

**L'HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL
EN SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION**

* * *

FICHES PRATIQUES

Travail réalisé dans le cadre de la mise en œuvre du volet SSR du SROS d'Ile de France

Juillet 2017

INTRODUCTION

- *L'hospitalisation à temps partiel représente un véritable enjeu d'optimisation de l'offre de soins. En Ile de France, son développement dans le champ des SSR fait partie des grandes priorités régionales. Bien que des efforts aient été accomplis ces dernières années, son niveau est encore trop bas, révélant une dynamique d'ensemble insuffisante.*
- *Le présent document a pour objet d'accompagner, sur le plan pratique, ce volet clef du virage ambulatoire en SSR, afin de :*
 - *diffuser une information large sur le fonctionnement et les particularités de l'HTP SSR,*
 - *promouvoir la place pivot des SSR,*
 - *prévenir une hétérogénéité trop grande des approches.*
- *Il est présenté sous la forme de fiches pratiques d'une page, qui visent à apporter des points de repères sur les questions, vigilances, conseils et enjeux relatifs à la mise en œuvre, au développement ou à l'amélioration d'une HTP SSR.*
- *Toutefois, il est vivement recommandé pour l'organisation d'une structure HTP SSR de s'appuyer également sur les retours d'expérience d'autres établissements.*
- *Ce travail a été réalisé par un groupe pluri-professionnel, mis en place à l'initiative de l'ARS Ile de France, dans le cadre de la préparation et du suivi du volet SSR du SROS 2013-2017.*
- *Il est destiné aussi bien aux promoteurs/gestionnaires de structures SSR, qu'à d'autres acteurs de la santé.*

SOMMAIRE

- **FICHE 1 – L'hospitalisation à temps partiel**
- **FICHE 2 – Soins de suite et réadaptation et hospitalisation à temps partiel**
- **FICHE 3 – Diversité des prises en charge**
- **FICHE 4 – Conditions d'éligibilité à une pris en charge en hospitalisation à temps partiel en SSR**
- **FICHE 5 – Place spécifique de l'hospitalisation à temps partiel de SSR dans l'offre de soins**
- **FICHE 6 – Plateau techniques : les compétences**
- **FICHE 7 – Plateau techniques : les installations**
- **FICHE 8 – Exigences de gestion et d'organisation**
- **FICHE 9 – Questions financières**
- **FICHE 10 – Annexes (bibliographie – Références – Groupe de travail)**

FICHE 1 – L'HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL

● Les alternatives à l'hospitalisation

« Les alternatives à l'hospitalisation (...) ont pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Les prestations ainsi dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile. Ces alternatives comprennent les activités de soins dispensées par :

- 1° Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, y compris en psychiatrie ;
- 2° Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires ;
- 3° Les structures dites d'hospitalisation à domicile.»¹

● L'hospitalisation à temps partiel (HTP)²

. « Dans les structures d'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit, sont mises en œuvre :

- des investigations à visée diagnostique,
- des actes thérapeutiques,
- des traitements médicaux séquentiels
- et des traitements de réadaptation fonctionnelle, ou une surveillance médicale.»³

. Les prises en charge assurées sont « d'une durée inférieure ou égale à douze heures, ne comprenant pas d'hébergement, au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge.»⁴

. Les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet.⁵

● Historiquement - L'émergence de l'HTP est le fruit d'un long processus qui voit progressivement l'hôpital évoluer d'une vocation sociale (hébergement et soins des indigents) vers une approche médicale de plus en plus pointue et un accès ouvert à tous. L'HTP s'inscrit dans cette logique, en concentrant son fonctionnement (compétences et installations) essentiellement sur les soins et en n'intégrant plus de fonction d'hébergement.⁶

● Références réglementaires sur l'hospitalisation à temps partiel

. Deux textes de référence :

- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière – et ses textes d'application, qui institue véritablement l'hospitalisation à temps partiel.
- Décret n°2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation, qui précise les conditions de fonctionnement en HTP.

. Les articles de références du Code de la Santé Publique :

- Article L6122-1
- Article D6124-301-1 et suivants
- Article R6121-4

¹ Article R6121-4 Code de la Santé Publique

² Expression réglementaire, l'hospitalisation à temps partiel (HTP) est souvent remplacée dans les usages par celle d'hospitalisation de jour.

³ Ibid.

⁴ Article D6124-301-1 Code de la Santé Publique

⁵ Ibid.

