

**REFLEXIONS POUR UN PROJET  
SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION**

**BASSIN DE SAINT ETIENNE**

***Dr PAUL CALMELS***

*Unité Mobile de Coordination des Soins de Suite*

*Hôpital Bellevue - Service de MPR*

*CHU de Saint Etienne*

*42055 SAINT ETIENNE Cx 2*

## INTRODUCTION

Dans le cadre de la mission des cellules de coordination SSR de bassin, installées depuis 2002 en région Rhône Alpes par l'ARHRA, et de celle du bassin N° 6 ou bassin de Saint Etienne, et plus spécifiquement dans le cadre de la mission confiée par le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales, Monsieur MAY CARLE, en date du 06 juillet 2007 faisant état de la nécessité d'écrire les bases d'un scénario SSR comprenant :

« - une orientation pour la mise à jour de l'offre de soins en rappelant les points essentiels de la démarche :

- Etat des lieux précis et partagé de l'offre en SSR, SSMed et MPR par type de prise en charge.
- Réflexion sur les besoins par filière.
- Proposition de recombinaison de l'offre. »

Nous proposons ce document de réflexions.

Il a été construit sur notre expérience du fonctionnement des SSR (SSMed polyvalents, gériatrique, et MPR), et sur diverses réflexions de groupes de travail au sein du bassin dans les différentes filières de prise en charge.

Cette réflexion a fait l'objet d'une présentation initiale et discussion auprès :

- de la commission de bassin à la DDASS en date du 07/09/2007
- du bureau de la Conférence Sanitaire de Bassin en date du 25/10/2007
- du groupe de travail « médecins SSR bassin de Saint Etienne » en date du 09/11/2007.

Elle ne prend en compte que le SSR et les filières adulte, pas pédiatrique.

Ce rapport comprend :

- 1 – un état des lieux avec:
  - l'inventaire des structures et des moyens de SSR,
  - l'identification des filières ;
- 2 – un constat de fonctionnements de ces filières ;
- 3 – des propositions d'organisation ou de développement.

## 1- ETAT DES LIEUX

### A) STRUCTURES ET MOYENS DE SSR

Il s'agit de l'état des lieux des structures et moyens en place, avec la classification des établissements selon leur reconnaissance d'activité. Il est basé sur les informations validées par les différents établissements du bassin, en termes de lits et places installés. Nous avons proposé une « classification » de l'activité selon :

- Hospitalisation complète (HC) ou de jour (HDJ) ;
- Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), ou Soins de Suite Médicalisés Polyvalents (SSMed Polyvalent), ou Soins de Suite Médicalisés Gériatriques (SSMed G), ou Soins de Suite Médicalisés Spécialisés (SSMed Spé : cardiologie, pneumologie, alcoologie) ;
- En MPR, une identification à orientation neurologique, polyvalente ou spécialisée (cardiologie, pneumologie, pédiatrie, gériatrie)

Cet état des lieux a été établi au cours du deuxième semestre 2006 (*Annexe 1. Tableaux Recensement Lits SSR- Enquête 2006 ; Annexe 2. Typologie des établissements ; Annexe 3. Schéma répartition SSR – Bassin de Saint Etienne*).

#### Sur le bassin, il existe :

##### a) En MPR ou Rééducation

- 5 unités assurant de l'hospitalisation complète :
  - CHU Saint Etienne : Unité MPR adulte, pédiatrique et gériatrique ;
  - Centre Médical de l'Argentière (CMA) à Aveize: MPR adulte ;
  - CHPG site de Rive de Gier : MPR adulte ;
  - Centre Spécialisé de Chavannes : Rééducation cardio-vasculaire.

Le CMA et le CHU de Saint Etienne gèrent en commun (GCS) :

- une unité de SRPR (Service de Rééducation Post Réanimation) sur le site de Bellevue

- 7 unités MPR assurant de l'hospitalisation de jour :
  - CHU Saint Etienne : Unités MPR adulte, MPR pédiatrique et MPR gériatrique ;
  - Centre Médical de l'Argentière (CMA) à Aveize: MPR adulte ;

- CHPG site de Rive de Gier : MPR adulte ;
- Centre Médical Clos Champirol : MPR rhumatologie – orthopédie ;
- CH de Firminy : Rééducation cardio-vasculaire ;
- CH Annonay : Rééducation cardio-vasculaire ;
- Centre Hospitalier Privé de la Loire CHPL : Rééducation cardio-vasculaire.

**En SS Médicalisé, dissocié en SSMed polyvalent et SSMed Gériatrique.**

**b) En SSMed Gériatrique :**

- CHU de Saint Etienne (activité gériatrique, site Charité et Trousseau) ;
- CH de Firminy (activité partiellement gériatrique et polyvalente) ;
- CH Georges Claudinon du Chambon-Feugerolles (activité gériatrique et polyvalente) ;
- CH d'Annonay (activité gériatrique) ;
- CH Pays de Gier (CHPG) (activité gériatrique sur le site de St Chamond) ;
- Clinique La Buissonnière (activité gériatrique prédominante et polyvalente).

**c) En SSMed polyvalents :**

- Centre Médical des 7 Collines (activité polyvalente, activité gériatrique non identifiée) ;
- CHPG (activité polyvalente sur le site de Rive de Gier) ;
- Centre Clos Champirol (activité polyvalente, orientation rhumato/traumato-orthopédie) ;
- CH de Montbrison (activité polyvalente et gériatrique) ;
- CH de Feurs (activité polyvalente et gériatrique) ;
- Centre Médical Alma Santé (activité polyvalente, orientation traumatologie orthopédie) ;
- Centre Médical de l'Argentièrre (activité polyvalente, orientation neurologie)
- Hôpitaux locaux : Boën, St Bonnet Le Château, St Félicien, Serrières, Chazelles sur Lyon, St Laurent de Chamousset et Hôpital de Moze (St Agrève), qui assurent une activité SSMed avec une orientation gériatrique prépondérante.

**d) En SSMed spécialisés :**

- Centre Médical de Chavannes (spécialisé cardiologie et vasculaire) ;
- Centre Médical de Gravenand (spécialisé pneumologie) ;
- Centre d'alcoologie de Saint-Galmier (spécialisé alcoologie).

Pour la population du bassin de **652 047** habitants (recensement 1999), l'enquête réalisée en 2006, selon les données du SROS, fait apparaître :

Pour la MPR :

**291** lits ou places installés en MPR, constituant un ratio de **0.44** pour le bassin (comprenant les lits ou places cardio-vasculaires).

Le ratio de référence est de **0,50** selon le SROS, soit une estimation de **326** lits (qui ne semble pas inclure la pathologie cardio-vasculaire ou pneumologie).

Ainsi, si on exclut les places de jour, non prises en compte dans les objectifs quantifiés, le nombre de lits est de **264**, avec un ratio de **0.40** (différence de 62 lits).

De plus, si on exclut la pathologie cardio-vasculaire et pneumologie, le nombre de lits et places est de **213**, soit un ratio de **0,32** (différence de 113).

***Il manque alors globalement de 113 à 62 lits de MPR.***

Parmi les **291** lits ou places identifiés en MPR, **62** lits ou places sont identifiés neurologie par les structures, soit un ratio **de 0,09** pour le bassin (incluant les 11 lits de SRPR dont le recrutement est plus régional – seulement trois SRPR en Rhône Alpes). Le ratio de référence SROS étant de **0,19**, le bassin justifierait de **124** lits.

***Il manque ainsi de 73 à 62 lits MPR à orientation neurologique.***

**Pour le SSMed :**

Au total **935 lits ou places** installés ont été recensés (dont 25 places d'hôpital de jour), soit un ratio de **1,43**. Le ratio proposé selon le SROS est de **1,30**, soit une proposition de **847** lits. Le ratio du bassin est ainsi en léger excès par rapport au ratio régional.

Cet excès, souvent rapporté est à nuancer par une population de bassin plus âgée que la moyenne régionale, et l'accueil par certaines structures de patients non originaires du bassin (de l'ordre d'au moins 10%), voire non originaires de la région (Haute Loire – Région Auvergne).

En SSMed Gériatrique, les établissements ont identifié **359** lits ou places (dont 25 places de jour) soit un ratio global de **0,55**, mais en fait de **0,51** si on exclut les places de jour (334 lits). La recommandation du SROS est un ratio de **0,52**, soit 339 lits.

Un « groupe de travail gériatrie », constitué fin 2007, identifie actuellement (janvier 2008) le besoin SSMed Gériatrique à un minimum de **346** lits, en prenant en compte un ratio de 2/1 entre le nombre de lits SSMed G et le nombre de lits court séjour gériatrique ; il identifie le besoin court séjour gériatrique minimum à 173 lits pour une population de 652 047 habitants. Ce groupe de travail a effectué un nouveau recensement en Janvier 2008 pour les filières gériatriques autour des CH, mettant en évidence une insuffisance de lits de court séjour gériatrique (133 identifiés, pour une recommandation de 173) et en SSR un nombre de 260 à 270. Ces résultats restent cependant à nuancer par la difficulté de certaines structures à identifier leur activité : en court séjour il est parfois difficile de différencier une activité « médecine » d'une activité « gériatrie », en particulier dans les hôpitaux locaux. De même, pour les SSMed la quantification de l'activité gériatrique est imprécise par rapport à l'activité dite polyvalente.

En SSMed cardiologie, le recensement faisait état de **34** lits en hospitalisation complète et **22** places de jour, et en SSMed, **13** lits en hospitalisation complète (total = 69). On ne peut calculer un ratio global pour le bassin car puisque le recrutement est interbassin (Saint Etienne, Roanne, Lyon..).

En SSMed pneumologie, le recensement faisait état de **102** lits en hospitalisation complète et tous en SSMed spécialisés. On ne peut calculer un ratio global pour le bassin car le recrutement est interbassin (Saint Etienne, Roanne, Lyon..).

Ce recensement montre :

- 1. un manque d'offre d'activité MPR en général. On peut estimer selon ces chiffres le besoin de lits de MPR dans une fourchette de 113 à 62 lits ;**
- 2. ce manque d'offre MPR est prédominant pour l'orientation neurologique. On peut ainsi estimer le besoin pour la MPR neurologie dans une fourchette de 73 à 62 lits ;**
- 3. un nombre suffisant de lits SSMed dans la globalité, mais ce résultat est à nuancer compte tenu :**
  - (i) de l'âge plus élevé que la moyenne régionale de la population du bassin,**
  - (ii) d'une activité régionale pour certaines structures (SSMed spécialisés pneumologie ou cardiologie),**
  - (iii) de l'accueil de patients de la région Auvergne ;**

**4. un besoin de mieux identifier l'activité et les besoins gériatriques avec un nombre insuffisant de lits SSMed identifiés à orientation gériatrique, ainsi que l'activité spécialisée de recours au niveau régional (SRPR, MPR neurologie, MPR pédiatrie, cardiologie, ..**

## **B - FILIERES**

Le fonctionnement habituel de l'ensemble des structures de SSR, l'avis des différents acteurs (groupe de travail des médecins SSR secteur 6, rencontres avec les directions des établissements, groupe de travail coopération du bassin – conférence sanitaire de bassin, etc,...) et l'élaboration de filières de prise en charge soutenue par les tutelles et recommandé dans le SROS Rhône Alpes, nous ont incités, au sein du bassin de Saint Etienne :

- à identifier des filières actuelles ou potentielles selon les besoins des populations
- à réfléchir sur l'organisation et la structuration de ces filières, au sein d'une collaboration MCO (court séjour) et SSR.

Nous avons identifié :

### *I) Filières neurologiques :*

- I-1 Filière traumatisés crâniens/cérébro-lésions graves / états végétatifs – pauci-relationels
- I-2 Filière lésion médullaire
- I-3 Filières accident vasculaire cérébral
- I-4 Filières pathologies neurologiques périphérique, dégénérative et inflammatoire

### *II) Filières ortho-traumato-rhumatologie :*

- II-1 Filière ortho-traumatologie
- II-2 Filière rhumatologie

### *III) Filière amputés*

### *IV) Filière cardio-vasculaire et respiratoire*

- IV-1 Filière cardio-vasculaire
- IV-2 Filière respiratoire

### *V) Filières suite pathologies viscérales*

### *VI) Filières cancérologie*

### *VII) Filière gériatrie*

## **I) FILIERES NEUROLOGIE**

### ***I-1. FILIERE TRAUMATISME CRANIEN / CEREBRO-LESION GRAVE / EV-EPR :***

Cette filière regroupe l'ensemble des lésions cérébrales graves, traumatismes crâniens, anoxie cérébrales, accidents vasculaires graves (en particulier AVC essentiellement hémorragiques même si une filière spécifique AVC est proposée). Les modalités et orientations de prise en charge de ces lésions cérébrales graves sont proches, mais diffèrent selon leur évolution clinique et le retentissement fonctionnel qui s'en suit.

\* Cette filière est très spécialisée, exclusivement MPR neurologique, importante compte tenu de la gravité des lésions initiales et des séquelles requérant une équipe pluridisciplinaire importante, et aussi du retentissement fonctionnel et social nécessitant une prise en charge institutionnelle assez longue et des relais d'ordre médical et social. La prise en charge SSR à la phase initiale justifie la proximité des services de MCO (urgences, neurochirurgie, réanimation, imagerie, etc...)(*Circulaire de juin 2004 (DHOS/SDO/01DG/SD5D/DGAS/PHAN/3B/n° 280 du 18/06/2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crâniens cérébraux et traumatisés médullaires*) et une organisation régionale souvent proche des CHU, avec mise en place des unités dites SRPR (Service de Rééducation Post Réanimation).

\* Sur le bassin cette filière est bien identifiée, passant principalement à l'issue du MCO (réanimations – SIPO neurochirurgie) par le Service de Rééducation Post Réanimation (SRPR42 Bellevue) et/ou plus secondairement les services MPR neurologique CMA Aveize ou Bellevue CHU.

Le recrutement s'effectue de manière prépondérante sur le bassin de Saint Etienne, mais s'étend aussi à partir des réanimations de Roanne, Valence ou du Puy pour le SRPR puis la MPR.

Selon l'origine lésionnelle (traumatisme crânien, anoxie ou, hémorragie cérébrale) et surtout selon l'évolution clinique des patients, l'orientation à l'issue du SRPR se fait vers :

- une unité MPR neurologique au CMA à Aveize, ou MPR Adulte CHU Bellevue avec un suivi ultérieur en HDJ également au CHU ou au CMA, et pour certains patients MPR Rive de Gier (proximité). Si possible, le suivi des patients initialement hospitalisés au SRPR 42 se fait à proximité du lieu de résidence, c'est-à-dire Roanne, Le Puy ou Valence pour les patients

non originaires du bassin ; cette prise en charge de proximité est conditionnée par la stabilité de l'état clinique et des possibilités de rééducation en service MPR de proximité (MPR Roanne Bonvert, MPR Les Baumes-Valence, MPR Saint-Vallier, MPR Le Puy).

- une unité de proximité EV/EPR, pour les patients présentant un état végétatif ou paucirelationnel chronique (EV/EPR) essentiellement sur l'hôpital Georges Claudinon au Chambon-Feugerolles pour le bassin de Saint Etienne, mais également l'hôpital de Saint Just la Pendue (bassin de Roanne), le CH de Tournon, l'HL de l'Argentière, le Centre Germaine Revel pour des patients en dehors du bassin. Cette filière EV/EPR est particulièrement bien organisée, avec coopération des différentes structures dès la phase de réanimation (*Annexe 4 Schéma 1*).

\* Si cette filière est bien reconnue, elle est toutefois insuffisamment adaptée aux besoins du bassin, ne peut répondre au rôle de recours interbassin, en particulier pour le SRPR, et sa dimension médico-sociale est encore incomplète :

- la capacité d'accueil de lits MPR est insuffisante sur le bassin pour les lésions graves, notamment pour la population de l'agglomération stéphanoise, ce qui induit en amont une durée de séjour plus importante en MCO. L'identification préférentielle de cette filière au sein du CMA peut induire des hospitalisations prolongées en MPR à Aveize, avec un suivi en HDJ difficile compte tenu de la localisation actuelle de ce centre de rééducation ; cette situation devrait être améliorée par le transfert du CMA sur Saint Etienne.

