

24 JAN. 2000

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

La Ministre de l'Emploi
et de la Solidarité

La Secrétaire d'Etat à la Santé
et à l'Action Sociale

Le Directeur des Hôpitaux

Le Directeur de Cabinet

à

Mesdames et Messieurs les Directeurs des
Agences régionales de l'hospitalisation

OBJET : Centres de rééducation et de réadaptation fonctionnelles : exercice de la mission de réinsertion des patients.

REFER : Circulaire DH/EO4 n° 841 du 31 décembre 1997.

Notre attention a été appelée à plusieurs reprises sur la situation des Centres de rééducation et de réadaptation fonctionnelles (CRRF), et plus spécialement sur le financement de leur activité d'insertion des patients pris en charge, lors de leur traitement, dans les services de suite et de rééducation. Certaines structures rencontrent aujourd'hui des difficultés à voir garanti le financement par l'assurance maladie d'une mission qui leur est pourtant clairement assignée par la loi.

L'article L 711-2 du code de la santé publique dispose en effet que "les établissements de santé, publics ou privés, ont pour objet de dispenser (...) b) des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion". La vocation des centres de rééducation et de réadaptation fonctionnelles réside donc, complémentirement, dans la dispensation des soins requis par l'état d'un patient, et dans l'engagement du processus de sa réinsertion sociale.

La complémentarité des deux missions, soins et insertion, est clairement stipulée par la réglementation; elle a été par ailleurs explicitée dans la *circulaire DH/EO4 n° 841 du 31 décembre 1997* qui réaffirme la légitimité de l'activité d'insertion, comme partie intégrante de la mission des CRRF. Elle en décline les différentes étapes : "restauration somatique et psychologique, éducation du patient et de son entourage, la *préparation de la sortie et de la réinsertion, en tenant compte éventuellement de la dimension professionnelle*".

Les centres de rééducation et de réadaptation fonctionnelles doivent donc être dotés de manière pérenne des moyens, justifiés dans le cadre d'un contrat d'objectif, correspondant explicitement à l'accomplissement de cette mission d'insertion, sur l'importance de laquelle j'appelle tout particulièrement votre attention.

Les moyens nécessités par l'accomplissement de cette mission ne sont pas toujours clairement identifiés ni dans l'organigramme ni dans la présentation budgétaire des établissements. La Direction des Hôpitaux conduit actuellement une réflexion avec la Caisse Nationale de l'assurance maladie afin de faire apparaître distinctement dans les budgets des établissements de rééducation et de réadaptation la nature des dépenses et les emplois liés à la mise en œuvre de cette fonction spécifique.

La réalisation par le Centre lui-même de ce travail constitue le gage essentiel d'une sortie réussie du patient (accidenté ou en phase post-opératoire) de sa prise en charge sanitaire. Les CRRF ne peuvent assumer pleinement leur rôle qu'à la condition de pouvoir poursuivre l'accompagnement du patient à l'issue du traitement proprement dit, car ces deux phases de prise en charge relèvent de la pleine responsabilité de ces structures.

La préservation de cette "filiale intégrée" au sein des CRRF est de nature à réduire sensiblement la dépense par individu et par pathologie.

Il en résulte également pour le patient une simplification et un allègement considérables de son parcours : ces facteurs d'économie ressortent des premiers résultats du programme COMETE-FRANCE, auquel participent aujourd'hui plusieurs centres de réadaptation fonctionnelle et centres hospitaliers répartis sur trois régions : la Bretagne, les Pays de la Loire et l'Île-de-France.

Il nous paraît d'autant plus utile de vous rappeler ces dispositions générales que ce programme, qui concrétise notre volonté de favoriser la réinsertion des personnes en situation de handicap, ne pourra entrer dans sa phase active que si les établissements eux-mêmes sont en mesure de participer financièrement à sa mise en œuvre.

Nous invitons donc tout particulièrement les Agences des régions concernées à étudier avec une particulière attention les conditions de mise en œuvre de ce programme concerté qui correspond à une priorité européenne et qui regroupe pour le présent exercice six établissements sanitaires de soins aigus et de soins de suite :

- CRRF de KERPAPE (Morbihan)
- Centre de rééducation et de réadaptation de L'ARCHE (Sarthe)
- Centre de rééducation et de réadaptation de PEN-BRON (Loire-Atlantique)
- Centre de rééducation et de réadaptation de RENNES-BEAULIEU (Ille-et-Vilaine)
- Centre Hospitalier Universitaire de NANTES (Loire-Atlantique)
- Centre Hospitalier de GARCHES (Hauts-de-Seine)

D'autres structurés de même nature et poursuivant le même objectif s'engageront ultérieurement dans ce même programme en mettant en place un service d'insertion sociale (ou un "service d'insertion précoce") au sein de l'établissement, permettant ainsi à chaque région de disposer, dans le cadre du schéma régional de l'organisation des soins (SROS), d'au moins un centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelles de référence dans ce domaine.