⁶ « Dans le concept de soins ambulatoire, il y a le soin, rien que le soin débarrassé des contingences de l'hébergement qui a été la marque de l'activité hospitalière depuis des siècles, où l'on offrait l'hospitalité, l'assistance et enfin le soin. Le patient ambulatoire vit à son domicile (ou équivalent de domicile) et fréquente un établissement de soin (ou cabinet de soin) pour la seule dispensation de ces soins ; le soignant peut se déplacer au lieu de vie du patient » Dr Jean-Pascal Devailly – CNP, FEDMER, SYFMER – Qu'est-ce que l'ambulatoire ? Définition réglementaire, champs d'application. Modes d'organisation de la pratique ambulatoire en MPR – 3^{ème} Forum des pratiques professionnelles en MPR – CNP FEDMER – 4 mars 2015

FICHE 2 – SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION ET HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL

● L'Hospitalisation à Temps Partiel dans les textes des SSR

▪ Les textes de référence pour les SSR ne comprennent pas de dispositions spécifiques concernant l'hospitalisation à temps partiel et se contentent de mentionner que les modes de prise en charge (hospitalisation complète, de semaine, de jour, à domicile, ou de traitement ou cure ambulatoire) « dépendent de l'état clinique du patient, de son degré d'autonomie, de son environnement familial, et de la proximité du domicile »⁷.

↳ Les activités en SSR relèvent donc toutes – en principe et quel que soit le mode de prise en charge, d'un même socle en termes de conditions de fonctionnement.

● Les structures d'HTP en SSR doivent répondre aux missions communes des SSR

▪ Comme l'ensemble du champ SSR, l'HTP en SSR a donc, de principe, 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. »⁸

▪ « La réponse au besoin du patient dans le champ SSR fait (...) appel à la totalité des missions qui caractérisent une prise en charge en SSR : les soins, la rééducation et la réadaptation, la prévention et l'éducation thérapeutique, l'accompagnement à la réinsertion »⁹.

● Enjeu d'une position charnière de l'HTP SSR dans le parcours de soins

Le SROS en Ile de France attend du SSR qu'il assure une mission de « centre de ressources pour les acteurs de ce parcours de soins et de santé »¹⁰, le considérant comme « un des éléments incontournables d'un parcours de santé lisible, accessible et sécurisé » et comme un « secteur stratégique »¹¹, « pivot d'une prise en charge partagée entre tous les acteurs au plus près de la réalité des territoires et du domicile. »¹²

Au sein du SSR, l'HTP apparaît comme un mode de prise en charge charnière et particulièrement pertinent entre la ville et l'hôpital. Plus qu'une simple structure intermédiaire, elle peut être considérée comme un « maillon central »¹³ du parcours de soin.

● Références réglementaires sur les SSR

. Textes de référence :

- Décret no 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation
- Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation
- Circulaire n° DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation

. Les articles de références du Code de la Santé Publique :

- Article R6123-118 et s.
- Article D. 6124-177-1 et s.

⁷ CIRCULAIRE N°DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 – Annexe 3 Préambule

⁸ Article R6123-118 Code de la Santé Publique - Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008

⁹ CIRCULAIRE N°DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 – I

¹⁰ SROS Ile de France 2013-2017 (version 2015) – Volet Hospitalier – 11.1.1. Les fondamentaux du SSR

¹¹ CIRCULAIRE N°DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 - Introduction

¹² SROS Ile de France 2013-2017 (version 2015) – Volet Hospitalier - 11.2.2 Le Plan Stratégique Régional de Santé (1^{ère} page)

¹³ HOSPITALISATION À TEMPS PARTIEL EN MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION - Groupe de travail Rhône-Alpes et FEDMER - Septembre 2010

FICHE 3 – DIVERSITE DES PRISES EN CHARGES

Les retours d'expérience montrent que l'HTP en SSR offre un large éventail de prises en charge possibles. Cette diversité s'est affirmée au fil du temps. Elle souligne la plasticité et la capacité d'évolution dont ce type de structure doit faire preuve, afin de mettre en œuvre des projets de soins les mieux adaptés possibles. Les différentes organisations et prestations présentées ci-dessous ne constituent pas une liste exhaustive mais sont la synthèse des principales pratiques repérées sur le terrain. Elles ne sont pas forcément exclusives les unes des autres et peuvent bien évidemment se combiner entre elles.

• Diversité des soins

- Prise en charge conventionnelle itérative
- Cycles ou ateliers spécifiques
- Soins collectifs et/ou soins individuels
- Mises en situation écologiques et visites à domicile
- Bilans et actes à visée diagnostique, spécialisés et/ou multidisciplinaires
- Actes à visée thérapeutique
- Prévention et éducation thérapeutique ou en santé

Une activité de consultations externes spécialisées et/ou multidisciplinaires apparaît comme un complément évident et nécessaire. Exemple : consultations de suivi, consultations préalables à une éventuelle admission, ou encore consultations pour avis spécialisé.

• Diversité des rythmes

- Venues régulières sous forme de séquences itératives / séjour à une seule venue
- Modulation de fréquence des venues dans le cadre des séjours itératifs avec un rythme quotidien ou fractionné (le plus souvent 2 à 5 venues par semaines)
- Amplitude du planning quotidien de soins sur toute la journée ou concentré sur une partie de journée (le plus souvent le matin ou l'après-midi)¹⁴;
- Ateliers ou cycles de prises en charge spécifiques (exemple : ateliers RFR)¹⁵

La diversité des rythmes qu'offre l'HDJ SSR permet des prises en charges modulées et adaptées, une optimisation de la prise en charge de chaque patient, et la possibilité d'une reprise progressive d'activité.