- il existe des difficultés en capacité d'accueil et suivi médical ambulatoire (HDJ et consultations de suivi), et au niveau de l'ensemble de la filière médico-sociale (malgré la présence d'une UEROS)(Unité d'Evaluation de Réentraînement et d'Orientation Sociale) ; les traumatismes crâniens exigent en effet un suivi prolongé, souvent pluridisciplinaire et une collaboration étroite avec les structures médico-sociales ; les traumatismes crâniens dits modérés nécessitent rarement une hospitalisation prolongée en SSR, mais les troubles cognitifs et comportementaux justifient un suivi médico-sociale important en raison des risques de rupture sociale.

- la capacité d'accueil en structures d'hébergement ou d'accompagnement médico-social (MAS, FAM – pour les TC un seul établissement médico-social spécialisé à St Martin d'en Haut) est insuffisante, ce qui induit des séjours prolongés en MPR (insuffisance de possibilités d'accueil de sujets lourdement handicapés de moins de 60 ans).

- enfin, il est absolument nécessaire de reconnaître le rôle de recours du SRPR 42 Bellevue, avec un périmètre de recrutement au-delà du bassin de Saint Etienne puisque

l'accueil des patients se fait sur les bassins de Roanne, Valence-Montélimar et le Puy. Ceci est lié au fait que 3 SRPR seulement sont prévus sur la région Rhône-Alpes. Cette situation accroît les délais d'admission en SPRR (actuellement 11 lits installés sur 12 autorisés) ; pour le fonctionnement optimal de cette filière, il est nécessaire d'identifier au moins un lit pour le secteur Drôme-Ardèche et un lit de re-évaluation et d'adaptation thérapeutique pour le lien avec les unités EV/EPR de proximité)(Accueil patient Réanimation du secteur environ 90% - hors secteur Valence –Roanne 10%).

Années	2005	2006	2007
Total Nombre de patients	49	56	58
Total Refus	21	28	44

\* La structuration de la filière devrait prochainement s'améliorer avec certains projets :

- le transfert du CMA sur Saint Etienne – site Bellevue, qui permettra la finalisation de la filière associant les services de réanimations (GCS Réanimations), de neurochirurgie (CHU), le SRPR 42, les unités MPR neurologie (essentiellement CMA – projet de 30 lits de MPR neurologique + places HDJ), et l'unité SSMed neurologie d'Aveize en cas de handicap lourd ;
- le lien avec les unités de proximité pour les EV/EPR déjà mises en place ;
- le développement de la filière médico-sociale (MAS - FAM accueil cérébro-lésion grave + accueil temporaire en projet exemple Transverse – Champdieu Mutualité) en coopération avec des structures existantes.

## **I-2. FILIERE LESION MEDULLAIRE :**

Cette filière regroupe l'ensemble des lésions médullaires, d'origine traumatique d'une part (en voie de diminution en raison des mesures de prévention routière) et médicale d'autre part (tumeur, compression lente, myélopathie) ; elle représente sur le plan clinique les tétraplégies, paraplégies et syndromes de la queue de cheval (et aussi spina bifida adulte).

\* Cette filière est très spécialisée, exclusivement MPR neurologique, compte tenu de la gravité des séquelles liées aux lésions initiales et du caractère pluridisciplinaire de la prise en charge, avec certaines compétences spécialisées (troubles urinaires, sexuels, douleur neurologique, spasticité, lésions cutanées), un plateau technique approprié et un

environnement médico-chirurgical (*Circulaire de juin 2004 (DHOS/SDO/01DG/SD5D/DGAS/PHAN/3B/n° 280 du 18/06/2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crâniens cérébraux et traumatisés médullaires).*)

\* Le recrutement s'effectue de manière prépondérante sur le bassin de Saint Etienne, mais s'étend aussi à partir des urgences, des réanimation sur les services de neurologie de Roanne, Valence-Montélimar ou du Puy en raison de l'activité de neurochirurgie du CHU de Saint Etienne (activité inter bassins – convention avec Valence) ainsi que des possibilités offertes par le SRPR 42 Bellevue (accueil de lésions médullaires hautes avec atteintes respiratoires) et MPR Bellevue.

La prise en charge en SRPR et/ou MPR longue, répond à diverses modalités (MPR neurologique HC, HDJ), et exige des liens avec le médico-social et des moyens rééducatifs spécifiques (urologie, sexologie, traitement des escarres, spasticité, réentraînement à l'effort) et surtout un suivi spécialisé à vie.

\* La filière s'identifie autour de l'unité MPR adulte du CHU Saint Etienne qui constitue, selon le SROS 3, une des structures de recours régional, assurant l'accueil de patients du bassin de Saint-Etienne et d'autres bassins (Roanne, Valence); elle doit s'articuler en fonction de l'état clinique et fonctionnel du patient avec des structures de proximité du bassin (MPR Rive de Gier) et aussi d'autres bassins (MPR Roanne, Valence, Saint-Vallier) et même d'autres régions (Le Puy) (selon le SROS : Critères de relais entre centre MPR de référence et centre MPR Polyvalent de proximité selon les situations cliniques : paraplégiques, lésions hautes C6-C7 tétraplégie, lésions au dessus de C5).

Actuellement, seulement 8 patients médullaires en moyenne peuvent être accueillis en HC en MPR Adulte CHU Bellevue et 1 patient en HDJ (soit environ 30 patients/an). Les données épidémiologiques font apparaître une incidence de lésions médullaires traumatiques de 19,4 cas par million d'habitants et par an, avec une répartition de 1 tétraplégique pour 2 à 3 paraplégiques; on peut ainsi estimer pour la région Rhône-Alpes 109 nouveaux cas annuels (population Rhône Alpes de 5,6 millions habitants – recensement 1999). Ainsi, en prenant en compte les bassins de St Etienne et de Roanne, une partie des bassins de Valence et de Montélimar (environ 1,2 millions habitants), cela fait 24 patients traumatiques par an. Avec une durée de séjour de 4 à 6 mois selon le niveau de la lésion, on peut estimer le besoin minimum à 10 lits individualisés médullaires autorisant une prise en charge post-traumatique précoce à répartir au sein des unités de

référence du bassin, en l'occurrence SRPR CMA-CHU Bellevue (tétraplégie avec détresse respiratoire et phase initiale) et MPR-CHU Bellevue. Si on, associe les étiologies médicales, cela fait au moins 50 patients annuels supplémentaires auxquels se rajoutent les re-hospitalisations induites par certaines complications (escarres, douleurs, spasticité, ..). Ainsi les besoins dédiés aux lésions médullaires peuvent être estimés à au moins 25 lits, avec au niveau de la MPR Adulte CHU, au moins 10 lits d'accueil en phase précoce et 4 lits de suivi et re-hospitalisation et 2 places HDJ. Les autres structures de proximité développent progressivement une possibilité d'accueil (Rive de Gier, Roanne, Valence, Saint Vallier, Le Puy).

**Tableau = Hospitalisation MPR Adulte Bellevue (données du service MPR)**

<b>Année</b>	<b>Nombre total</b>	<b>Tétraplégie</b>	<b>Paraplégie</b>	<b>Queue de cheval</b>
2004	26	4	21	1
2005	26	10	13	3
2006	31	14	15	2
2007	37	12	19	6

\* Cette filière est bien identifiée et structurée, mais elle apparaît cependant insuffisamment dotée en lits et places compte tenu de cette organisation régionale. Ceci induit d'importants délais de transfert en MPR et donc d'importantes durées de séjour en court séjour (neurochirurgie, neurologie, réanimation) et des difficultés pour le suivi souvent associé à des re-hospitalisations (escarres, troubles urinaires, douleurs, traitement de la spasticité, ..).

A l'issue de la prise en charge MPR, il existe des difficultés d'accueil de certains patients : retours à domicile parfois précaires, possibilité d'accueil en structures médico-sociales insuffisantes pour des sujets jeunes lourdement handicapés, et souvent contexte social et économique difficile.

De ce fait il paraît absolument nécessaire :

- de reconnaître le rôle de structure de recours de la MPR Adulte Bellevue, de son périmètre de recrutement au-delà du bassin puisque l'accueil des patients se fait sur les bassins de Roanne, de Valence-Montélimar, du Puy et de Roanne).

- d'identifier les structures de proximité susceptibles d'accueillir de façon précoce des blessés médullaires, selon le niveau lésionnel puis secondairement pour un suivi de proximité et surtout d'identifier les moyens dédiés (en cours d'identification filière : Roanne = HC capacité actuelle de 30 lits dont en moyenne 2 pour la filière médullaire (projet de 60 lits horizon 2009) et HDJ 2 places depuis 2008, non spécifiquement dédié aux lésions médullaire;

Saint Vallier = HC : 30 lits en MPR polyvalente de proximité, avec MPR neurologique 15 lits ; capacité pour la filière médullaire 3 lits dédiés (année 2007 – ultérieurement 6 lits pour les médullo-lésés avec ouverture de 30 lits supplémentaire - Absence d'hôpital de jour mais prévu en 2008 : 5 places ; Les Baume s- Valence = HC 65 lits en MPR polyvalente de proximité avec MPR neurologique 35 lits et 5 lits pour la filière médullaire et HDJ Hospitalisation de jour sur 15 places, 2 places pour la filière médullaire) ; Rive de Gier = pas de lit dédiés mais accueil possible de 1 patient).

- de structurer cette filière, associant la place des structures de référence et celle de proximité, dans un territoire inter-bassins ouest de la région (*Annexe 5 Schéma 2*).

### ***I-3. FILIERE AVC :***

La structuration de cette filière doit être privilégiée (*selon les recommandations du SROS 3 et selon la circulaire DHOS/DGS/DGAS n° 517 du 3 Novembre 2003 relative à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux*). Cette organisation doit prendre toute son ampleur dans le bassin avec la création d'une unité neuro-vasculaire au CHU, sur le site Hôpital Nord, avec la création de 20 lits dont 6 de soins intensifs.

Les travaux de coopération inter-établissements organisés en 2007 font état d'un accueil de 1100 à 1200 AVC sur le bassin (accueil aux urgences du CHU, des CH de Montbrison, Firminy, Feurs, Saint-Chamond et Annonay) ; 20 à 30 % de ces patients doivent bénéficier de SSR, MPR ou SSMed en particulier gériatriques.

\* La structuration de cette filière doit tenir compte de :

- une prise en charge importante en gériatrie dans la « filière globale gériatrique » incluant après l'accueil aux urgences, des soins en court séjour puis moyen séjour gériatrique suivi d'un retour à domicile ou d'une institutionnalisation. Au niveau de chaque centre hospitalier assurant l'accueil des AVC aux urgences il est absolument nécessaire d'identifier cette filière gériatrique. Cette prise en charge s'inscrit dans celle attribuée selon le SROS aux SSMed en général, avec un besoin de proximité (rôle des hôpitaux locaux par exemple) et de réadaptation sociale pour le retour à domicile, ou comme relais du séjour en MPR. Une préconisation de 0,04/1000 habitants (soit 25 lits) est déterminée selon le SROS (page 127).

- une prise en charge spécifique MPR - rééducation neurologique post-aiguë (HC et HDJ) et également un suivi sur le moyen terme (HDJ et consultation) avec des moyens techniques spécifiques (plateau technique de rééducation neurologique - techniques de traitement de la

spasticité, prise en charge et bilan neuropsychologie, prise en charge d'orthophonie, technique d'appareillage, ..). Entre 10 à 15% des patients doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge de MPR neurologique, soit entre 110 et 170 patients. Avec une durée moyenne de séjour de 60 jours, il émerge un besoin de 25 à 30 lits identifiés AVC en HC, ce qui correspond aux 0,04/1000 habitants selon le SROS (25 lits).

\* L'état actuel (chiffres 2006 ou 2007) permet ainsi d'identifier une prise en charge en MPR au CHU MPR Adulte (HC 71 AVC - HDJ 144 AVC), au CHPG Rive de Gier (environ 50 AVC HC), au CMA Aveize (37 HC), au SRPR 42 (20 AVC HC) et plus diffuse en SSMed, avec un accueil en SSMed gériatrique dans toutes les filières de proximité gériatrique des CH et également dans les hôpitaux locaux et SSMed (Claudinon 5 lits dédiés – Clos Champirol)(*indications selon Fiche coopération AVC- Annexe 9*)

Cette filière doit certes privilégier la proximité, mais aussi une possibilité d'accès aux techniques spécifiques de rééducation dès la phase initiale et tout au long de la prise en charge, avec un plateau technique de référence (au CHU exemple de la toxine botulique, de l'appareillage, du réentraînement à l'effort).

\* Il est actuellement nécessaire de décrire cette filière AVC avec l'ensemble des acteurs potentiels pour :

- bien identifier les besoins autour de chaque CHG pouvant accueillir des AVC en urgence et en court séjour ;
- bien identifier les possibilités d'accueil de patients en MPR et en SSMed (gériatrique et polyvalent) ;
- établir la possibilité de relais entre les structures (MPR et SSMed – Hospitalisation complète et hospitalisation de jour) afin de bénéficier des techniques nécessaires à certains patients ;
- favoriser la réadaptation en structure de proximité et le retour à domicile ;
- s'assurer de possibilités d'un suivi pour adapter la rééducation-réadaptation et diminuer le handicap ;
- identifier les structures relais d'aval dans le secteur médico-social.

#### ***I-4. FILIERE NEUROLOGIE DEGENERATIVE, INFLAMMATOIRE ET PERIPHERIQUE :***

Cette filière est identifiée autour de pathologies dont les besoins de rééducation-réadaptation sont connus de part leur caractère évolutif et leur retentissement fonctionnel. Ces affections comprennent : la sclérose en plaques (SEP), la sclérose latérale amyotrophique (SLA), la maladie de Parkinson ou syndromes apparentés (PK), les neuropathies ou polyneuropathies diverses, les affections neuro-musculaires (myopathies, maladie de Charcot-Marie-Tooth, Guillain-Barré, poliomyélite antérieure aiguë), les infirmités motrices cérébrales vieillissantes, etc., ...

\* Cette filière s'adresse à un nombre assez important de patients, bien que difficile à préciser, avec une prise en charge médicale essentiellement ambulatoire. Ainsi, pour ces patients, l'entrée dans la filière des soins de suite et de réadaptation peut « s'amorcer » :

- soit après un épisode aigu ayant entraîné une hospitalisation en neurologie avec régression fonctionnelle,
- soit dans le cadre d'un suivi ambulatoire (consultation spécialisée ou pluridisciplinaire et hospitalisation de jour, en neurologie et/ou en MPR) mettant au jour des complications fonctionnelles de divers ordres.

\* Les besoins restent mal quantifiés même s'ils sont progressivement mieux connus du fait de la création d'activités médicales spécifiques (pour la SLA – Centre de référence au CHU avec consultation pluri-disciplinaire ; pour les affections neuro-musculaires et maladies rares – Centre de référence au CHU avec consultation pluri-disciplinaire ; pour la SEP et PK consultations spécialisées neurologie et pluridisciplinaires au CHU). Ces besoins sont ceux d'un suivi régulier d'une maladie chronique, avec des bilans moteurs et fonctionnels (troubles de la marche, de la préhension, troubles urinaires et sexuels, troubles respiratoires, douleur, appareillage, spasticité, etc., ..) qui exigent une compétence médicale, paramédicale et un plateau technique approprié, de MPR essentiellement.

Il n'y a aucune structure assurant une spécificité de prise en charge en SSR ; seul le Centre Germaine Revel est identifié pour l'accueil des SEP, proche du bassin de Saint Etienne (mais hors bassin), avec un recrutement régional voire national.

Actuellement, ces patients sont suivis en neurologie et en MPR Adulte Bellevue (consultations spécialisées (spasticité – urinaire – PK), consultations pluridisciplinaires (pluri-

disciplinaire SEP – neuromusculaire – SLA) et en hôpital de jour MPR Adulte Bellevue (mais avec une insuffisance de possibilité d'accueil). Des hospitalisations sont parfois nécessaires pour des bilans complexes (pompe à baclofène) avec une faible capacité d'accueil.