Ces initiatives doivent être financées conjointement par l'établissement lui-même, par l'AGEFIPH (Association de gestion du Fonds d'insertion professionnelle des personnes handicapées), qui assure le financement des postes directement liés à l'insertion professionnelle, et éventuellement, par le Fonds social européen.

Le fonctionnement de ces services, ainsi que la mobilisation des fonds de concours européens et le maintien de la contribution de l'AGEFIPH, sont subordonnés à la disponibilité de moyens spécifiquement dédiés à cette action sur le budget des Centres de réadaptation fonctionnelle et des Centres hospitaliers considérés, ces moyens apparaissant en mesures nouvelles dans les propositions présentées à votre approbation par ces établissements au titre du prochain exercice (2000).

C'est pourquoi, afin de garantir l'exécution de l'ensemble des missions conférées par la loi et par la réglementation à cette catégorie d'établissements, nous vous demandons de veiller à ce que les Centres de rééducation et de réadaptation fonctionnelle qui en feront la demande puissent disposer de crédits de fonctionnement correspondant à leur activité d'insertion sociale des patients handicapés lors de la phase active de leur traitement.

Pour la Ministre et par délégation,
Le Directeur des Hôpitaux


Edouard COUTY

Pour la Secrétaire d'Etat et par délégation,
Le Directeur du Cabinet


Gilles DUHAMEL

Circulaire DH/EO 4 n° 97-841 du 31 décembre 1997 relative aux orientations en matière d'organisation des soins de suite ou de réadaptation

SP 3 333
234

NOR : MESH9730698C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

Références :

Articles L. 710-1 à L. 713-12 du code de la santé publique ;
Arrêté du 9 décembre 1988 relatif à la fixation d'un indice pour les moyens d'hospitalisation en moyen séjour et en réadaptation fonctionnelle ;
Circulaire DH/EO/97 n° 22 du 13 janvier 1997 relative aux contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé ;
Circulaire DH/PMSI/97 n° 251 du 3 avril 1997 relative à la mise en place dans les établissements de santé ayant une activité des soins de suite ou de réadaptation d'un recueil de résumés hebdomadaires standardisés (RHS) ; dispositions particulières pour les établissements sous compétence tarifaire de l'Etat ;
Circulaire DH/EO/97 n° 97-277 du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements.

La ministre de l'emploi et de la solidarité à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour mise en oeuvre) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour mise en oeuvre]) ;

Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour mise en oeuvre]) L'objet de cette circulaire est de présenter les orientations retenues en matière de soins de suite ou de réadaptation, en accompagnement de la mise en place, au 1er janvier 1998, d'un recueil de résumés hebdomadaires standardisés (RHS) dans les établissements, sous compétence tarifaire de l'Etat, ayant une activité de soins de suite ou de réadaptation.

Dans le but d'assurer une meilleure réinsertion des personnes à l'issue d'une hospitalisation, les fonctions spécifiques qui caractérisent les soins de suite ou de réadaptation seront ainsi clarifiées et des principes généraux de leur organisation, définis.

L'article L. 711-2 du code de la santé publique précise que les soins de suite ou de réadaptation sont dispensés par les établissements de santé concernés, dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale, à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion.

Il importe donc que les soins de suite ou de réadaptation s'inscrivent en cohérence avec l'ensemble de l'offre hospitalière. C'est dans cet esprit que la plupart des régions ont arrêté ou sont sur le point d'arrêter le volet soins de suite ou de réadaptation de leur schéma régional d'organisation sanitaire.

Parallèlement, une classification médico-économique des activités proposée par le PMSI a été élaborée à partir de l'offre de soins existante. La mise en place, dans les établissements de santé sous compétence tarifaire de l'Etat ayant une activité des soins de suite ou de réadaptation, d'un recueil de résumés hebdomadaires standardisés (RHS), prévue au 1er janvier 1998, contribuera à une meilleure connaissance de la nature et du volume de l'activité produite dans l'ensemble des établissements de santé ayant une activité de cette nature. D'ores et déjà, les bilans effectués, dans ce domaine, par les services déconcentrés ou la Caisse nationale d'assurance maladie, font apparaître que le dispositif actuel de soins de suite ou de réadaptation correspond imparfaitement à la mission - pourtant essentielle - de réinsertion des personnes.

C'est pourquoi la clarification de la notion de soins de suite ou de réadaptation est un préalable à l'analyse de l'adéquation de l'offre aux besoins.

I. LES SOINS DE SUITE OU DE RÉADAPTATION PEUVENT ÊTRE DÉFINIS À PARTIR D'UN ENSEMBLE DE FONCTIONS NÉCESSAIREMENT REMPLIES AU COURS DE TOUTE LA PRISE EN CHARGE

Les définitions qui suivent correspondent à une conception de soins actifs de suite ou de réadaptation. Ils s'adressent à des malades requérant des soins continus et comportent une importante dimension éducative et relationnelle.