• Diversité des parcours – L'un des atouts majeurs de l'HTP en SSR est sa position charnière entre la filière hospitalière et la ville. La prise en charge en HTP SSR peut s'intégrer sous plusieurs formes dans le parcours de soins :

- En aval du court séjour
- Au décours d'une prise en charge en hospitalisation complète de SSR
- En entrée directe depuis le lieu de vie habituel du patient¹⁶
- Ponctuellement pour un bilan/évaluation ou un avis spécialisé
- En amont ou aval de certains traitements spécifiques¹⁷
- En mode combiné alternant l'HTP et une autre prise en charge¹⁸

¹⁴ L'organisation concentrée sur une partie de journée ne signifie pas une diminution de soins mais leur concentration. Ce type de prise en charge recueille de nombreux avantages pour le patient comme pour la structure, mais il est aussi déterminé par plusieurs conditions (organisation adaptée, aptitude du patient à suivre le rythme, ...).

¹⁵ Restauration Fonctionnelle du Rachis

¹⁶ L'entrée directe peut intervenir en substitution à une hospitalisation en HC

¹⁷ En particulier pour préparer au mieux le patient à des soins aigus ou pour accompagner une restauration fonctionnelle et/ou une réadaptation après des soins lourds.

¹⁸ Il serait intéressant d'expérimenter des prises en charges combinées (exemple : HTP SSR + HAD ou SSIAD ou ville)

FICHE 4 – CONDITIONS D'ELIGIBILITE A UNE PRISE EN CHARGE EN HTP DE SSR

Le groupe qui a travaillé à l'élaboration de ce document n'a pas vocation à traiter des indications médicales pour une prise en charge en HTP dans les grandes affections ou spécialités des SSR. Cette question relève en effet des sociétés savantes, instances et groupes de travail médicaux compétents. Pour autant, d'autres constantes interviennent dans l'orientation vers une HTP en SSR.

● L'état du patient requiert et permet une prise en charge en HTP SSR

- **Indication** de prise en charge en HTP SSR posée par un médecin
- **Enjeu** fonctionnel légitimant des soins de rééducation et réadaptation, que ce soit en termes de gain/optimisation ou de maintien/préservation
- Patient **suffisamment stable médicalement**
- **Besoin** d'un suivi médical spécialisé¹⁹ associé à la coordination d'une prise en charge multidisciplinaire
- **Etat cognitif** compatible avec la prise en charge envisagée
- **Consentement du patient** à une prise en charge en HTP SSR

● L' HTP SSR représente un niveau de prise en charge pertinent

- **Nécessité d'un niveau de prestations** de rééducation et réadaptation correspondant à l'offre d'une HTP SSR, que ce soit en termes de soins (intensité et diversité), de compétences (spécifique et coordonnées) et d'installations (locaux et équipements).
- Besoin de **bénéficier de compétences ou installations peu ou pas accessibles en ville**, dans le cadre de la prise en charge de rééducation et réadaptation.
- **Soins ou actes spécifiques** (exemple : pris en charge de la spasticité) ou complémentaires (exemple : éducation thérapeutique ou en santé, bilan particulier) prodigués par l'unité d'HTP SSR.

● L'environnement du patient doit être compatible avec une prise en charge HTP

- Le patient est **retourné et/ou installé dans son lieu de vie habituel**²⁰ et bénéficie d'un environnement humain et matériel adapté ou d'un niveau d'autonomie permettant cette vie « chez soi »
- Une **évaluation des besoins de compensation et d'adaptation** dans le cadre de vie habituel peut être nécessaire
- La **proximité**²¹ entre le lieu de vie et la structure HTP SSR permet des trajets adaptés en termes de fatigue pour le patient ainsi que d'organisation (moyens de transport accessibles, coût raisonnable des transports...)
- Le mode ou les exigences de vie du patient justifient **une rééducation et réadaptation plus soutenue et/ou d'un accompagnement plus structuré** auxquels les compétences et moyens réunis en HTP SSR peuvent plus facilement répondre²²

↳ Il est recommandé d'organiser des **consultations ou bilans de préadmission** quand il y a une incertitude sur l'orientation à privilégier et pour discerner si un projet de soins pertinent est envisageable.

¹⁹ Exemple : suivi de la douleur, du risque thrombotique, de secteurs d'amplitude, de risques inflammatoires ou cicatriciels

²⁰ Outre le lieu de vie habituel au domicile ou en institution, l'articulation HTP/hôtel hospitalier peut être une piste intéressante à étudier.

²¹ Exigence de proximité indispensable pour les prises en charge itératives, mais plus relative pour des prises en charges ponctuelles (exemple : bilans spécialisés)

²² Exemple : sportif de haut niveau, retour accéléré à une vie professionnelle ou des responsabilités, présence de contraintes environnementales nécessitant des réponses ou une adaptation rapide...

FICHE 5 – PLACE SPECIFIQUE DE L’HTP DE SSR DANS L’OFFRE DE SOINS

L’HTP en SSR occupe **une place spécifique et distincte** dans l’offre de soins, dont la pertinence s’est affirmée au fil du temps.

