FAX : 04.91.37.82.45
fhpsudest@fhp-se.fr
Site : www.fhp-se.com



G. BOSSY
Président

Th. AMARANTINIS
Délégué Général

Syndicat des Soins de Suite et de Réadaptation "FHP-SSR"
40 Promenade du Grand Large
CS 90016
13295 MARSEILLE cedex 08
Tél. : 04.91.25.39.17
Fax : 04.91.73.95.02
Courriel : fhpsr@fhp-ssr.fr
Site : www.fhp-ssr.fr