\* Cette filière doit être reconnue, développée et structurée avec identification de un ou deux établissements et/ou unités MPR ou SSMed polyvalents complémentaires, autour de l'activité actuelle du CHU. Cette filière doit permettre une activité d'hospitalisation complète et/ou de jour, une activité ambulatoire renforcée avec un plateau technique adapté.

## **II) FILIERES ORTHO-TRAUMATO-RHUMATOLOGIE**

### **II-1. FILIERE ORTHO-TRAUMATOLOGIE:**

Si cette filière semble ne pas poser de problème majeur, en dehors des délais trop longs à la sortie du court séjour chirurgical et des difficultés pour les situations complexes (patients âgés, contexte infectieux ou psychiatrique, ..) peut être parce que de nombreuses structures y contribuent, elle apparaît toutefois mal structurée et mal identifiée par rapport à la diversité des situations (chirurgie réglée ou post-urgence et traumatologie, patients complexes, gériatrie, troubles psychiatriques associés nombreux (*Annexe 6. Schéma 3*)).

\* On constate en effet :

- un nombre important de structures qui accueillent ces patients, aussi bien en SSMed polyvalent (Centre 7 Collines, Alma Santé, Clos Champirol, Georges Claudinon) qu'en MPR (CMA Aveize, Clos Champirol et CHPG Rive de Gier, MPR Gériatrique Charité) ;
- des critères d'admission favorisant la pathologie orthopédique réglée ;
- des besoins de rééducation-réadaptation insuffisamment identifiés.

Des problèmes se posent pour les cas complexes :

- la traumatologie de sujets très âgés (polypathologiques) et en particulier les patients déments ;
  - la traumatologie de sujets ayant des troubles psychiatriques ;
  - l'orthopédie avec contexte complexe (pathologie inflammatoire, cancéreuse, etc., ....) ou avec des complications infectieuses (médicaments coûteux) ou d'autres pathologies associées (par exemple insuffisance rénale justifiant de dialyse avec surcoût thérapeutique) ;
- Enfin, les capacités d'accueil de ces patients reste très problématique, en particulier les sujets âgés, alors que le vieillissement de la population accroît l'incidence de ces situations.

\* Cette filière est conséquente du fait de l'importante activité orthopédique-traumatologique dans les établissements de court séjour du bassin (public, PSPH ou privé) et de leur recrutement hors secteur (Haute Loire en particulier) ; elle nécessite, en collaboration avec les services de chirurgie :

- de déterminer les types de besoins, rééducation ou soins de suite (polyvalents ou gériatriques) et la localisation des structures au sein du bassin ;
- d'identifier des critères d'orientation en fonction :

- des pathologies : besoins en MPR et SSMed (Cf. « Critères de prise en charge en MPR ») ;
- du caractère programmé ou non de la chirurgie (flux régulier de la chirurgie réglée par rapport à la traumatologie) ;
- des populations : sujets âgés avec des besoins spécifiques, mais aussi sujets sportifs par exemple ;
- de la complexité des situations cliniques : infections, reprise chirurgicale, algoneurodystrophie, psychiatrie, pathologies métaboliques associées, oncologie, etc., ;
- de proposer diverses modalités de prise en charge : hospitalisation de jour MPR, hospitalisation à domicile.

## **II-2. FILIERE RHUMATOLOGIE :**

Cette filière, identifiée dans ce rapport, est quasi inexistante dans le bassin, alors que le besoin existe du fait de l'évolution chronique et invalidante de certaines affections rhumatologiques. Comme pour les affections neurologiques dégénératives ou inflammatoires, on se retrouve dans la cadre des affections rhumatologiques avec des besoins de rééducation-réadaptation compte tenu de l'évolutivité de l'affection ou de son retentissement avec le temps. On compte parmi ces affections : divers rhumatismes inflammatoires : polyarthrite rhumatoïde (PR), pelvispondylite ankylosante ou spondylarthrite rhumatismale (SA), certaines atteintes dégénératives invalidantes du rachis (lombalgies, radiculalgies, cervicalgies chroniques) ou des articulations périphériques (périarthrites de l'épaule), les algoneurodystrophies, l'ostéoporose responsable de fractures, etc., ...

\* Cette filière concerne ainsi un nombre important de patients, dont la prise en charge médicale est essentiellement ambulatoire. Le besoin de SSR peut « s'amorcer » :

- soit après un épisode aigu avec hospitalisation en rhumatologie ;
- soit, le plus souvent, lors d'un suivi ambulatoire (consultation spécialisée ou pluridisciplinaire et hospitalisation de jour, en rhumatologie/orthopédie, centre de la douleur et/ou en MPR) faisant apparaître une évolutivité clinique ou fonctionnelle.

\* Les besoins de SSR sont importants mais mal quantifiés. Ils sont partiellement identifiés pour les algies rachidiennes chroniques (consultation de rhumatologie et Centre de la douleur au CHU) et la PR (Centre de référence PR et Ostéoporose Rhumatologie CHU), avec

nécessité, comme dans toute maladie chronique, de bilans moteur et fonctionnel (troubles de la marche, de la préhension, douleur, appareillage, etc., ..), qui exigent des compétences médicales, paramédicales et un plateau technique de MPR adaptés.

\* Cette filière doit être identifiée, et structurée sur un ou deux établissements et/ou unités, MPR ou SSMed polyvalents, essentiellement autour de l'activité actuelle de rhumatologie du CHU, avec une activité de MPR essentiellement ambulatoire du CHU et du Clos Champirol. Elle doit développer une activité d'hospitalisation complète et/ou de jour et une activité ambulatoire renforcée (consultations et hospitalisation de jour) avec un plateau technique adapté.

### **III) FILIERE AMPUTES :**

Il s'agit d'une filière très spécialisée, de faible volume : amputation traumatique en général avec en général, des sujet jeunes et appareillables ; amputation vasculaire avec en général des sujets âgés et plus difficilement appareillables).

Elle exige des compétences médicales et techniques particulières (appareillage), et un suivi ambulatoire spécialisé.

\* Cette filière a été re-structurée. Auparavant il s'agissait d'une activité spécifique au CMA Aveize. Actuellement elle est centrée sur la MPR CHPG Rive de Gier.

Ainsi la prise en charge des amputés est réalisée par :

- le service de MPR de Rive de Gier, centre de référence. Il assure l'hospitalisation complète post-chirurgie (préférentiellement amputations traumatiques ou autres non vasculaires), l'appareillage initial et définitif et le suivi en consultation et HDJ ;

- le Centre Médical de Chavannes avec prise en charge préférentielle de patients vasculaires. Il assure l'hospitalisation complète post-chirurgie et l'appareillage initial en collaboration avec Rive de Gier ;

- le CHU MPR Adulte (Unité de Soins Ambulatoires) avec une activité ambulatoire : avis précoce dans les services de court séjour (essentiellement chirurgie) et orientation ; suivi (HDJ et consultations externes) de proximité en collaboration avec Rive de Gier.

\* Cette filière est actuellement bien identifiée par les différents acteurs (*Annexe 7 Schéma 4*).

#### **IV) FILIERE CARDIO-VASCULAIRE ET RESPIRTOIRE :**

##### **IV-1. FILIERE CARDIO-VASCULAIRE :**

Cette filière est identifiée pour l'ensemble du bassin, avec une structure d'hospitalisation spécialisée, le Centre Médical de Chavannes, qui assure la rééducation cardiaque et des soins de suite pour les pathologies vasculaires, et plusieurs unités ambulatoires avec des places de rééducation cardiaque réparties sur l'ensemble du territoire. Cela représente en MPR 34 lits en hospitalisation complète et 22 places en hospitalisation de jour et en SSMed 13 lits en hospitalisation complète soit un total de 69 lits ou places.

\* Si la dotation peut apparaître relativement importante, avec une activité de proximité en rééducation ambulatoire et une activité en hospitalisation au Centre de Chavanne, les services demandeurs, attestent que toutes les demandes de rééducation cardiaque ne peuvent être honorées, ou le sont avec des délais longs. Il n'est pas rapporté de ratio de lits ou place pour la population, et les activités d'hospitalisation compte tenu du peu de structures spécialisées sont inter-bassins.

\* Cette filière doit ainsi :

- s'organiser autour d'un partenariat plus étroit avec les établissements de court séjour du bassin pratiquant la cardiologie et la chirurgie cardio-vasculaire (CHU, CHPL, Mutualité), en particulier pour l'hospitalisation complète,

- identifier les besoins de rééducation cardiaque (post-infarctus et post chirurgie) et ceux de rééducation vasculaire, avec les ratios nécessaires en hospitalisation complète et hospitalisation de jour,

- identifier l'offre de la rééducation cardiaque (post-chirurgie) pour le Centre Médical de Chavannes, avec nécessité probable d'un renforcement de l'équipe médicale dans le contexte d'une activité identifiée comme inter-bassins ;

- identifier l'importance et la localisation (bassin et territoire de proximité) de la rééducation cardiaque ambulatoire (place des explorations cardio-vasculaires et de la rééducation cardiaque au CHU) ;

- identifier les besoins de rééducation vasculaire avec les ratios nécessaires en hospitalisation complète et hospitalisation de jour, et développer l'activité ambulatoires (artérite, lymphoédèmes, etc., ..) ;

- conforter le Centre Médical de Chavannes dans son rôle de centre spécialisé inter-bassins, avec un accueil de patients du bassin de Roanne, de l'ouest lyonnais ou partiellement de l'Isère ou de l'Ardèche (entre 2005 et 2007, au centre de Chavannes, 83% à 74% des patients provenait de la Loire (pas de lits cardio-vasculaires dans le bassin de Roanne), les 17% à 26 % provenant de l'est lyonnais, Ardèche, Isère, Haute-Loire).  
Pour tout cela un groupe de travail doit être mis en place.

#### ***IV-2. FILIERE RESPIRATOIRE :***

Cette filière est identifiée par le Centre Spécialisé de Gravenand, seul centre a orientation « activité respiratoire » du bassin, mais dont le recrutement est actuellement très partagé avec le bassin lyonnais (60%). C'est une activité exclusivement reconnue en SSMed Spécialisés.

Son existence est importante à considérer, car les besoins en soins de suite et réadaptation dans les pathologies respiratoires sont croissants.

Pour le bassin de Saint-Etienne, sa situation géographique doit être largement prise en considération, car il constitue le site SSR de spécialité respiratoire d'une relative proximité et d'une grande facilité d'accès par rapport aux autres structures de soins de suite spécialisés en pneumologie de la région.

\* Cette activité doit être développée pour permettre:

- un accueil quasi exclusif des patients directement après le court séjour (pneumologie et réanimation) et non pas de domicile ;

- des prises en charge plus médicalisées (trachéotomie, atteintes neurologiques (neuro-musculaire, atteinte médullaire hautes,), etc. ) ;

- une complémentarité avec le service de pneumologie référent du CHU de Saint Etienne ;

- une plus grande capacité d'accueil des patients provenant du bassin de Saint Etienne (actuellement de nombreux patients vont dans des centres plus éloignés et même hors région).

Une réflexion entre le service de pneumologie du CHU et le Centre de Gravenand est en cours depuis le printemps 2007, avec projet d'améliorer la coopération inter-établissements.

Les projets du Centre de Gravenand vont vers une importante médicalisation pour accueillir des patients plus dépendants, avec une reconnaissance de lits de type SRPR respiratoire et de MPR respiratoire ; mais ils se heurtent actuellement à d'importantes difficultés de recrutement médical.

Le Centre de Gravenand doit être identifié comme une structure de référence en soins de suite pneumologie avec une reconnaissance de rééducation (ou réhabilitation respiratoire).

\* Au-delà de cette activité d'hospitalisation complète, la réflexion doit porter sur d'autres modalités de rééducation, en particulier ambulatoire, type hospitalisation de jour, répondant à une attente de proximité de la part d'une population aux besoins évalués croissants (bronchite chronique).

## **V) FILIERE PATHOLOGIES VISCERALES :**

Cette filière regroupe les suites chirurgicales des affections viscérales (digestive, néphro-urologique, gynécologique), à l'exclusion de la cancérologie pour laquelle une filière spécifique est à identifier.

\* Cette filière s'inscrit quasi totalement dans les soins de suite médicalisés (SSMed), polyvalents ou gériatriques, sur le mode de l'hospitalisation complète. Les complications médico-chirurgicales induisant une phase de réanimation, responsable d'une importante désadaptation motrice et fonctionnelle ou de déficits neurologiques périphériques ou orthopédiques (« tétraplégie de réanimation ») sont exclues de cadre car justifiant d'une prise en charge MPR.

\* Cette filière semble concerner une population non négligeable pour l'occupation des services de soins de suite médicalisés, mais elle est mal identifiée, avec des bénéficiaires souvent mal évalués, sauf pour la personne âgée. Les critères d'orientation et de prise en charge restent en effet peu consensuels.

Cette filière justifierait donc, avec les principaux acteurs du SSMed :

- une évaluation de ce qu'elle représente pour l'ensemble des soins de suite ;
- une meilleure identification pour le bassin, malgré l'absence de données générales nationales ;
- la constitution de critères d'orientation, scindant les suites de chirurgie programmée et les urgences, à l'image de l'orthopédie ;
- l'identification des besoins dans le champ gériatrique au regard de la polypathologie, de la dépendance fonctionnelle et, de l'isolement social.

## ***VI) FILIERE PATHOLOGIES CANCEREUSES :***

Nous avons souhaité identifier cette filière car les soins de suite en cancérologie ont leur spécificité (traitements associés, fatigue, souffrance psychologique, états cliniques instables) que ce soit en SSMed polyvalents ou en MPR. L'évolution de l'efficacité des traitements oncologiques rend nécessaire la prise en compte du handicap, intégrant le pronostic vital, en liens étroits avec les services de cancérologie. De plus, les nouveaux décrets identifient des soins de suite en onco-hématologie.

\* Cette filière n'est actuellement pas bien identifiée dans le cadre des soins de suite du bassin, alors que plusieurs structures accueillent ces pathologies. Cette identification est difficile car :

- l'orientation peut se faire vers d'autres structures spécialisées, selon le type de cancer (SSMed pneumologie, SSMed polyvalents pour les pathologies viscérales ou hématologiques, MPR pour les atteintes neurologiques ou amputations, etc., ..) ;

- certaines conditions cliniques (trachéotomie par exemple) rendent difficiles l'accueil dans une structure de proximité et de nombreux patients sont adressés dans des structures hors bassin (centres SSR des Alpes par exemple).

Cette identification de la filière est essentielle car les besoins sont réels : suites de chirurgie, de chimiothérapie, radiothérapie ; période intercures ; rééducation et réadaptation adaptées aux déficiences et handicap ; programmes de reconditionnement physique à l'effort et prise en charge de la fatigue, etc.

\* Tout ceci doit s'inscrire selon les décrets de SSR, par l'identification des structures de prise en charge de patients présentant un cancer, en collaboration avec les structures de soins de support de cancérologie et les réseaux de cancérologie, car les pratiques médicales et techniques de ces maladies évolutives, la succession des thérapeutiques, les décisions thérapeutiques très pluridisciplinaires, et la durée de prise en charge, parfois en pointillés, exigent un partenariat exemplaire entre les structures de court séjour (centre et services de cancérologie) et les structures de soins de suite.

L'état de lieux montre que plusieurs structures participent à cette filière, avec parfois des difficultés économiques et de reconnaissance de cette activité, mais avec une volonté certaine de la développer. A partir de cela, des besoins ont été identifiés en MPR (neuro-cancérologie, cancérologie ORL, rhumato-cancérologie, amputations) avec des moyens rééducatifs spécifiques, en complémentarité avec la consultation MPR cancérologie mise en place à

l'ICL. Les besoins en SSMed doivent être précisés ainsi que les moyens attribués, avec prise en compte des inéluctables surcoûts pour les établissements (transports pour les radiothérapie; bilans biologiques et d'imagerie itératifs), et de la nécessité parfois de soins de nursing importants (trachéotomie, gastrostomie, ..), dans un contexte potentiellement évolutif (reconnaissance des soins palliatifs).