Pour autant, cette place est **encore souvent source de confusion** dans l’esprit de certains observateurs, qu’ils soient gestionnaires d’établissements, professionnels de santé ou organismes régulateurs ou financeurs.

Il apparaît nécessaire de bien clarifier la position qu’elle occupe dans l’offre de soins, en précisant que par nature l’HTP en SSR est appelée à jouer un **rôle pivot dans le parcours de soins** et qu’elle doit être en mesure d’organiser des coopérations avec les différents acteurs du parcours de soins, en ville et en établissement.

● Par rapport à l’hospitalisation complète (HC)

- L’HTP ne comprend **pas d’hébergement**²³, et son organisation générale est marquée par cette différence (effectifs, installations, fonctions hôtelières et coût de revient différents). L’HTP peut aussi ne pas proposer de restauration (exemple : prises en charges concentrées le matin ou l’après-midi).
- L’HTP peut permettre de **dégager plus rapidement les services d’HC** (enjeu par rapport aux DMS et aux séjours trop longs) ou d’**éviter une prise en charge en HC ou un transfert en institution**.
- L’HTP **facilite le retour ou le maintien sur le lieu de vie habituel** en étant à la charnière de la ville et du séjour hospitalier. Elle se positionne aussi nécessairement comme un **acteur de proximité**²⁴.
- Les rythmes de prise en charge en HTP sont modulables et adaptés, avec une **optimisation des temps de présence et de soins du patient** sur les jours et créneaux de la semaine où il est présent. Ces rythmes sont aussi, le cas échéant, compatibles avec une reprise adaptée de vie active.
- L’HTP est plus adaptée qu’une HC à la **réalisation de suivi ou bilans post séjour** en SSR.
- Pour autant, « **Les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu’elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d’une hospitalisation à temps complet.** »²⁵

● Par rapport aux principales offres de soins ambulatoires (exemple : soins de ville, HAD²⁶, équipes mobiles)

- **Accès à un plateau technique et à des compétences** répondant - au minimum, aux référentiels hospitaliers, accessible aux PMR et le plus souvent sans équivalent en ville + **Présence pluri-professionnelle spécialisée, immédiatement mobilisable et coordonnée** auprès du patient.
- **Concentration des soins sur un même lieu et site, une même plage de temps et au sein d’une même équipe.**
- Dispensation de **soins variés et d’une intensité élevée**.
- Retour ou maintien à domicile du patient assuré tout en apportant une prise en charge complète et des **soins de rééducation et réadaptation de niveau hospitalier**.
- **Accès à des soins ou prestations spécifiques** : éducation en santé, bilans et actes ponctuels, prévention.
- La présence simultanée de plusieurs patients provoque souvent un **effet d’entraînement et motivations réciproques** entre les uns et les autres.

²³ Sauf le cas spécifique de l’HTP de nuit

²⁴ La notion de proximité doit être analysée en termes de trajet (distance/durée) mais aussi en termes de démographie professionnelle (enjeux de l’HTP SSR en zone de désert médical)

²⁵ Article D6124-301-1 - Décret n°2012-969 du 20 août 2012 - art. 2

²⁶ Une complémentarité HAD/HTP-SSR pourrait être expérimentée pour conjuguer les bénéfices de l’HDJ à ceux de l’HAD (notamment continuité quotidienne, intervention en milieu écologique).

FICHE 6 – PLATEAU TECHNIQUE : LES COMPETENCES

. L'organisation d'une activité d'HTP SSR doit **respecter les conditions techniques de fonctionnement définies par les réglementations pour les SSR et l'hospitalisation à temps partiel²⁷** et mettre en œuvre des moyens adaptés à l'activité et aux missions de la structure. **La pertinence de l'organisation doit être argumentée par le promoteur/gestionnaire de la structure.**

● L'organisation de l'équipe médico-soignante pluri-professionnelle doit :

- être conforme aux conditions techniques de fonctionnement fixées par la réglementation ;
- être explicitée en fonction des activités et orientations, par le promoteur/gestionnaire de l'unité;
- permettre une prise en charge variée et soutenue,
 - d'un niveau équivalent aux *prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une HC*,
 - d'un niveau distinct et plus intensif qu'en ville.

● Une couverture adaptée des besoins et plages d'ouverture doit :

- assurer une présence de professionnels organisée tout au long de l'année et pendant les heures d'ouverture afin d'assurer une prise en charge et une couverture des plannings de soins adaptées;
- bénéficier d'une organisation qui répond aux exigences réglementaires et de sécurité, notamment en termes de présence médicale et en cas d'urgence médicale à gérer ;
- offrir des conditions d'accueil adaptées pendant les horaires d'ouverture de l'établissement.