Ainsi cinq fonctions de soins techniques et d'accompagnement caractérisent une véritable prise en charge en soins de suite ou de réadaptation. Combinées à des degrés variés, elles sont mises en oeuvre, dans un but de réinsertion globale des malades. Il s'agit de :

1° LA LIMITATION DES HANDICAPS PHYSIQUES qui implique la mise en oeuvre de rééducation physique, voire d'appareillage et d'adaptation du milieu de vie ;

2° LA RESTAURATION SOMATIQUE et PSYCHOLOGIQUE grâce à la stimulation des fonctions de l'organisme, la compensation des déficiences provisoires, l'accompagnement psychologique et la restauration des rythmes ;

3° L'ÉDUCATION DU PATIENT ET ÉVENTUELLEMENT DE SON ENTOURAGE par le biais des apprentissages, de la préparation et de l'adhésion au traitement, de la prévention. Le recours à des relais associatifs peut être utilisé à cet effet ;

4° LA POURSUITE ET LE SUIVI DES SOINS ET DU TRAITEMENT à travers son adaptation, son équilibrage, la vérification de l'observance par le malade, la surveillance des effets iatrogènes éventuels. Une attention particulière sera portée au traitement de la douleur ;

5° LA PRÉPARATION DE LA SORTIE ET DE LA RÉINSERTION en engageant, aussi rapidement que possible, les demandes d'allocations et d'aides à domicile, en tenant compte éventuellement de la dimension professionnelle.

II. LE PRINCIPE DE CONTINUITÉ DES SOINS APPARAÎT COMME LE FIL CONDUCTEUR EN MATIÈRE D'ORGANISATION DES SOINS DE SUITE OU DE RÉADAPTATION

Dans le parcours sanitaire d'un patient, souvent appelé « filière », les soins de suite ou de réadaptation s'inscrivent dans la continuité des soins de courte durée qui correspondent à une activité de diagnostic et de traitement pendant la phase aiguë de la maladie. Il convient de rappeler que les traitements ou la surveillance médicale offerts par les établissements de soins de suite ou de réadaptation concernent des malades requérant des soins continus. Ils ont pour objectif final la réinsertion des malades, prioritairement à domicile ou parfois dans une institution sociale ou médico-sociale, si leur état stabilisé le requiert. En amont, la fonction des services de soins de suite ou de réadaptation ne peut plus se définir en termes de « déchargement » des services de court séjour. C'est pourquoi, afin d'assurer une véritable continuité des soins, l'admission des malades doit être négociée avec les structures amont. Cela signifie que des conditions d'admission doivent être formalisées et respectées. Il est essentiel que toutes les informations utiles à la prise en charge adaptée des patients soient fournies aux établissements qui les accueillent.

C'est dans cette perspective que peuvent être envisagées les interventions précoces des soignants de soins de suite ou de réadaptation au sein des unités de court séjour. C'est dans cette perspective, également, que les établissements de court séjour s'engageront à effectuer les réadmissions des malades dont l'état le nécessite.

En aval, la mission des soins de suite ou de réadaptation est de préparer la réinsertion sociale, familiale et, le cas échéant, professionnelle des malades et leur prise en charge par des acteurs sanitaires extra-hospitaliers et sociaux. Pour répondre à l'objectif de continuité, la fonction soins de suite ou de réadaptation s'inscrit donc à la fois :

- dans une filière de soins, organisée et déterminée par la trajectoire du patient, en fonction de son état de santé ;
- et dans un réseau de soins, constitué par plusieurs acteurs de santé organisés entre eux et, de ce fait, aptes à la prise en charge du patient en fonction de ses besoins.

C'est, enfin, dans cette perspective que se pose la question de la pertinence de la localisation de l'offre de soins. En effet, pour certaines activités, la notion de proximité de l'entourage constitue un élément déterminant pour la qualité de la prise en charge, notamment au regard de la réinsertion. Cela conduit à éviter toute rupture prolongée avec le milieu de vie, pour certaines activités, alors que, pour d'autres, le niveau d'équipement et de disponibilité du plateau technique constituera l'élément essentiel. Ainsi, pour les soins de suite indifférenciés, à dominante gériatrique, la notion de proximité est prévalente. En revanche, pour la rééducation fonctionnelle spécialisée, la nature du plateau technique l'emportera, même si la réponse offerte se situe à distance des besoins exprimés. La continuité des soins implique également que l'offre de soins soit graduée, afin que la prise en charge du malade soit adaptée à la gravité de sa maladie et à ses potentialités d'évolution. A cet égard, il convient de veiller au développement d'alternatives à l'hospitalisation à temps complet et notamment à l'hospitalisation de jour. Celle-ci doit assurer une véritable complémentarité avec l'offre de soins ambulatoires, en répondant à des exigences de densité et de diversification des soins. C'est à partir de ces définitions que vont se poursuivre les réflexions nationales sur l'actualisation de la réglementation en matière de soins de suite ou de réadaptation. Ces travaux s'attacheront à préciser les objectifs de soins relatifs aux populations spécifiques que sont les personnes âgées et les enfants. Ils seront ensuite complétés par une réflexion relative aux prises en charge dans le cadre de la réadaptation fonctionnelle.

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur des hôpitaux,
C. Bazy-Malaurie