\* Ainsi doivent être identifiés, en collaboration avec les unités de court séjour, les soins de support et les réseaux existants,

- les structures de soins de suite participant à cette filière, ou souhaitant s'y développer

- les besoins dans le domaine :

- de la MPR : neuro-cancérologie (tumeurs cérébrales, lésions médullaires) ; rhumato-cancérologie (métastases, cimentoplasties) ; cancérologie ORL (déglutition, trachéotomie, communication), asthénie et déconditionnement à l'effort post chimiothérapie ou radiothérapie ; amputation ;

- du SSMed : prises en charge au cours des traitement de radiothérapie, pour des périodes inter-cures de chimiothérapie, ce qui exige des moyens adaptés (médicaments coûteux, niveau de soins et dépendance, transports ..), pour des périodes post-cures (asthénie, reconditionnement physique) et enfin pour les soins palliatifs.

Ces besoins doivent prendre en compte l'importance de plus en plus grande avec le vieillissement de la population d'une cancérologie de sujets âgés avec des besoins spécifiques. Les conditions de prise en charge doivent pouvoir associer des modalités d'hospitalisations complètes, d'hospitalisation de jour, des soins de rééducation-réadaptation ambulatoire ou d'unité mobile en collaboration avec l'HAD développée en cancérologie.

## **VII) FILIERE GERIATRIQUE :**

La filière gériatrique est très importante, largement décrite dans l'organisation sanitaire de la prise en charge des personnes âgées (*cf SROS et diverses circulaires dont initialement DHOS/O2/DGS/SD5D n° 2002-157 du 18 Mars 2002 et plan Urgence Gériatrie, plan Alzheimer*), en lien étroit avec le médico-social. Elle doit être différenciée des filières plus centrées sur les pathologies, en raison :

- des conditions démographiques (vieillesse général de la population, plus important dans notre bassin que dans d'autres bassins de la région Rhône-Alpes),
- des conditions médicales et de dépendance (identification de la filière gériatrique en termes d'âge, population au-delà de 75 ans, mais surtout du contexte de polyopathie et de fragilité inhérent à cette population,
- de la problématique des structures d'aval, en particulier de l'hébergement médico-social (lien avec USLD et EHPAD),
- de la progression des troubles géro-psychiatriques (démence et Alzheimer – centre de bilan et d'accompagnement) et de leurs conséquences lors des prises en charge après les MCO,
- des conditions de proximité dans l'organisation d'une filière depuis l'urgence (filiale gériatrique spécifique intra-hospitalière complète – court séjour – moyen séjour – voire USLD ou EPHAD) autour des centres hospitaliers (CHG et CHU).
- des besoins de compétences gériatrique et des besoins de structures ambulatoires en lien avec le réseau de soins de ville (HDJ gériatrique, centres de bilan neuro-psychologique-consultation mémoire, MPR gériatrique) pour favoriser le maintien à domicile.

\* L'état des lieux au sein du bassin montre :

- une filière spécifique complète gériatrique depuis les urgences (lien urgence-court séjour gériatrique-moyens séjours gériatriques) pour le CHU de Saint Etienne, les CHG de Firminy, Saint-Chamond, Annonay mais pas pour les CHG de Montbrison (en projet) et Feurs qui ne disposent pas de court séjour gériatrique. Dans chaque zone de proximité, des liens souvent conventionnels avec les hôpitaux locaux contribuent à gérer le flux des patients ; autour du CHU de Saint Etienne, le Centre Médical de la Buissonnière et l'hôpital Georges Claudinon y participent. Selon les gériatres, cette organisation permet d'assumer la demande de court séjour gériatrique à partir des urgences, et aussi la demande entre court séjour gériatrique et moyen séjour gériatrique. Toutefois, il persiste des difficultés pour l'accueil de

patients gériatriques à partir des autres MCO, en particulier au CHU (orthopédie-traumatologie, chirurgie viscérale, médecine spécialisée, etc.) ou à partir de MCO PSPH ou du secteur privé (*Annexe 8. Schéma 5*).

- l'absence dans plusieurs zones de proximité, d'une unité d'hospitalisation de jour et/ou de consultations psycho-gériatriques, et de liens avec des structures médico-sociales et/ou des réseaux gériatriques.

- une insuffisance de moyens permettant l'accueil de patients gériatriques dépendants, ou fragilisés, dans plusieurs structures SSMed, essentiellement privées ou PSPH (par exemple Centre 7 Collines, Alma Santé Montrond). De ce fait ces structures ne peuvent s'identifier comme SSMed Gériatrique, en dehors de possibilité d'accueil de patients âgés en chirurgie réglée. Cette situation traduit, malgré le ratio supérieur à la moyenne régionale de lits de SSMed, la difficulté d'accueil rapportée par de nombreux services MCO publics (CHU), privés ou PSPH.

\* Il est donc fondamental d'identifier cette filière de manière prioritaire avec une évaluation :

- de l'offre d'accueil gériatrique autour de chaque CH (CHU et CHG) et dans chaque zone de proximité, en prenant en compte les lits de SSMed des hôpitaux locaux et les lits identifiés SSMed gériatriques des diverses structures de soin de suite publiques, PSPH ou privées ;

- des besoins dans le cadre d'une filière gériatrique complète, à partir de l'urgence, autour de chaque CH (CHU et CHG) et selon chaque zone de proximité du bassin, avec un rapport de lits de 1 pour 2 entre le court et le moyen séjour gériatrique ;

- de l'offre et des besoins d'accueil ambulatoire ou d'hospitalisation de jour ;

- des besoins de SSMed gériatriques à partir des MCO autres que les urgences, pour les établissements publics, PSPH ou privés (pouvant être assurés par certains SSMed actuellement identifiés polyvalents), en particulier les besoins en orthopédie-traumatologie et en cancérologie ;

- du rôle des hôpitaux locaux comme structure de proximité gériatrique, avec accueil en service de médecine, évitant un recours au CHG ou CHU, et en service SSR favorisant la réadaptation de proximité et le retour ou maintien à domicile.

Un groupe de travail gériatrique est actuellement en cours de réflexion sur cette identification des acteurs et structures et sur l'évaluation des besoins. L'évaluation actuelle fait état de 133 lits court séjour pour un besoin de 173 et pour le SSR gériatrie moins de 300 lits identifiés pour un besoin minimum de 346 lits (références de population de 1999 (SROS)).

## 2. CONSTAT DE FONCTIONNEMENT

A partir de cet état des lieux, certains constats peuvent être faits :

### **a. Un niveau de « médicalisation et/ou de nursing » insuffisant en SSMed :**

Si le calcul des ratios de lits SSR dans le bassin fait apparaître un nombre excessif de lits de SSMed dans le bassin de Saint-Etienne par rapport à la moyenne de la région, il doit être néanmoins reconnu que plusieurs structures de SSMed, en particulier de SSMed polyvalent, n'accueillent pas de patients ayant des besoins élevés de médicalisation et de soins de nursing, compte tenu des budgets restreints alloués à ces structures. Or les demandes d'hospitalisation en SSR concernent des patients de plus en plus dépendants, souvent âgés, médicalisés, adressés précocement par les MCO par souci de faible durée de séjour, ce qui induit souvent un bilan incomplètement réalisé et un état clinique partiellement stabilisé.

Cette situation entraîne un effet « pervers » en privilégiant l'admission de patients nécessitant moins de soins au détriment d'autres plus dépendants, en particulier plus âgés, plus instables cliniquement, avec un coût plus important, ou dans un contexte social plus précaire. Faute de possibilité d'accueil en SSR, ces patients, prolongent leur séjour dans les unités de court séjour. Cette réalité est néfaste pour le flux des patients dans les filières, tant sur un plan économique que médical, paralysant l'accueil des patients les plus nécessiteux en soins.

Le re-équilibre des ratios SSR (MPR versus SSMed) pour le bassin, tel qu'il a pu être préconisé, ne doit s'envisager qu'en adaptant le niveau de médicalisation et de nursing de certains SSMed, avec la possibilité notamment d'une re-qualification en SSMed Gériatrique (avec les moyens adéquats) de certains lits SSMed Polyvalent.

### **b. Un nombre de lits MPR à orientation neurologique très insuffisant :**

Les capacités d'accueil en MPR sont très insuffisantes dans le bassin, alors que le besoin est estimé de 113 à 62 lits MPR. Ce manque prédomine pour l'activité MPR à orientation neurologique.

Selon les ratios recommandés dans le SROS, sur ces 113 lits manquants, 73 à 62 lits à orientation neurologique seraient nécessaires pour l'ensemble du bassin.

Compte tenu de la très importante charge en soins des patients neurologiques, les délais d'admission en SSR à l'issue du court séjour sont très longs, ou l'orientation se fait en SSMed de façon parfois inadaptée et ainsi préjudiciable sur le risque de séquelles.

Des lits de MPR doivent être créés et identifiés à orientation neurologique en priorité (au moins 2/3), pour les filières « lésions médullaires », « lésions cérébrales graves », « accident vasculaire cérébral » et « affections neurologiques dégénératives, inflammatoires, neuro-musculaires et périphériques ».

Cette activité de MPR à orientation neurologique exige un plateau technique important compte tenu des besoins rééducatifs de ces patients, et de l'importante évolution de la rééducation neurologique ces dix dernières années. De plus, l'instabilité clinique relative de ces patients rend nécessaire l'accès à des examens complémentaires (IRM, scanner, etc., ..) et à des avis spécialisés (réanimation, neurochirurgie, neurologie, orthopédie, ..). Cet environnement médical dans le bassin est celui du CHU de Saint-Etienne. Néanmoins, une partie de cette activité à orientation neurologique (AVC, et neurologie dégénérative ou périphérique) doit être assurée en zone de proximité pour faciliter la réadaptation et le retour à domicile.

***c. Une filière Gériatrie mal identifiée et insuffisante :***

La filière « Gériatrie » nécessite une identification des besoins et de l'offre actuelle, prenant en compte l'ensemble de la filière, court, moyens séjour et structures ou réseaux en aval. Cette analyse doit s'articuler dans les zones de proximité, autour des CH (CHU ou CHG), incluant toutes les structures pouvant accueillir cette population, en particulier la place potentielle de certains SSMed PSPH ou privés.

Cette évaluation est très importante pour répondre au vieillissement de la population avec une proportion de sujets âgés supérieure dans le bassin de Saint Etienne par rapport à la moyenne régionale : en 1999, 8,4% de la population totale est âgée de plus de 75 ans avec une progression à 10,4% prévue en 2010 (données SROS).

Cette identification de la filière doit s'établir pour l'ensemble de la problématique des personnes âgées, en lien avec des structures de proximité, sanitaire et médico-sociale, avec partage de compétence par la mise en place d'Unités Mobiles de Gériatrie (UMG), de consultations gériatriques avancées dans certains établissements, ou d'un réseau gériatrique par zone de proximité.

**d. Un manque de reconnaissance des activités de recours :**

Cette identification est incontournable pour l'organisation du SSR : en effet, les activités de recours du CHU au sein des MCO (réanimations, neurochirurgie, centre de compétence SLA, neuromusculaire, centre de la douleur, etc...) et le recrutement hors bassin pour certaines activités chirurgicales (publiques, PSPH ou privées) induisent au niveau SSR, l'accueil de patients d'origine hors du bassin ainsi que l'existence d'unités MPR dites de recours (SRPR 42 Bellevue, MPR neurologie lésion médullaire, MPR cérébro-lésion grave, MPR pour maladies rares, MPR pédiatrie,...), auxquelles s'ajoutent certains SSR Spécialisés cardio-vasculaire et respiratoire.

Ceci se traduit par la nécessité :

- d'une quantification des besoins pour la population des autres bassins concernés (Roanne, Valence, Montélimard, Le Puy, ..), compte tenu de l'absence de structure équivalente sur leur territoire (SRPR, MPR neurologique, MPR Pédiatrique, cardio-vasculaire, pneumologie, amputation,...).

- d'une capacité d'accueil en hospitalisation, en ambulatoire et en suivi de MPR ou SSMed Spécialisé (HDJ, consultations, consultations pluri-disciplinaires et bilans externes), en adéquation avec ces activités de recours de MCO, justifiant d'un plateau technique adapté et les besoins de la population sur un territoire inter-bassins et non pas uniquement de proximité.

Cette prise en considération doit être intégrée pour l'estimation des ratios de lits, et aussi celle des objectifs quantifiés.

**e. Une répartition géographique de l'offre de soins SSR à définir :**

L'offre de soins de SSR est répartie sur l'ensemble du bassin si l'on prend en compte toutes les structures. Cependant, si l'on analyse chaque zone de proximité, Saint-Etienne, Firminy, Feurs, Montbrison, Saint-Chamond et Annonay, cette répartition est plus inégale.

Concernant la MPR, qui exige un plateau technique important, une activité d'hospitalisation complète, de jour, et de consultation, il est souhaitable que trois zones soient identifiées :

- une au Sud pour l'agglomération stéphanoise, Firminy et Annonay (actuellement il existe uniquement une activité MPR au CHU Bellevue et Charité et au Clos Champirol),
- une Sud-Est pour la vallée du Gier (actuellement CHPG-Rive de Gier),

- une pour la plaine du Forez (actuellement CMA Aveize, dont le transfert sur Saint-Etienne est en projet).

La capacité d'accueil en hospitalisation, dans l'agglomération stéphanoise, est uniquement de 30 lits d'hospitalisation complète de MPR pour adulte, et 15 en MPR gériatrique (CHU) et 25 places HDJ (10 MPR Adulte CHU et 10 Clos Champirol et 5 Gériatrie CHU). Cette capacité est largement déficiente par rapport à l'activité du CHU et des établissements MCO de l'agglomération. Le transfert du CMA d'Aveize sur Saint Etienne devrait contribuer à améliorer cette situation, probablement au détriment de l'offre sur la plaine du Forez.

Concernant le SSMed gériatrique sa répartition est assez uniforme sur le territoire en associant les structures des CH, les structures PSPH ou publiques de SSR, les hôpitaux locaux. Cette répartition doit s'effectuer au niveau de chaque zone de proximité et doit prendre en compte la complémentarité des établissements autour des MCO et SSMed Gériatrique des CH (CHU et CHG) pour assurer une filière gériatrique en adéquation avec les besoins bien identifiés de la population âgée.

***f. Une insuffisance d'alternatives à l'hospitalisation complète :***

Enfin, l'état des lieux pointe le manque d'alternative à une hospitalisation complète.

En HAD, il n'existe actuellement qu'une seule structure d'hospitalisation à domicile (HAD) en fonctionnement (OIKIA), avec prévision d'une deuxième structure en cours de mise en place. Il n'y a quasi aucune activité en HAD sur certaines des populations comparables à celles admises en SSR (exemple orthopédie-traumatologie, affections viscérales non cancéreuses, etc., ..) or la cancérologie. Or on peut aisément identifier des possibilités d'orientation et de prise en charge de certains patients à domicile avec l'accompagnement d'une HAD plutôt qu'en SSR, d'emblée à la sortie du court séjour, ou même pour raccourcir le séjour en SSR et/ou améliorer l'organisation de la prise en charge à domicile après le SSR (en particulier en neurologie). Selon certains exemples une HAD Rééducation pour le handicap lourd pourrait être utile, permettant une rééducation et réadaptation dans le contexte « écologique » du patient.

Pour l'HDJ, il n'existe également qu'une offre faible, uniquement en MPR (10 places CHU Bellevue, 5 places MPR Gériatrie CHU Charité, 10 places Clos Champirol, 2 places CHPG-Rive de Gier, 10 places Centre Médical de l'Argentière à Aveize) et 10 places en SSMed en gériatrie. L'HDJ est pourtant une modalité de prise en charge indispensable pour : - développer certaines filières actuellement quasiment inexistantes comme la filière

« neurologie dégénérative » ou « rhumatologie » ; - offrir une alternative à l'hospitalisation complète classique (notamment en orthopédie et traumatologie, neurologie,) ; - fluidifier l'aval de l'hospitalisation complète ; - assurer un lien avec les soins de ville et éviter des hospitalisations en urgence ou court séjour.