● L'organisation doit intégrer certaines particularités de l'HTP SSR :

- La **coordination des professionnels** en HTP SSR se distingue du fait :
 - de la diversité possible des modalités de prise en charge (rythmes, programmes de soins,...),
 - d'une présence discontinue du patient.
- La **gestion des flux** (demandes d'admissions, optimisation du taux d'occupation, DMS,...) exige un temps professionnel, une organisation, un temps de gestion et un niveau de technicité à ne pas négliger.
- . **L'évaluation des effectifs nécessaires est complexe et doit tenir compte de particularités :**
 - **Par rapport au nombre de patients pris en charge**, il peut être important de prendre en compte le nombre de patients présents chaque jour + la file active hebdomadaire + le nombre de séjours/an.²⁸
 - **Par rapport à l'organisation des soins et du travail**, il faut prendre en compte la diversité des programmes et des fonctionnements en place (exemples : fonctionnement en journée complète ou concentré sur le matin et l'après-midi, séances de soins avec un seul professionnel ou avec plusieurs professionnels, séquences de soins plus ou moins longues...)
- . Par rapport à une activité de HC,
 - la **proportion des effectifs consacrés à la rééducation et la réadaptation** en HTP est plus élevée qu'en HC en raison de la présence moindre de professionnels de soins infirmiers et de logistique ;
 - la **proportion des professions qualifiées** est supérieure ;
 - une attention particulière doit être portée à la **gestion des absences/remplacements de professionnels**, l'organisation étant totalement concentrée sur la prise en charge en RR.

²⁷ La réglementation prévoit une charte de fonctionnement (Décret n°2012.969 du 20 août 2012) affichée et qui présente la structure et son organisation. L'élaboration de ce document peut être saisie comme une opportunité de mise en cohérence de la structure.

²⁸ Exemples :

- une unité qui accueille 40 patients/jour peut avoir une file active hebdomadaire de 40 à 80 patients pour des séjours itératifs classiques.
- la DMS en HTP SSR étant la plus souvent plus courte qu'en HC, pour un même volume de journées, le nombre de séjours est plus élevé en HTP
- pour une unité spécialisée dans la réalisation de bilans ou actes sur une venue, avec 40 patients par jour, la file active peut atteindre 200 patients (40x5j).

FICHE 7 – PLATEAU TECHNIQUE : INSTALLATIONS ET POLE RESSOURCES

● Un plateau technique et des installations diversifiés :

▪ La composition du plateau technique doit...

- être conforme aux conditions techniques de fonctionnement fixées par la réglementation ;
- être explicitée par les activités et orientations de la structure ;
- permettre une prise en charge variée,
 - d'un niveau équivalent aux *prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet*,
 - d'un niveau plus intensif qu'en ville.

▪ Quand l'unité d'HTP SSR coexiste avec une activité de HC SSR, au sein du même établissement :

- Les installations du plateau technique de rééducation et réadaptation peuvent être partagées, et cette recommandation s'applique tout particulièrement pour les éléments les plus lourds ou les plus spécifiques (balnéothérapie, équipements d'exploration fonctionnelle,...).
- Il faut toutefois prévoir des installations spécifiques, avec en particulier : des locaux d'accueil, salles de repos, vestiaires patients, espaces de stationnement pour les transports des patients, salle de réunion pour la coordination.

▪ Pour une unité d'HTP exclusive :

- L'ensemble du plateau technique doit être mis en œuvre, ce qui représente une densité de locaux de rééducation/réadaptation importante par rapport à un établissement d'HC.
- Les surfaces totales nécessaires sont significativement inférieures à celles d'une structure d'HC, car les fonctions d'hébergement (voire de restauration) ne sont pas assurées.
- Par contre, le coût d'investissement au m² peut être plus élevé car la structure a, en principe, une proportion de locaux et installations spécialisés plus importante.

● Pôle ressources

▪ Par la position charnière de l'HTP SSR *au plus près de l'articulation ville/hôpital*, il est opportun, pour certaines structures, de réfléchir à une stratégie de *pôle ressource*. Cette approche implique une stratégie de déploiement d'offre, compétences, installations, coopérations et activités, plus poussée que dans une structure courante. Elle peut être un facteur déterminant du positionnement dans l'offre territoriale.

▪ *On peut caractériser le pôle ressources de SSR par la variété et le niveau des prestations offertes, grâce aux équipements, compétences et spécialités réunis, ainsi que par son niveau d'expérience et d'expertise.*

▪ En tant que pôle ressources, l'unité HTP SSR (HTP exclusive ou unité associée à une HC SSR), doit avoir des consultations spécialisées et/ou examens complémentaires spécialisés (bilans et/ou évaluations...). Elle doit également être engagée dans plusieurs des prestations et activités complémentaires, en les assurant elle-même ou en organisant l'accès notamment dans le cadre d'une coordination avec d'autres partenaires.