Enfin, nous avons pu expérimenter une activité d' « Unité Mobile de Rééducation (UM MPR) » qui offre la possibilité d'une intervention médicale et technique de MPR précoce ou à distance en court séjour, SSR non MPR, structure médico-sociale ou domicile. Cette expérience montre que ce type d'intervention peut constituer une modalité d'alternative à l'hospitalisation complète, une amélioration de la prise en charge du handicap, un lien médico-social territorial. Mais cette alternative reste à confirmer.

Globalement, l'offre d'une « activité ambulatoire » en SSR (HAD, HDJ, UM) est une véritable alternative à l'hospitalisation complète. C'est aussi un élément indispensable en particulier en MPR ou en Gériatrie pour favoriser et pérenniser le retour à domicile, constituer un moyen d'évaluation, d'adaptation thérapeutique et de relais, mais aussi de partage de compétence, avec les acteurs du soin de ville ou d'institution, notamment pour le suivi d'affections chroniques.

### 3. PROPOSITIONS FAITES

De l'ensemble de ces constats des moyens, de leur organisation, du fonctionnement et dans un objectif bien identifié de développer des filières de soins entre court séjour, SSR et soins de ville, le projet du SSR pour le bassin doit privilégier :

**1. le renforcement de la MPR, avec une préférence pour une orientation neurologique,** prenant en compte :

- Le besoin global de lits et places de MPR manquant pour le bassin.
- Une identification neurologique très importante de ce besoin.
- La reconnaissance activité de recours (besoin régional) par rapport aux besoins de proximité du bassin en particulier pour le SRPR, la MPR neurologique type filière lésions médullaires et cérébro-lésions graves, les amputés, la rééducation cardio-vasculaire et pneumologique.
- La proximité territoriale pour la gériatrie, la neurologie dégénérative, la rhumatologie, l'orthopédie-traumatologie.

**2. L'élévation du niveau de médicalisation et de nursing des SS Médicalisés,** prenant en compte :

- L'adaptation nécessaire des moyens de fonctionnement de lits de SSR polyvalents à une population plus médicalisées, plus instables, plus dépendantes, avec des situations cliniques plus complexes (complications infectieuses associées, pathologie métabolique associée comme l'insuffisance rénale, cancérologie, troubles psychiatriques, ...).
- L'orientation de lits SS Med Polyvalents en lits de SS Med gériatriques compte tenu des de l'évolution démographique de la population âgée (plus de 75 ans), ce qui exige aussi une adaptation des moyens pour certaines structures SS Med existantes.
- Le fait qu'au-delà du ratio considéré comme « excessif » des SS Med sur le bassin, doit être retenu déjà l'accueil d'une population du bassin plus âgée que la moyenne de la région, et la provenance de patients de la région Auvergne.

### **3. La prise en compte des besoins en gériatrie et l'organisation complète des filières en proximité** et prenant en compte :

- Le vieillissement de la population en général, et plus spécifiquement du pourcentage de personnes âgées plus élevé dans le bassin par rapport à la région selon les données démographiques et des estimations traduisant une forte augmentation de la population des plus de 75 ans d'ici 2010.

- Des besoins spécifiques selon les recommandations de cette population, avec une organisation de proximité et une filière complète gériatrique depuis les urgences et au sein des CHG, mais aussi une identification plus spécifique en orthopédie-traumatologie (fracture, ostéoporose), en cancérologie pouvant justifier certains besoins adaptés à cette population en MPR Gériatrique ainsi bien sûr qu'en psycho-gériatrie (Alzheimer).

- La nécessité absolue d'un lien avec les structures médico-sociales et les services de soins et réseaux de ville, pour la prévention (en particulier celle des conditions de désadaptation sociale aboutissant à des « urgences » sociales et des hospitalisations), pour le maintien dans le domicile et autant que possible le retour à domicile après une hospitalisation.

-

### **4. Une coopération inter-établissements pour la structuration et la reconnaissance des filières** avec :

- La configuration de filière depuis le court séjour vers le SSMed et éventuellement le médico-social selon certains types de pathologie (un travail d'élaboration est en cours et un exemple proposé pour la filière Amputation- Annexe 10).

- La nécessité d'une coopération inter- et pluri-établissements, c'est-à-dire non pas uniquement des conventions biparties, mais multi-parties dans le cadre de filières identifiées et structurées (exemple filière gériatrique, filière AVC, filière cancérologie, filière ortho-traumatologie) avec mise en place d'indicateur de fonctionnement (possibilité à terme de l'usage de l'outil d'orientation Trajectoire).

<b>ANNEXES</b>
----------------

- 1. Annexe 1. Tableaux Recensement Lits SSR- Enquête 2006***
- 2. Annexe 2. Typologie des établissements***
- 3. Annexe 3. Schéma répartition SSR – Bassin de Saint Etienne***
- 4. Annexe 4. Schéma 1 - Filière EV/EPR***
- 5. Annexe 5. Schéma 2 - Filière Lésions médullaires***
- 6. Annexe 6. Schéma 3 - Filière Orthopédie-Traumatologie***
- 7. Annexe 7. Schéma 4 - Filière Amputés***
- 8. Annexe 8. Schéma 5 - Filière Gériatrie***
- 9. Annexe 9. Fiche coopération AVC***
- 10. Annexe 10. Fiche et schéma Filière Amputation***

**Annexe 1****Tableau Recensement Lits SSR – Enquête 2006**

Nom de l'Etablissement	MPR HC polyvalente	MPR HC spécialisés	MPR HC péd	MPR HC Géria	MPR Hôpital de Jour Ad	MPR Hôpital de Jour Péd	MPR Hôpital de Jour Géria	Soins de Suite Med généraliste	Soins de Suite Med Géria	SSuite Med spécia Ad	SSuite Med spécia Ped	SSR Hôpital de Jour	SRPR	EVC/EPR	LITS /INSTALLÉS TOTAL	LITS AUTORISÉS selon DRASS	DIFFERENCE AUTORISÉS/ INSTALLÉS
<b>Bassin Saint-Etienne</b>																	
CH Annonay					2				20						22	22	0
HL Serrières									33						33	33	0
HL St Félicien								24							24	24	0
CHU de St Etienne : MPR (Nord+Bellevue)	10	20	8	15	10	2	5						8		78	100	22
CHU de St Etienne : Gériatrie (Trousseau+Charité)									72			25			97	120	23
CH de Firminy					3				67						70	67	-3
Hôpital Claudinon - Le Chambon Feugerolles								79						21	100	100	0
CH de Montbrison									30	10					40	54	14
CH de Feurs								20	10						30	30	0
CH Pays de Gier : St Chamond									25						92	25	
CHPG : Rive de Gier	40				2			25								75	8
HL de Boen									15						15	15	0
HL de Chazelles/Lyon									16						16	16	0
HL de Saint Bonnet le Château									12						12	12	0
HL St Laurent de Chamousset									10						10	10	0
Maison de Convalescence Gravenand										102					102	102	0
Centre de convalescence de Chavanne		29			5					13					47	51	4
Centre Médical des 7 Collines								110							110	110	0
M.E.C.S. Riocreux											60				60	60	0
Centre mutualiste d'alcoologie										51					51	51	0
Clinique Médicale de la Buissonnière									24						24	24	0
Hôpital de Moze (St Agrève)								8							8	8	0
Centre Médical Argentière	50	58			10			35					3	7	163	216	53
Centre de convalescence Alma Santé								48							48	48	0
Centre de Réadaptation cardio-respiratoire C.H.P.L.					12										12	12	0
Le Clos Champirol					10			60							70	70	0
<b>TOTAL / SAINT ETIENNE</b>	<b>100</b>	<b>107</b>	<b>8</b>	<b>15</b>	<b>54</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>409</b>	<b>334</b>	<b>176</b>	<b>60</b>	<b>25</b>	<b>11</b>	<b>28</b>	<b>1334</b>	<b>1455</b>	<b>121</b>

*Annexe 2*

*Typologie des établissements – Enquête 2006*

CH Annonay	22
HL Serrières	33
HL St Félicien	24
CHU de St Etienne : MPR (Nord+Bellevue)	78
CHU de St Etienne : Gériatrie	97
CH de Firminy	70
Hôpital Claudinon - Chambon Fglles	100
CH de Montbrison	40
CH de Feurs	30
CH Pays de Gier : St Chamond Rive Gier	92
HL de Boen	15
HL de Chazelles/Lyon	16
HL de Saint Bonnet le Château	12
HL St Laurent de Chamousset	10
Maison de Convalescence Gravenand	102
Centre de convalescence Chavanne	47
Centre Médical des 7 Collines	110
M.E.C.S. Riocreux	60
Centre mutualiste d'alcoologie	51
Clinique Médicale Buissonnière	24
Hopital de Moze (St Agrève)	8
Centre Médical Argentière	163
Centre de convalescence Alma Santé	48
Centre de Réadaptation CV C.H.P.L.	12
Le Clos Champirol	70

-  MPR
-  SSM G
-  SSM P
-  SSR Sp

MPR : installé 291 (0.44)  
 Neuro 62 (0.09)  
 dont  
 11 SRPR  
 32 HDJ

SSMED : 935 (1,43)

SSMED Gériatrie 359 (0,55)

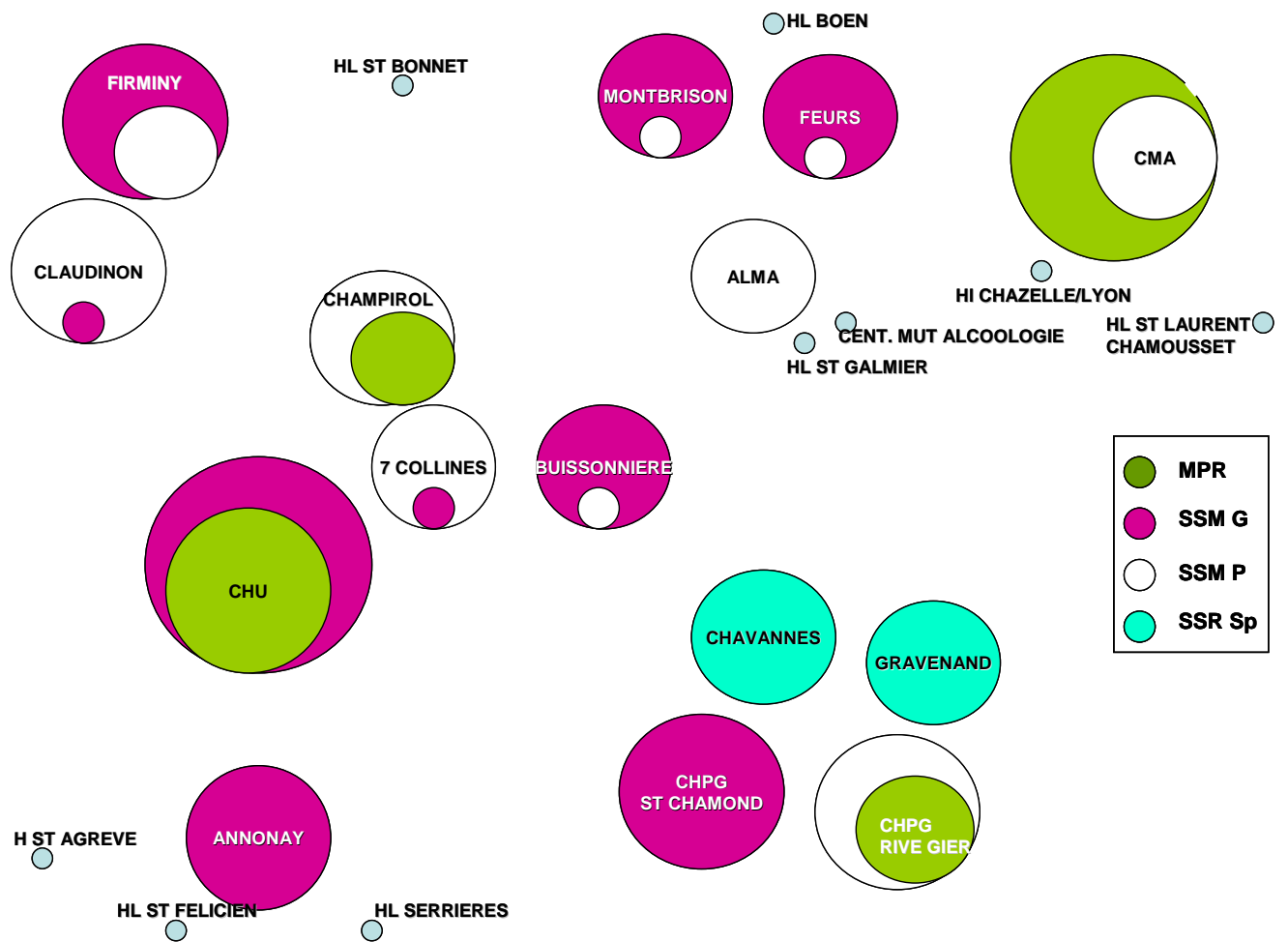
Cardiologie : 34 HC + 22  
 HDJ + 13SSMedS

Pneumologie 102 SSMed S

Alcoologie

**Annexe 3**

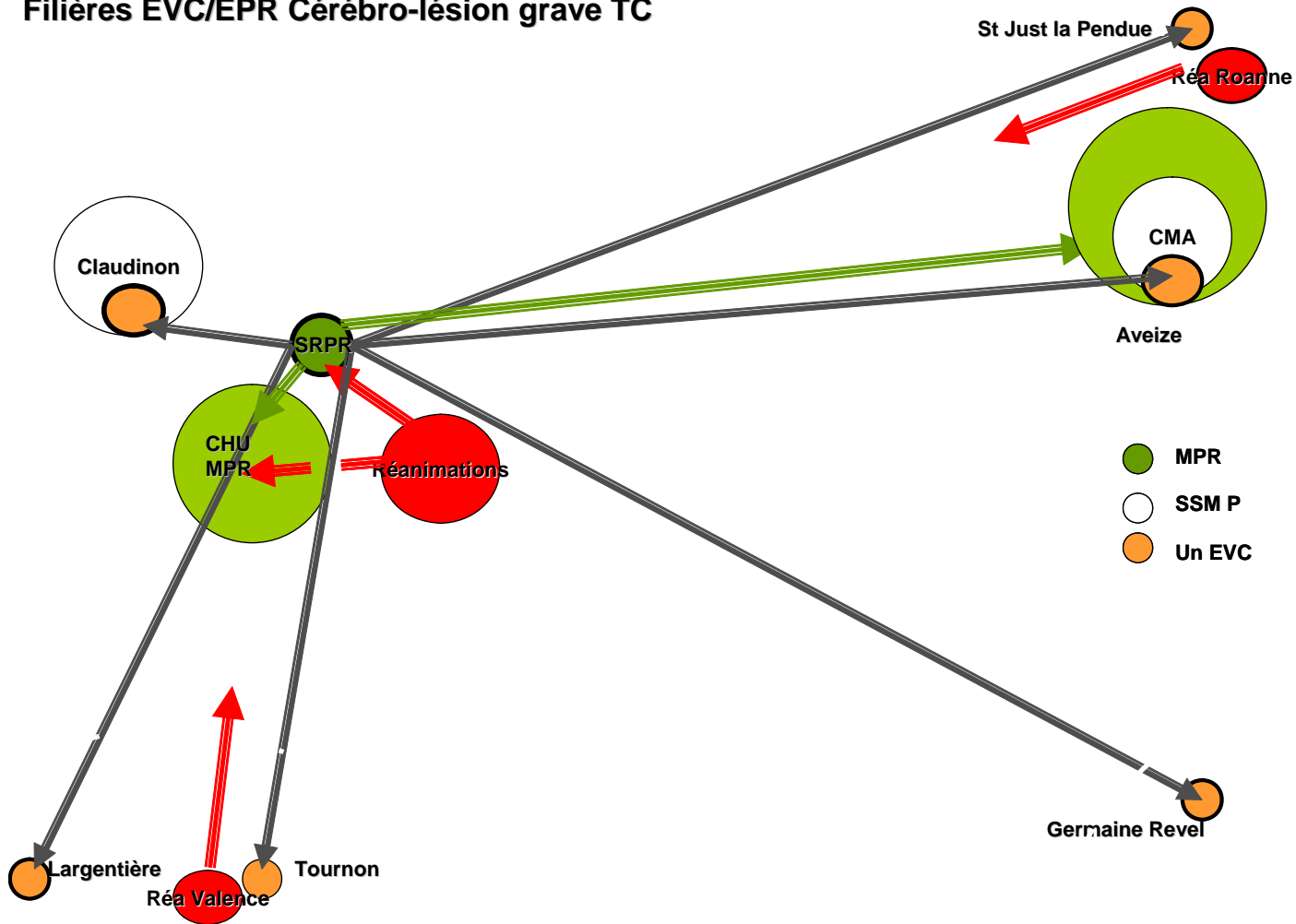
**Schéma Répartition SSR – Bassin de Saint Etienne**



Annexe 4

Schéma 1 – Filière EV/EPR

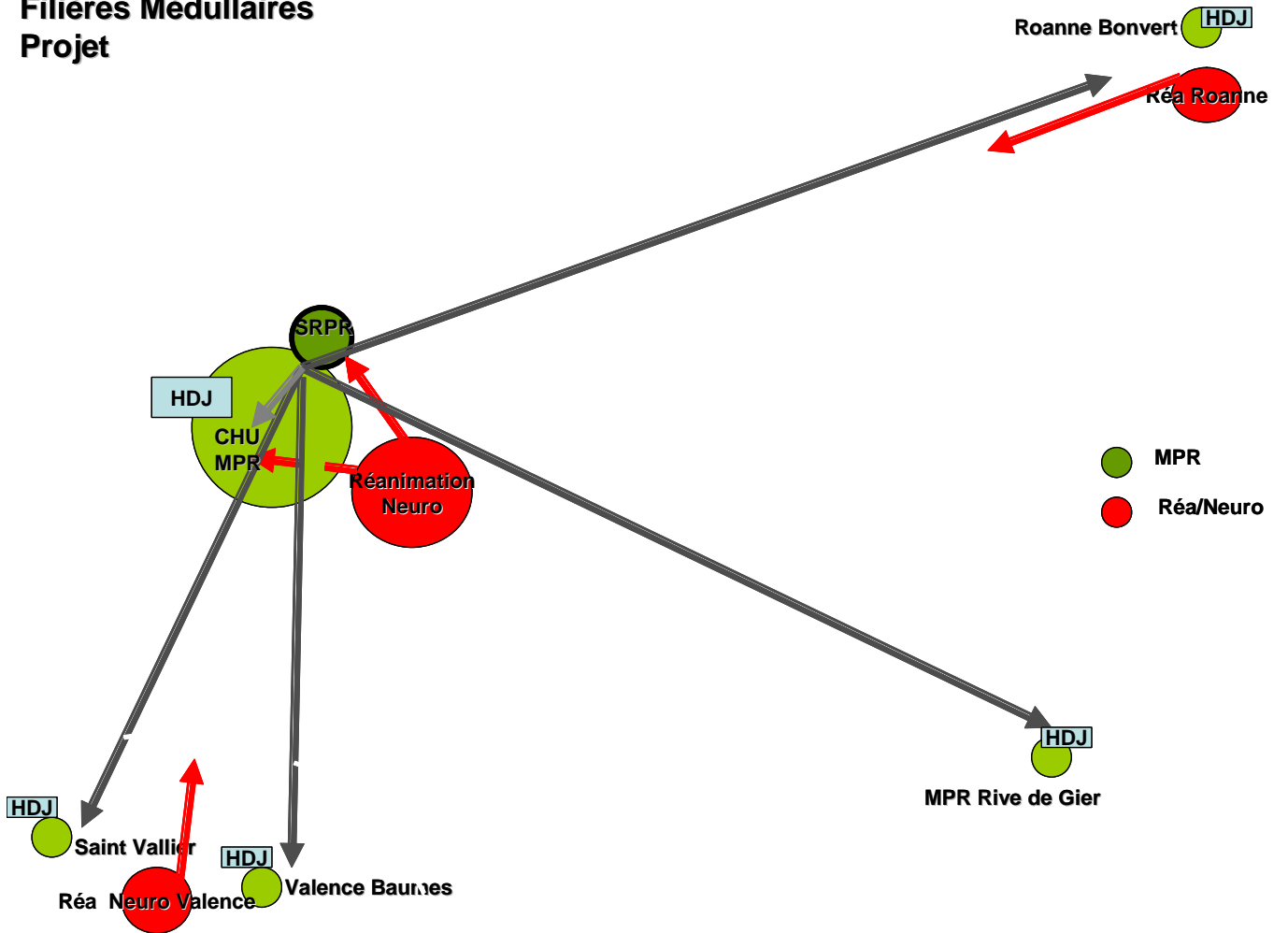
Filières EVC/EPR Cérébro-lésion grave TC



Annexe 5

Schéma 2 – Filière Lésions médullaires

Filières Médullaires  
Projet

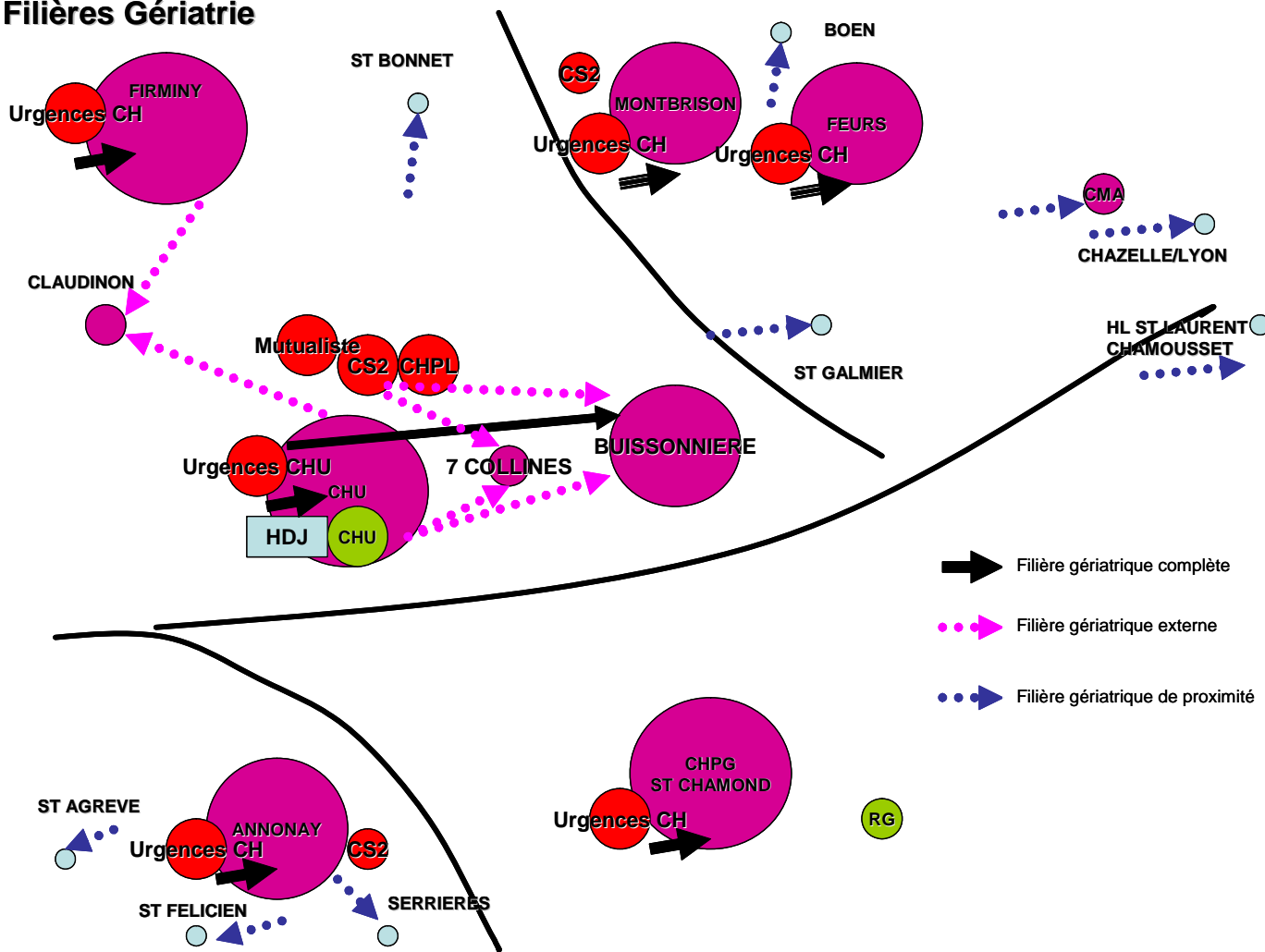




Annexe 7

Schéma 4 - Filière Gériatrie

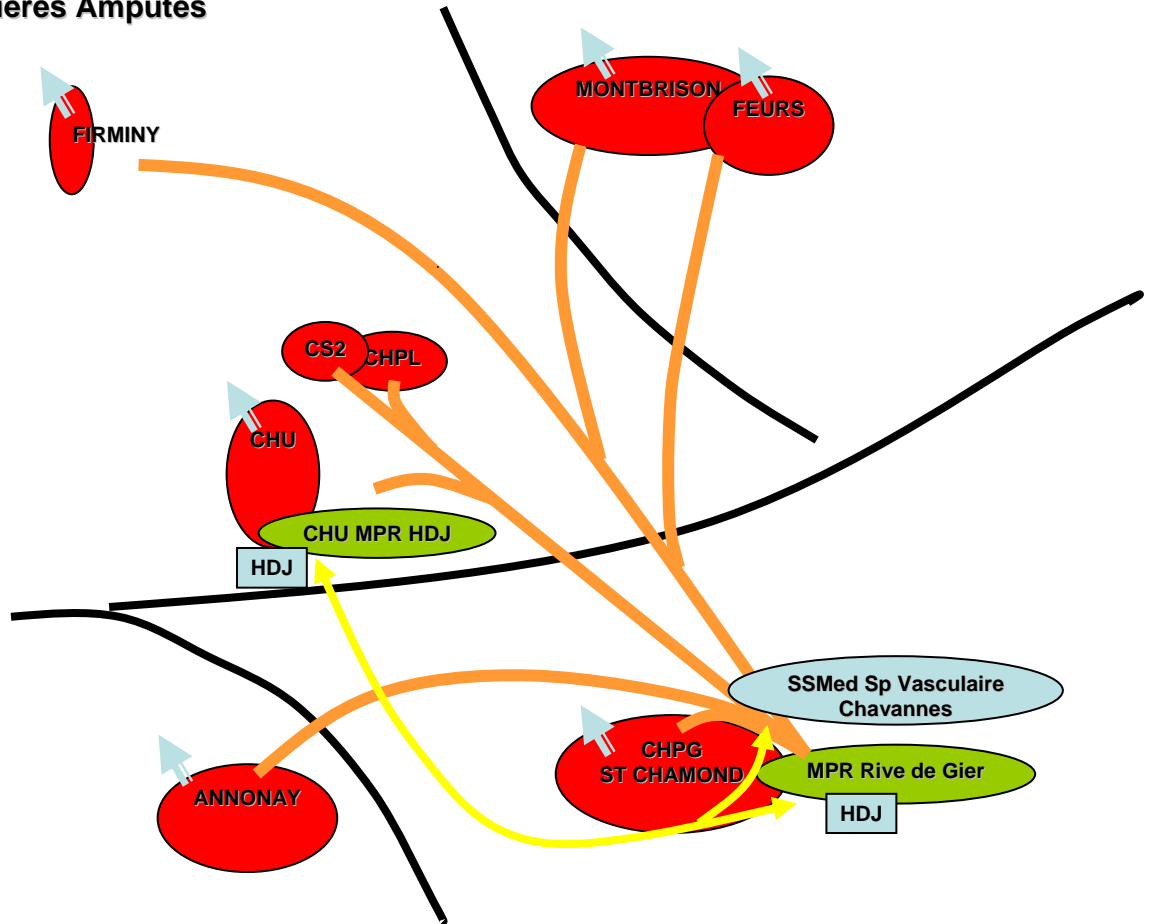
Filières Gériatrie



Annexe 8

Schéma 5 – Filière Amputés

Filières Amputés



**Fiche objectif Coopération n° 3**

**Entre les établissements disposant de service(s) de médecine et les établissements disposant de service(s) de Soins de Suite et de Réadaptation**

Ces fiches sont établies sur les éléments déclaratifs des établissements, l'ensemble des structures de soins en hospitalisation ayant été sollicitées

**1. Situation actuelle, évaluation de l'existant :**

Sur l'ensemble du bassin, les différents établissements sanitaires mettent progressivement en place une structuration de la filière AVC, prenant en compte, les recommandations nationales, l'instauration à cours terme d'une UNV au CHU de Saint Etienne en lien avec les urgences des CHG et les services de Médecine, et parallèlement se met en place une identification et une orientation des patients AVC en soins de suite (proximité ou référence) et en suivi avec les médecins de ville.

**Etablissements avec lits court séjour - prise en charge initiale des AVC**

**\* Au Centre Hospitalier Universitaire de Saint Etienne :** actuellement, le service d'urgence adulte de Bellevue, bien que ne disposant pas de lits dédiés accueille les AVC en urgence (plus de 600 par an au HMU). Une organisation est en place avec quasi permanente astreinte neuro-vasculaire et possibilité de fibrinolyse. 2 services de court séjour ont des lits dédiés à ces prises en charge : le service de neurologie avec 8 lits au pavillon 12 C et le service de médecine interne de Bellevue avec 4 lits au 5 CD et 9/10 lits au 5EF. Un certain nombre de patients âgés bénéficie d'emblée de la possibilité d'une prise en charge en filière gériatrique avec admission dans deux services de court séjour gériatrique de Bellevue-Trousseau et de la Charité.

Quelques patients AVC compte tenu de la lésion sont pris en charge en neurochirurgie.

En sortie de court séjour médecine, les patients relevant de la filière AVC vont :

- en MPR Adulte Bellevue - CHU : 10 lits sur 30 dédiés et occupés en HC, et en permanence place en HDJ (possibilité d'accueil d'emblée en HDJ ou suivi) ;
- en MPR au CH du Pays de Gier (Rive de Gier - accueil de proximité) ou au Centre Médical de l'Argentière ;
- en SSMed polyvalent dans ces deux mêmes établissements mais aussi au Centre Hospitalier Georges Claudinon du Chambon-Feugerolles, et également pour certains aux Centre des Sept Collines ou du Clos Champirol.

Il en est de même de la neurochirurgie, certains pouvant cependant aller en fonction de leur état en SRPR CMA-CHU Bellevue, puis MPR, ou parfois filière EV/EPR ;

En sortie de court séjour gériatrique, les patients peuvent bénéficier de l'ensemble de la filière gériatrique, SSMed Gériatrique, MPR Gériatrique (Charité), et même ultérieurement LS.

Dans l'ensemble des services du CHU, un avis MPR, avec possibilité d'interventions techniques précoces et orientation est effectué par l'UMC (Unité Mobile de Coordination) ou un avis gériatrique par l'UMG (Unité Mobile de Gériatrie).

**\* Au CHG des Pays du Gier (CHPG) :** établissement multi-sites avec des lits de MCO, de SSR et d'EPAHD, le CHPG procède actuellement à une restructuration architecturale et fonctionnelle. La prise en charge des AVC fait l'objet d'une attention particulière :

- réflexion sur une réorganisation interne de cette filière à partir des Urgences avec des lits de MCO dédiés aux AVC, un signalement précoce à l'équipe de MPR pour une orientation ciblée MPR, SSR avec lits dédiés AVC, ou Gériatrique avec orientation EHPAD,
- inscription et participation active de l'équipe MPR du CHPG à la mise en place d'un Réseau AVC autour de l'UNV de référence au CHU en collaboration avec les services concernés du CHU (MPR, MPR, Post-Réa, Chirurgie Vasculaire, Neuro-Chirurgie et l'Unité Mobile de Coordination SSR).