Exemples d'activités complémentaires pour un pôle ressources :

- Equipes d'interventions sur le lieu de vie habituel,
- accès à des soins externes de rééducation,
- ouverture de l'accès aux installations du plateau technique à des acteurs extérieurs,
- évaluations pluridisciplinaires, diffusion de bonnes pratiques aux professionnels/partage de savoirs et pratiques,
- Education thérapeutique et/ou éducation en santé des usagers et aidants,
- Formation des professionnels,
- recherche et travaux sur les pratiques professionnelles,
- dispositifs de réinsertion et retour dans le milieu de vie habituel,
- NTIC et objets ou technologies nouvelles,
- accès à des équipements de soins ou d'évaluation spécialisés,
- coopérations avec des structures sanitaires et médico-sociales

FICHE 8 – EXIGENCES DE GESTION ET D'ORGANISATION

● **Gestion des flux et du niveau d'activité** – La gestion des flux représente un enjeu majeur en HTP SSR. En effet, il apparaît clairement que dans les structures où cette fonction n'est pas suffisamment organisée, l'activité en est souvent sanctionnée. Cette exigence d'organisation est d'autant plus forte quand la structure propose des prises en charge diversifiées (rythmes, prises en charge sur une venue, cycles ou ateliers spécifiques...).

▪ Dans l'organisation des effectifs, **la gestion des admissions et flux** doit être étudiée très attentivement. Un temps dédié doit être consacré. Cette fonction est exigeante et doit être confiée à un professionnel performant, motivé et respecté en interne. Les modalités de continuité de la mission en cas d'absence de son titulaire doivent être anticipées en raison de la technicité du poste.

▪ En raison d'une DMS plus courte, en général, en HTP vs HC, le turnover est plus important. Le nombre de séjours, pour une même quantité de journées, est donc supérieur, avec une incidence sur la charge de travail à couvrir, en particulier pour la gestion de ces flux. De même, une vigilance doit être apportée sur la **planification/répartition des entrées**, pour ne pas surcharger excessivement les équipes médicales, paramédicales, mais aussi administratives.

▪ La structure aura besoin, si son activité se développe ou se diversifie, de s'appuyer sur un **outil informatique de planification/organisation** pour identifier les créneaux de prise en charge disponibles.

▪ Attention, les activités d'HTP sont plus exposées à des **aléas d'absentéisme** ponctuel de patients, ces derniers étant de toute évidence moins « captifs » qu'en HC. Ce problème a un impact sur le niveau d'activité, qui peut être important s'il est couplé à une organisation insuffisante de la gestion des flux.

▪ Les rythmes variables des prises en charges et la mobilité du patient au sein de la structure rendent utile un **mode d'enregistrement précis des présences et absences** et un accueil bien organisé.

● **Planification des activités** – L'organisation des plannings de soins requiert une attention spécifique. Les patients viennent sur une plage de temps limitée et sur un rythme hebdomadaire souvent discontinu, voire sur une seule venue.

De plus, la prise en charge est essentiellement organisée autour du plateau technique, ce qui exige une planification stricte de l'accès aux professionnels et aux installations.

Cette exigence de planification est encore plus forte quand la structure propose une palette de prises en charge diversifiées.

● **Problématique des transports** – La charge des transports ne revient pas directement à l'établissement²⁹ et c'est en principe au patient de s'organiser. Toutefois, l'expérience montre de toute évidence l'importance de l'aide que la structure peut apporter au patient. Il convient toutefois d'être vigilant à ce que cette aide ne débouche pas sur une gestion directe et exclusive par la structure : ce glissement peut avoir des conséquences financières, ainsi qu'en termes de responsabilité.

. Le périmètre géographique de la patientèle doit être cohérent avec l'accès aux transports. Il est important de respecter un principe de proximité³⁰, pour des raisons de durées de transport et de ponctualité, de fatigabilité, et de coûts.

. L'organisation de l'activité peut être exposée à certains aléas liés aux transports (grèves, accès moindre les week-ends et fériés...).

²⁹ Sauf quelques éventuelles situations héritées du passé, où le financement de la structure inclue la couverture des frais de transports domicile/unité.

³⁰ Sauf pour des activités de recours supra territoriales, ou bien – avec des réserves, en l'absence de service à proximité.

FICHE 9 – QUESTIONS FINANCIERES

● Quelques enjeux concernant le PMSI en HTP SSR

- . La gestion du PMSI en HTP SSR est plus lourde qu'il ne pourrait sembler, notamment en raison du turnover (qui se traduit par un nombre de séjour plus élevés) et de la file active (qui se traduit par un nombre de patients simultanément suivis chaque semaine plus nombreux que le nombre de patients quotidiens).
- . La prise en charge en HTP étant caractérisée pour l'essentiel par des soins autour du plateau technique, les codages d'activités de rééducation et réadaptation sont primordiaux pour la valorisation de l'activité.
- . La proportion de l'effectif qui code au PMSI est à cet égard plus élevée qu'en HC.

● Limites de compétence de l'HTP SSR

- . L'une des vigilances majeures des structures d'HTP SSR concerne les actes frontières. Au moment de l'élaboration de ce document, les rédacteurs n'ont pas d'information suffisamment précise et avancée sur la réglementation prévue dans ce domaine. Pour autant, les structures doivent être vigilantes par rapport à l'organisation et à la pertinence de leurs propres journées de soins.

● Concernant les ressources des structures d'HTP SSR

- . Le financement des structures d'HTP SSR est essentiellement assuré par la facturation des prises en charges médicales, via les ressources apportées par l'assurance maladie et celles apportées par le patient ou sa mutuelle.
- . Certaines ressources importantes de l'hospitalisation complète (forfait journalier, chambres particulières,...) sont inexistantes ou quasi-inexistantes en HTP. Il s'agit d'**un élément particulièrement important** qui réduit la marge de manœuvre financière des structures d'HTP SSR, en termes de ressources.

● Quelques éléments concernant les charges des structures d'HTP SSR

- . Globalement on constate que les charges variables liées à des consommables sont moins nombreuses qu'en HC. Ce point est important car il révèle une moindre marge de manœuvre en termes d'action sur les charges.
- . Concernant **les frais de personnel** :
 - Il est vraisemblable que la proportion de professionnels qualifiés soit plus élevée qu'en HC. Ce point peut jouer sur le ratio de coût de personnel et sur les tendances d'évolution de la masse salariale.
 - Il est vivement recommandé d'avoir une politique et des budgets de remplacement permettant une présence adaptée de professionnels au quotidien.
- . Concernant les **dépenses médicales et pharmaceutiques** :
 - Par réalisme, les structures d'HTP n'ont souvent pas de pharmacie et de délivrance des traitements. Cette situation s'explique par l'absence du patient sur tout ou partie des heures de prise de médicaments.
 - Les examens et analyses pris en charge par la structure sont ceux réalisés pendant les temps de prise en charge habituels du patient.
 - Le plus souvent, les patients étant à leur domicile, les besoins en dispositifs et aides techniques sont moins importants.
- . Concernant les **dépenses hôtelières et générales**,
 - La structure d'HTP n'a pas les charges inhérentes à l'activité d'hébergement.
 - Les dépenses de restauration peuvent être diminuées ou supprimées, par la concentration du planning de soins sur la matinée ou l'après-midi.

● Références bibliographiques

D'une manière générale :

- Documents produits par les sociétés savantes, instances et groupes de travail médicaux compétents
- Documents diffusés par la HAS

Quelques références spécifiques :

- Hospitalisation à temps partiel en Médecine Physique et de Réadaptation - Groupe de travail Rhône-Alpes et FEDMER - I. FAYOLLE-MINON, E. CHALEAT-VALAYER, B. ANAJJAR, M.C. d'ANJOU, E. BERARD, B. BERGER, F. CHAUVET, A. DESCOTES, F. GREUILLET, C. HOHN, C. LAGIER, TH. LOQUINEAU, MC. MOCHON LOISON, A. PRINCE, A. REDON, F. SIANI, S. VIGIER, S. POIRAUDEAU, B. COÏC, A. YELNIK, M. GENTY, S. BENDAYA, P-A JOSEPH, F. LE MOINE, P. BLONDEL, J. SENGLER, P. VAUTRAVERS, A DELARQUE, P. CALMELS
Septembre 2010
- Hospitalisation à temps partiel en Médecine Physique et de Réadaptation - Groupe de travail Rhône-Alpes et FEDMER - I. FAYOLLE-MINON, C. AVEQUE, B. BARROIS, F. C. BOYER, S. BROCHARD, F. CALLAIS, J.M. CASILLAS, M.C. d'ANJOU, J.P. DEVAILLY, M. ENJALBERT, V. GAUTHERON, I. LAFFONT, F. LEMOINE, J.Y. PELISSIER, O. REMY-NERIS, P. RIBINIK, J.M. ROCHET, V. SALVADOR-WITVOET, A. THEVENON, E. VALAYER-CHALEAT, P. CALMELS
Version révisée Mars 2017 – [Liste importante de références bibliographiques](#).
- Plateau technique d'une unité de Médecine Physique et de réadaptation en Ile-de-France – DRASS Ile-de-France – 1996 – AMARENCO, BAGE, BARROIS, BOYOT, DANIEL, DIZIEN, LAURENT-VANNIER, RAYNAUD, SALVATOR-WITVOËT, YELNIK, BEAURAIN, DANIS, MARCHAL.
- Soins de Suite et Réadaptation Fonctionnelle - Cahiers des charges SSR adultes - Socle commun général (adultes et enfants) - Cahiers des charges spécialisés adultes - Décembre 2009
- Cahier des charges - HTP de Soins de Suite et de réadaptation gériatriques – ARS Ile-de-France - version définitive du 17 juin 2008
- L'organisation des SSR aux Pays-Bas – Visite du site de Rotterdam le 30 septembre 2015 – M.PULLIK – ARS Ile-de-France
- Evolution de l'admission en soins de suite et de réadaptation des patients hospitalisés pour accident vasculaire cérébral en France, 2010-2014 - BEH 11 - 16 mai 2017
- L'avenir de l'hôpital : quelles alternatives ? – M-J.SOURTY-LE GUELLEC - Biblio n° 1183 Juin 1997
- Réadaptation polyvalente de jour - Organigramme type pour 5 places de jour – ARH Ile-de-France
- Place spécifique de l'hospitalisation à temps partiel en SSR – Commission SSR FEHAP – 29 juin 2012 – R.COUPRY
- Les traitements et cures ambulatoires (TCA) en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) - Dr F Durandière – ORSB/GRIM SSR 2003 - SROS Bretagne
- Prise en charge ambulatoire en SSR - Groupe technique Fédérations hospitalières - 14 Septembre 2016 - Mission SSR/ Bureau R1 DGOS
- Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en soins de suite ou de réadaptation – HAS