Actuellement, le parcours interne du patient accueilli pour un AVC est le suivant : le service des Urgences accueille environ 135 AVC / an. Une centaine sont hospitalisés avec un relais par les lits

portes pour 92 % d'entre eux. Moins d'une dizaine sont transférés au CHU. Les autres regagnent leur domicile avec un suivi non codifié. Une filière implicite interne se dessine avec orientation préférentielle des patients hospitalisés vers l'unité de MCO à orientation Cardio-Pneumo dans 33 % des cas. Les autres patients sont répartis entre les 3 unités de Médecine restantes de manière sensiblement équilibrée. 6 % se retrouvent encore en chirurgie.

En sortie de court-séjour : 66 % regagnent le domicile : leur suivi n'est pas codifié ; 13 % décèdent ; 17 % seulement sont orientés en SSR soit en MPR, soit en SSM polyvalents, soit en SS gériatriques.

\* **Au CHG de Montbrison** : actuellement, les patients AVC sont susceptibles d'être pris en charge dans l'ensemble des trois services de médecine de l'établissement. Le neurologue se déplace donc dans ces différents services pour voir ses patients. Le CH de Montbrison travaille actuellement au regroupement progressif des patients AVC dans un seul et même service de l'hôpital. L'aboutissement de cette démarche résidera dans l'identification de quatre lits dédiés aux patients AVC, conformément aux objectifs du COM. Des protocoles médicaux et des plans de soins sont en cours d'élaboration, et devraient permettre de mieux structurer ces prises en charge en interne comme en externe.

Des améliorations ont d'ores et déjà été apportées en ce sens, avec l'organisation d'une visite d'un médecin rééducateur systématique en début de séjour pour les patients AVC. Cela permet de programmer dès le début de séjour le mode de sortie et l'orientation de ces patients en fin de court séjour. Les interventions de kinésithérapeutes sont également plus fréquentes, et des améliorations des conditions de séjour (équipements et matériels spécifiques) ont pu être apportées.

Le CH a accueilli en 2005 146 AVC, avec pour le devenir, 38,3% de retour à domicile, 19,8% de décès, 19% de mutation en SSR (28 sujets), 4,7% de transfert en SSR (7) et 18,4% de transfert dans une autre unité de CS (27) ; en 2006, les chiffres étaient respectivement de 140 AVC, avec pour le devenir, 47,8%, 12,8%, 16,4%, 7,1% et 15,7%. La DMS hors sortie par décès est de 12,8 jours (12,99 si on exclut les sorties par décès du calcul).

\* **Au CHG de Feurs** : au service d'Urgence, il n'y a pas de lits dédiés (en UHCD) mais le CH accueille les AVC en urgence. Une coopération s'est mise en place d'une part avec le service de radiologie de Montbrison pour la réalisation dans les meilleurs délais d'un examen scanner cérébral et d'autre part avec l'astreinte neuro-vasculaire (possibilité de fibrinolyse). En cas d'accident hémorragique, la prise en charge d'avis neurochirurgical est effective avec le service de neurochirurgie du CHU. Le service de médecine à orientation cardiologique a des lits dédiés aux patients relevant d'une prise en charge AVC à but diagnostic et thérapeutique. Ces patients bénéficient dès l'admission d'examen complémentaires (monitoring cardiaque, échographies cardiaques, examens ultrasonographiques des TSA, MAPA, Holter ECG, R-Test).

En sortie de court séjour les patients sont admis soit en SSMed polyvalents du CH (plus rarement Montbrison), soit en MPR au CMA. Les problèmes rencontrés sont représentés par les délais de prise en charge et leur prévisibilité, et dans des cas particuliers (patients âgés - faible récupération), les patients peuvent être admis directement dans les structures de long séjour des HL.

En 2005 130 AVC ont été admis en CS, 17 (13% mutés en SSR dans l'établissement, 24 dans un autre établissement) et en 2006 143 AVC admis, 26 mutés en SSR du CH, 16 décédés, 47 retour à domicile, 53 transférés dont 10 au CHU essentiellement en CS et 43 au CMA.

\* **Au CHG d'Annonay** : Le Centre Hospitalier d'Annonay dispose de 15 lits de SSR. Cette unité a été créée en octobre 2002 par transformation de lits de chirurgie de semaine. Sur l'année 2005, 6 patients victimes d'AVC ont été pris en charge par le SSR du centre hospitalier d'Annonay, 5 au titre de séquelles d'AVC, soit au total 11 patients.

\* **Au CHG de Firminy** : Les accidents vasculaires cérébraux pris en charge ont représenté en 2006 : 66 séjours (comptabilisation faite en séjours en diagnostic principal) ; 165 (séjours comptabilisation faite en diagnostic principal et/ou associé.)

Ces patients sont admis au niveau des urgences où il existe une procédure de prise en charge en lien avec l'unité neuro-vasculaire du CHU.

A l'issue du service des urgences : 62 patients soit 93.9% sont mutés dans les services de médecine selon la répartition suivante : Cardiologie : 19 (30.6%) ; Endocrinologie 14 (22.6%) ; Médecine générale : 10 (16.1%) ; Gastro entérologie : 8 (12.9%) ; Pneumologie 6 (9.7%) ; Médecine

gériatrique : 3 (4.8%) ; Alcoologie : 1 (1.6%). 1 a été muté dans un service de chirurgie. 3 patients ont été mutés au CHU directement des urgences.

A l'issue du séjour en services de médecine : 14 patients (22.6%) sont transférés en SSR CHG de Firminy, 34 patients (54.8%) rentrent à leur domicile, 3 patients (4.8%) sont transférés en MPR, 1 patient est transféré en SSR hors établissement.

Nous bénéficions sur le CH de Firminy du passage du Dr CONDEMINE, médecin rééducateur qui voit à la demande des praticiens de court séjour les patients AVC et qui définit ainsi leur orientation notamment en SSR médicalisé ou MPR.

En 2006, les durées moyennes de séjour ont été les suivantes : - DMS = 12.75 jours pour le GHM sans co morbidité associée (DMS nationale calculée en 2004 égale à 10.72 jours) ; - DMS = 15.61 jours pour le GHM avec co-morbidité associée (DMS nationale calculée en 2004 égale à 13.83 jours)

Les objectifs sont :

- De développer une filière de prise en charge au sein du CHF en repérant un ou deux services préférentiels à l'accueil de ces patients permettant ainsi la mise en place de procédures adaptées à une prise en charge précoce du point de vue diagnostic, thérapeutique et d'une prise en charge réadaptative (troubles de déglutition, troubles du langage, positionnement ....).

- D'étoffer le plateau technique de réadaptation du CHF avec en particulier l'intervention d'une orthophoniste qui actuellement n'a jamais pu être recrutée de façon pérenne vu le peu de disponibilité de cette profession para-médicale (il pourrait être intéressant de mutualiser ce poste avec d'autres structures pour en faciliter le recrutement et la permanence.) Ce professionnel permettrait d'améliorer la prise en charge des troubles phasiques de façon précoce et surtout les troubles de déglutition.

- De passer des conventions avec les services de MPR du bassin : CHU, Hôpital Georges Claudinon, service MPR de Rive de Giers, afin de faciliter et optimiser le transfert de patients relevant d'une prise en charge MPR.

- Projet d'ouverture d'un hôpital de jour avec prise en charge réadaptative permettant le suivi des patients porteurs d'AVC et retournant à domicile à l'issue de la prise en charge en SSR. Cette structure permettrait de faciliter, voir parfois d'anticiper certains retours à domicile, dans le cadre d'un suivi plus codifié des patients AVC. Ce type de structure existe déjà dans les unités MPR et devrait être effective pour les unités de soins de suite médicalisées. C'est un des éléments du projet médical du pôle de gériatrie du CHF.

\* Au Centre Hospitalier Privé de la Loire (CHPL) : 14 patients AVC ont été pris en charge en 2006 : 13 patients sont arrivés au service d'urgences du CHP et 1 entrée était programmée mais pour un autre motif : (10 envoyés par leur médecin traitant ; 2 AVC en cours de séjour ; 1 via le PU de Bellevue. Age moyen 77,7 ans. DMS de 15 jours. Les patients ont été hospitalisés, à l'exception d'un seul, dans le service de médecine : médecin responsable : cardiologue (10 patients), pneumologue (2), cancérologue (1) et chirurgien (1) (pas de neurologue sur place mais depuis le 01/01/2007, médecin interniste et gériatre qui prend en charge ces patients. Vu le nombre faible de patients, le CHPL n'a pas de lits dédiés aux AVC.

Devenir : 8 patients retour à domicile, 1 décès, 2 HAD et 3 en SSR soins de suite (2 MPR : Bellevue et Clos Champirol, et 1 SSMed : La Buissonnière) Le délai de prise en charge par les structures de soins de suite est encore long.

\* Etablissements SSR participant à la filière AVC - état actuel :

- SSR CHU Saint Etienne : pour les AVC adulte non gériatrique, le service MPR Adulte Bellevue assure la prise en charge après le court séjour, essentiellement pour le CHU et plus ponctuellement pour d'autres établissements. Pour 2006 on compte en HC 71 AVC, dont 60 venant du CHU (10 SRPR), 3 CHG Firminy, 2 CHPL, 2 Domicile, 2 établissements hors département, 1 clinique mutualiste, 1 Sept collines et en HDJ 144 AVC ont été pris en charge.

La prise en charge s'effectue pour la gériatrie en filière complète des AVC au sein du CHU depuis les Urgences (court, moyen séjour, MPR Gériatrique, dans les services de Gériatrie La Charité et Trousseau)

- SSR CHPG : pour l'ensemble des AVC accueillis au CHPG, 17 % seulement sont orientés en SSR soit en MPR, soit en SSM polyvalents, soit en SS gériatriques. Les SSR sont saisis des demandes d'admission internes et externes à l'établissement par une procédure identique dont le support est la demande d'admission validée par le groupe SSR secteur 6.

Sur Rive de Gier, 120 demandes sont traitées annuellement : 2/3 arrivent en MPR dont 63 % sont des

demandes externes à l'établissement. Les entrées directes par le biais de la consultation externe de MPR sont infimes (2.6 % des cas) ; 57 refus sont prononcés, dans 50 % des cas pour non respect du secteur de soins ou de proximité, dans 40 % des cas pour erreur d'orientation, dans 10 % pour instabilité du patient.

Des transferts se font ponctuellement entre unités de MPR, ou MPR et SSMed avec le CHU ou d'autres structures (distinction des phases de rééducation, réadaptation, prise en charge ciblée spécifique).

A l'issue du séjour en SSR, 73 % des patients regagnent leur domicile, 19 % sont mutés ou transférés vers un autre SSR pour continuer leur prise en charge, 4 % sont mutés en court séjour pour aggravation ou problème intercurrent et 4 % décèdent. Un suivi en CS est programmé 1 mois, 3 mois, 6 mois et 1 an après la sortie).

- **SSR CH Feurs** : faute de place en 2005 seulement 13% des AVC pris en charge en MCO ont été transférés en SSR Polyvalent et gériatrique de l'établissement. Par ailleurs, le CH de Feurs est, dans le SROS, reconnu hôpital de proximité pour la pris en charge des AVC et doit, en aval, individualiser des lits de SSR dédiés aux AVC ; Le projet du CH de Feurs, eu égards à sa situation géographique, est d'avoir une unité de 5 à 10 lits (dont 5 en création) dédiés aux AVC, qui fonctionnerait en partenariat avec un centre spécialisé en MPR.

- **Centre Médical de l'Argentière (CMA)** : en ce qui concerne les patients AVC, ils sont actuellement accueillis dans différentes unités de l'établissement :

- Au SRPR de BELLEVUE dans le cadre d'un partenariat avec le CHU sous la forme d'un GCS. Une vingtaine de patients ont été admis en 2006 au SRPR pour une lésion cérébrale grave d'origine vasculaire (soit 45 % des patients de l'unité) et ont nécessité une surveillance intense des paramètres vitaux, la réalisation de soins spécifiques (trachéotomie, alimentation entérale, incontinence...) et la mise en œuvre de techniques de rééducation adaptées à leur état.

- En MPR au CMA à AVEIZE, 37 patients âge moyen 66 ans ont été accueillis pour l'année 2006 (7 en provenance du CHU Bellevue, 1 du CHU Nord, 21 du CHG Feurs, 4 du CHG Montbrison, 1 du CHL Chazelles, 3 du domicile).

Le recrutement de la LOIRE se fait de façon notable avec le CH de FEURS ce qui a conduit à la signature « d'un accord-cadre pour la mise en œuvre de la complémentarité » entre les deux établissements en date du 19 mars 2007

- En HDJ au CMA à AVEIZE pour le suivi et la réalisation de bilans

- **Centre hospitalier Georges Claudinon - Chambon Feugerolles** : le Centre Hospitalier Georges Claudinon accueille actuellement des patients suite à des AVC à dans deux service :

- Dans l'unité EVC/EPR (21 lits) : ce sont des patients qui proviennent du SRPR de Bellevue

- Dans l'unité de rééducation, environ 5 lits sont réservés aux patients atteints d'AVC provenant du CHU de Saint Etienne.

Étant donné le fort besoin recensé dans ce domaine, le Centre Hospitalier Georges Claudinon a déposé une demande d'autorisation pour transformer, dès 2008, 29 lits de SSR en 21 lits de MPR dont 11 réservés à la neurologie et plus spécialement aux patients atteints d'AVC.

Dans le cadre de son projet d'établissement 2008-2012, le Centre Hospitalier Georges Claudinon prévoit de passer de 11 lits neurologie/AVC à 18 lits en 2012.

- **Centre SSR Clos Champirol** : en 2006, 28 patients atteints d'AVC admis en HC et 2 HDJ - Pour les 3 premiers mois de 2007 les nombres respectifs sont de 9 et 2 patients.

- **Centre Médical Sept Collines** : en 2006 le centre a accueilli des patients AVC (sur un total de 25 prises en charge neurologiques).

- **Clinique La Buissonnière** : cet établissement accueille des AVC, en MCO et SSR (filiale gériatrique)(18 AVC pris en charge en 2006 en MCO et /ou SSR avec 15 séjours MCO et 11 séjours SSR, tous patients gériatriques. Il n'y a pas de lit dédié à la pathologie AVC au vu du faible nombre de lits. - **Centre Médical Alma Santé** : actuellement ce centre n'accueille pas directement de patients atteints d'AVC mais des patients en cardiologie-vasculaire.

- **Hôpital Local de Saint Félicien** :

Accueil d'AVC

Libellé du G.H.M

	Nombre de séjour			
	2003	2004	2005	2006

Accidents vasculaires non transitoires	2	3	4
Autres affections cérébrovasculaires			1
Sans CMA			

- Hôpital Local de Serrières : l'établissement dispose de 33 lits de SSR. En 2006, selon les données de l'établissement le nombre de séjour pour prise en charge AVC est de 12. La provenance des patients admis dans l'établissement pour prise en charge d'AVC ou des séquelles d'AVC était à 58.33% des patients venant du CHA et 17% venaient du domicile. La Durée Moyenne de Séjour de ce type de prise en charge était de 35,42 jours. L'âge moyen des patients accueillis était de 76 ans. Le devenir des patients : 75% retour à domicile, 17 % entrée en EHPAD et 8 % de décès. Le délai d'attente en 2006 pour les 12 séjours entre la demande d'admission parvenue à l'établissement et l'admission en SSR était d'environ 6 jours.