Document a été réalisé à la demande et avec le soutien de l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France

Remerciements :

- Annaïg Durand, Marc Pulik, Professeur Philippe Azouvi, de l'ARS IdF
- Membres du COPIIL SSR mis en place et animé par l'ARS IdF
- Professionnels qui ont contribué au recueil d'expériences en HTP SSR (liste ci-dessous)

Ce document a aussi été réalisé grâce aux contributions suivantes :

- HDJ SSR locomoteur et neurologie – Etablissement exclusivement HTP *en province* - IMPR du Bois de Lébisey - Hérouville Saint Clair (Corinne Larmoire – Directrice)
- HDJ SSR gériatrie – Centre Paris sud – Fondation Sainte Marie (Dr Florence Bonté)
- HDJ et TCA SSR locomoteur et neurologie – CRF Rennes-Beaulieu – Fondation Santé des Etudiants de France (Dr Philippe Le Carvorzin)
- Plateforme de coordination multi-activités – Hôpital National de Saint Maurice (Anne Avale -coordonnateur du pôle Ressource Rééducation Réadaptation dans et hors les murs)
- HDJ SSR locomoteur et neurologie – Etablissement exclusivement HTP – CRRF La Châtaigneraie Paris-Convention (Hélène Berton-Zwartjes – Directrice – Paris 15^{ème})
- HDJ SSR locomoteur et neurologie – Clinique les trois soleils (Dr Paul Gobin – Médecin Directeur)
- HTP SSR addictologie - Centre Gilbert RABY (78) – (François Moro, Directeur)
- HDJ SSR cardiologie – Clinique médico-chirurgicale La Miséricorde – Caen - Dr Verdier Joubert – Myriam Krikorian, Directrice Générale)
- HDJ SSR cardiologie et pneumologie – « Le secteur SSR du CH de Bligny - Comment négocier le virage ambulatoire? » - (Dr Jean-Baptiste Méric)
- HDJ SSR locomoteur et neurologie - Pôle Saint-Hélier – Rennes
- HDJ RRF Locomoteur et neurologie - Rijndam Rehabilitation Institute - Rotterdam – Pays-Bas (Bertrand Bayeul – Président du Forum Européen des Managers de Santé)

Membres du groupe de travail

- Pilote : Renaud COUPRY – Directeur de l'association La Châtaigneraie (CRF 75 – 95)
- Damien AKRICH, Directeur adjoint - Association La Châtaigneraie (75-95)
- Hélène ANTONINI - Directrice de l'Institut Robert Merle d'Aubigné Valenton (94)
- Anne AVALE - Cadre Supérieur, coordonnateur du pôle Ressource Rééducation Réadaptation dans et hors les murs - Hôpitaux de Saint Maurice (94)
- Bertrand BAILLEUL - Directeur Hôpital Saint Jean (92-Gennevilliers)
- Hélène BERTON-ZWARTJES - Directrice CRRF La Châtaigneraie – Paris 15^{ème}
- Nathalie CORDIER - Responsable pôle médico-social au siège de la Fondation Santé des Etudiants de France.
- Alain DOUCET – Directeur adjoint du Pôle Soins – CMPR de Bobigny (93) – Association COS
- Emmanuel DUPUIS - Cadre de santé, responsable de réadaptation – L'ADAPT CMPR Châtillon (92)
- Dr Paul GOBIN – Médecin directeur – Clinique Les Trois Soleils (77)
- Dr Florence GUILLOU – Médecin MPR de pôle SSR – CMPA de Neufmoutiers en Brie - FSEF
- Dr Nafissa Cherazad KHALDI-CHERIF - Directrice de la stratégie médicale UGECAM IdF
- Christian MARTINSEGUR – Directeur du CMP Jacques Arnaud (95) – FSEF
- Fabienne PIOCH-LAVAL – ancienne Directrice du Centre Hospitalier Paris Sud de la Fondation Sainte Marie.
- Dr Thierry RODITIS – Médecin DIM - CLINALLIANCE-COTRIM SSR IDF
- Dr Marc SEVENE - Chef de Service - Service MPR - Hôpital Casanova (Saint Denis – 93)
- Yvan TOURJANSKY – Président de l'URPS masseurs-kinésithérapeutes en Ile de France - Secrétaire général du SNMKR - Membre du Haut conseil des professions paramédicales
- Catherine OLLIVET, représentante des usagers - Secrétaire Générale CISS Ile de France et France Alzheimer 93
- Olivier CRAS – Cadre de santé masseur kinésithérapeute - Service MPR - Hôpital Casanova (Saint Denis – 93)