- Centre Hospitalier de Moze à Saint-Agrève : l'établissement n'a pas de lit dédié à la pathologie AVC en phase aiguë compte tenu d'un plateau technique incomplet, en particulier au niveau de l'imagerie médicale. Cependant il dispose de 8 lits de SSR polyvalents, médicaux et chirurgicaux, dans lesquels, en 2006, ont été accueilli 136 patients dont 6 pour prise en charge d'AVC. Ces derniers patients avaient un âge moyen de 78 ans. Leur DMS était de 42,33 jours. Un patient provenait de son domicile, les 5 autres de différents CH de la région (Saint-Etienne -Lyon Sud -Le Puy - Valence- Montélimar). Au terme de leur séjour, 33 % des patients sont retournés à domicile et 77 % sont entrés en EHPAD.

#### \* Suivi

Le suivi des AVC doit être pris en compte tenu du caractère chronique, des risques de récurrences, des complications liées aux lésions et déficiences et au handicap résiduel (AVC = première cause de handicap)

#### En ambulatoire

/ au CHU : consultations neuro-vasculaire et consultations ou avis spécialisés : neurologie, centre de la douleur, MPR (épilepsie post lésionnelle, douleur centrale, rééducation, appareillage, bilan orthophonique, bilan déglutition, bilan cognitif, évaluation et traitement de la spasticité, neurochirurgie, .. et bilans ou soins en HDJ

/ au CMA et CHPG Rive de Gier : et bilans ou soins MPR en HDJ

En hospitalisation MPR : séjour de rééducation en phase chronique, ou après interventions, appareillage ou autres techniques (spasticité, réentraînement, etc., ..

/ aux MPR CHU Bellevue, CMA et CHPG Rive de Gier

- En hospitalisation SSMed : séjour de réadaptation en phase chronique, séjour de répit, séjour temporaire.

Pour la gériatrie, en ambulatoire, le suivi peut être envisagé avec :

/ au CHU Charité : consultations, bilans ou soins Gériatrie et/ou MPR en HDJ

/ dans les CHG de Saint Chamond, Feurs, Annonay, bilans et consultations spécialisées.

\*\* Des conventions existantes avec ces établissements sont présentées dans la fiche coopération n°4.

## 2. Objectifs :

Globalement pour l'ensemble des structures :

1 - Poursuivre et étendre la coopération des établissements dans ce domaine.

- un document de travail collectif sur la prise en charge précoce de l'AVC - en cours d'édition.

- une journée de formation sur la filière AVC - de l'urgence au retour à domicile ou équivalent

- un travail d'analyse de la filière à partir de la base de données PMSI CS et PMSI SSR régionale avec le service d'information médicale du CHU

Spécifiquement :

CHU : Actuellement en cours ou préparation :

- installation d'UNV de 20 lits (CHU Nord) lors du transfert CS au printemps 2008

CHPG : pour 2008 à une réorganisation interne de la prise en charge des AVC selon les dernières

recommandations de la circulaire - DHOS du 22 Mars 2007, (« réseau AVC », avec Dr P Garnier) dans le cadre d'une coopération inter-établissements (implication des Urgences en amont de l'UNV et des SSR du CHPG dans la filière d'aval) et UMCSSR ; renforcer la coopération entre les Unités de MPR et de SS Med du CHPG et celle de MPR du CHU sur le versant de la spécificité de certaines prises en charge, sur le versant réadaptation, et l'harmonisation des pratiques.

Hôpital Georges Claudinon-Chambon Feugerolles : signature d'une convention en 2008 avec le CHU pour assurer suite à l'UNV une prise en charge des AVC soit en MPR neurologie soit en SSmed polyvalent si médicalement possible.

CMA : L'objectif est de poursuivre le travail en concertation avec les différents acteurs de la filière AVC de la LOIRE. Concrètement, plusieurs actions sont à mener : - transfert du SRPR de L'hôpital Bellevue sur l'hôpital Nord et maintien d'un GCS ; - dans le cadre de la relocalisation des activités MPR du CMA à l'hôpital Bellevue à St Etienne : - Maintien des liens déjà existants dans la prise en charge des patients en provenance de la plaine du Forez ; - Mise à disposition de la future plateforme d'autonomie d'Aveize pour les patients AVC de la Loire ; - Développement de liens avec l'unité neuro-vasculaire et la neuro-chirurgie, en concertation avec l'unité de coordination

### 3. Indicateurs :

- N de patients victimes d'un AVC pris en charge par chaque structure SSR du bassin de santé / N de patients victimes d'un AVC pris en charge par l'ensemble des structures SSR du bassin de santé [COOPERATION 11] Utilisation du PMSI SSR au niveau régional
- Nombre de patients victimes d'AVC pris en charge en SS gériatriques par rapport à l'ensemble des prises en charge dans ce secteur.
- Ratio patients pris en charge pour AVC filière interne / patients filière externe globalement pour SSR et pour chacun des secteurs (MPR, SSmed, SSR gériatrique) pour les établissements MCO et SSR.
- Durée Moyenne de Séjour des patients AVC hospitalisés en court séjour (médecine), hors sorties décès / Durée Moyenne de Séjour des patients hospitalisés en court séjour (médecine), hors sortie décès [SROS 38]
- Evaluation annuelle de la filière de ces patients : Nombre de patients AVC accueillis aux urgences. Nombre de patients mutés en court séjour CHG - CHU. Nombre de patients accueillis AVC transférés en SSR ou en MPR. Orientation des patients admis pour un AVC à l'issue du SSR.

L'ARH s'engage à recueillir - et à transmettre 1 fois par an - cet indicateur aux établissements

### 4. Calendrier de réalisation :

Permanent.

### 5. Référents :

-pour les établissements :

CHU : Mr J L LEPIN (Directeur)

CHPL : Directeur et service social

CHPG : Mme L NART (Directrice) et Dr E CHOMETON (pôle MPR-SSmed) et Dr M-O BARRELLON (pôle gériatrique).

CH Montbrison : Mr TOUZET (Directeur)

CH Feurs : Dr J P JURINE (PH SSR)

CH Annonay : Mr P CHARRIER (Directeur)

CH Firminy : Mr le Directeur

CH G Claudinon : Mme DINATALE (Directrice)

CMA Aveize : Mr JP RAY (Directeur)

CM Sept Collines : Mme MN BARROU (Directrice)

CM Clos Champirol : Mr D BACHELLERIE (Directeur)

CM Alma Santé : Mme P MOZGALA (Directrice)

Clinique Buissonnière : Dr F HACINI

HL St Félicien : Mme ROUXEL (Directrice)

HL Serrières : Mme C DALVERNY (Directrice)

Hôpital de Moze : Dr Bertheaux

-pour l'ARH :

## Annexe 10

# FILIERE AMPUTES

## INTRODUCTION

Suite à certaines modifications de l'orientation d'activité d'établissement, suppression de l'activité "amputé" au Centre Médical de l'Argentière, il est proposé une restructuration de la filière Amputés.

Cette restructuration impose différentes réflexions :

- l'intégration des « **critères de prise en charge des amputés** », notamment la notion d'indication d'appareillage ou non, selon l'étiologie de l'amputation : traumatique, cancéreuse, vasculaire. Ils conditionnent l'orientation des patients.

- la nécessité d'identification d'une structure de référence au niveau d'un bassin, voire au-delà du bassin (compte tenu de zone d'activité pour le CHU- patient Haute Loire ou Ardèche)), pour ce type de prise en charge qui nécessite un **plateau technique et des compétences pluridisciplinaires** médicales, kinésithérapiques, d'ortho-prothèses, et si possible d'ergothérapie et d'activité physique adaptée.

- la **nécessité d'un suivi** de ces patients pour les adaptations, renouvellements, évolutions de l'appareillage, du moignon, de l'affection en cause, en accord avec les différents orthoprothésistes pouvant intervenir sur le secteur et les différents médecins (généralistes ou spécialistes prenant en charge le patient).

## EPIDEMIOLOGIE

L'amputé constitue une population spécifique, qui quelque soit l'étiologie ou l'âge nécessite le plus souvent une prise en charge en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) pour les soins initiaux dans les amputations acquises, pour le choix et l'adaptation de l'appareillage ; dans le cadre des amputations congénitales (agénésie des membres) cette prise en charge en MPR est justifiée pour le suivi post chirurgical et social éventuel.

Les données épidémiologiques sont assez pauvres face à ces différentes étiologies. On considère que la prévalence des amputés de membre inférieur en France est de 1,7 /1000 soit entre 83 000 et 93 000. L'incidence serait de 8300 nouveaux cas par an soit 0,14 /1000.

Les hommes sont plus souvent atteints que les femmes.

On distingue :

- selon l'étiologie :

- Les amputations vasculaires : ce sont les plus fréquentes (70%), d'importance variable, du membre inférieur en général, pouvant concerner un orteil seulement ou le pied jusqu'à la cuisse. 1/3 des patients sont diabétiques. L'âge moyen est de 70 ans.

- Les amputations traumatiques : moins fréquentes, (20%), survenant le plus souvent chez le sujet jeune (entre 20 et 40 ans) à la suite d'accidents de la route ou du travail. L'amputation est une fois sur deux tardive, après échec d'une tentative de « sauvetage » du membre.

- Les amputations d'origine tumorales : sur ostéosarcome ou métastases.

- Les amputations congénitales ou agénésies, pouvant atteindre un ou plusieurs membres, avec environ 20 nouveaux cas par an en France.

- selon les niveaux ou localisations : les désarticulations de hanche qui sont le plus souvent réalisées pour des tumeurs malignes, les amputations de cuisse pour des atteintes vasculaires,

les amputations de pied chez le patient diabétique et dans les traumatismes distaux sévères, les amputations bilatérales le plus souvent d'origine traumatique chez le sujet jeune.

Les amputations du membre supérieur sont plus rares, le plus souvent agénésiques, et posent un difficile problème de rééducation et de réadaptation fonctionnelle compte tenu des difficultés de l'appareillage de suppléance de la préhension.

La prise en charge, tant en terme d'objectif, de moyens et de résultats doit prendre en compte les facteurs étiologiques, le niveau d'amputation, l'âge du patient et l'environnement dans lequel il évolue.

Cette prise en charge de l'amputé qui repose sur les possibilités d'appareillage, le choix, l'adaptation et son optimisation fonctionnelle nécessite des compétences médicales, paramédicales et un plateau technique au sein d'une filière de soins structurée. Ce sont là, les outils nécessaires à une prise en charge de qualité, en proximité, pour une bonne réinsertion familiale, sociale voire professionnelle.

### **ORGANISATION DE LA FILIERE**

L'organisation de la filière, selon les critères de MPR, nécessite :

- un ***avis précoce*** d'un médecin MPR durant la phase du court séjour chirurgical ou médical, pour évoquer avec l'équipe soignante et le patient et/ou sa famille, le projet thérapeutique et surtout les possibilités d'appareillage

- une ***prise en charge en SSR et/ou MPR*** en fonction des possibilités (ou non) d'appareillage du patient, durant la phase de cicatrisation et de mise en place éventuelle d'une prothèse provisoire, et de réadaptation

- un ***suivi au long cours au sein d'une structure MPR*** en hospitalisation complète, de jour, ou en ambulatoire, pour la mise en place de la prothèse définitive, afin d'assurer la rééducation fonctionnelle (autonomie de mise en place de la prothèse, transferts, marche), le réentraînement à l'effort et la réadaptation socio-professionnelle. Cela nécessite un plateau technique et des compétences pluridisciplinaires spécialisées.

Concernant les amputations de membre supérieur, l'extrême spécialisation médicale et technique et les aspects épidémiologiques (fréquence moindre que les amputations du membre inférieur), elles justifient une prise en charge au Centre des Massues, à Lyon (compétence régionale)(Docteur François RIGAL).

### **COMPETENCES REQUISES**

Les compétences requises, et actuellement opérationnelles, sont liées aux moyens et à

l'organisation des différentes structures du bassin avec :

- ***le centre médical de Chavanne*** : ce centre, SSR à orientation cardio-vasculaire, bénéficie d'une expérience de la prise en charge des patients vasculaires amputés, et de prise en charge en soins de suite : surveillance médicale cardio-vasculaire et explorations vasculaires, soins infirmiers et prise en charge de la cicatrisation, soins de kinésithérapie, appareillage et mise à disposition d'un orthoprothésiste.

Ce centre bénéficie de médecins cardiologues, angiologues, internistes et actuellement d'un médecin de MPR à temps partiel (Docteur Evelyne CHOMETON). Il peut assurer un accueil en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour.

- le service de MPR hôpital de Rive de Gier : ce service est compétent en Médecine Physique et Réadaptation polyvalente, bénéficie des capacités médicales dans la prise en charge des amputés, avec une surveillance et coordination médicale (Dr Evelyne CHOMETON, Dr Alain SAHI), et des capacités techniques de kinésithérapie, ergothérapie, appareillage provisoire, mise en place et validation d'appareillage définitif. Une organisation est établie pour l'accueil et les modalités de fonctionnement avec les orthoprothésistes sur le marché. Une adaptation budgétaire est en cours pour la prise en charge des coûts des prothèses.

Il peut assurer un accueil en hospitalisation complète, en hospitalisation de semaine, en hospitalisation de jour ainsi qu'en consultations externes (Dr Evelyne CHOMETON et Dr Pierre-Yves CHAGNON) de suivi, d'évaluation et d'adaptation des prothèses avec les orthoprothésistes privés.

- l'Unité de soins ambulatoires du service de MPR Adulte – Bellevue, CHU de St Etienne (consultation, hôpital de jour, Unité Mobile de Coordination): cette unité assure depuis de nombreuses années une consultation de suivi, d'évaluation et d'adaptation des prothèses (Docteur Pierre-Yves CHAGNON), avec les différents orthoprothésistes privés de la région, et une coordination technique avec un orthoprothésiste du CHU. Cette unité est compétente en Médecine Physique et Réadaptation polyvalente, bénéficie des capacités médicales et techniques de prise en charge des amputés. Elle peut assurer un accueil en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour, pour de courtes prises en charge. Une adaptation des modalités d'évaluation (plateau technique spécifique – tapis de marche, épreuve d'effort, tests musculaire, etc..) est à envisager pour cette spécificité technique.

Pour les patients hospitalisés en phase aiguë au sein d'une structure sanitaire du bassin mais résidant le plus souvent dans les bassins de proximité, la prise en charge doit être coordonnée avec les structures SSR de proximité : Service de MPR Centre Hospitalier du Puy pour la Haute Loire ; Service de MPR Centre Hospitalier de Roanne pour le bassin de Roanne ; Service de MPR Centre Hospitalier de Vienne ou Service de MPR de Saint Vallier pour le versant sud Pilat, Ardèche et Drôme.

## ORGANISATION DE LA FILIERE

1. **Signalisation (précoce)** d'une demande de prise en charge d'un patient amputé par le service de chirurgie orthopédique, chirurgie vasculaire, chirurgie générale, oncologie, maladies infectieuses, etc...

-->>> signalement au médecin référent :

Docteur CHOMETON, Docteur CHAGNON

ou

Unité Mobile de Coordination CHU St Etienne

2. Détermination des **critères d'orientation** avec l'équipe prenant en charge le patient après avis du médecin référent et réflexion sur le **projet thérapeutique** avec le patient et la famille.

3. **Orientation** et prise en charge en **SSMed ou MPR** (ou domicile) :

- Centre médical de Chavanne (patients vasculaires)
- service de MPR ou SSM Rive de Gier (traumatique, oncologie)
- autres services SSMed en fonction de la proximité du patient : (nécessité d'une relation avec le médecin référent pour l'éventuel appareillage).

4. Conditions de **mise en place de l'appareillage** : essai, prothèse provisoire, éducation, prothèse définitive

- service de MPR Rive de Gier
- centre médical de Chavanne (patients vasculaires)

5. **Suivi, adaptation et évaluation** :

- Unité de Soins Ambulatoires (MPR CHU St Etienne, hôpital Bellevue  
- consultation Docteur CHAGNON (Tél. : 04 77 12 77 56)
- Consultation ou Hôpital de Jour MPR hôpital Rive de Gier  
- consultation Docteur CHOMETON (Tél. : 04 77 75 25 84)  
- consultation Docteur CHAGNON (Tél. : 04 77 75 25 84)

FILIERE AMPUTES

