

Différenciation et intégration appliquées à l'organisation de la rééducation fonctionnelle en France : essai de modélisation

Analyse des SROS de troisième génération

J.- P. Devailly - L. Josse

CHU Avicenne - Bobigny

Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

CALASS 2007 – Marseille – 26 octobre 2007

Version actualisée après les réformes des SSR de 2008

Le contexte français en rééducation fonctionnelle

- Le second aval en post-aigu était structuré en un secteur Soins de Suite ou de Réadaptation (SSR)

Urgences → MCO → SSR → aval

Les activités de soins, autorisées par les ARH, étaient divisées en soins de suite et « rééducation fonctionnelle» (RF),

- Le système d'autorisations a été réformé en 2008: les nouvelles autorisations supposent une ré-ingénierie des **SS et R**
 - privilégie les flux de patients en aval du court séjour (poids croissant de la T2A)
 - au détriment de la graduation des niveaux de soins requis en terme de plateaux techniques de réadaptation fonctionnelle, notion qui disparaît des textes.
- Ces deux rationalités sont-elles contradictoires et comment se conjuguent-elles dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire français (SROS)?

Les réformes de l'organisation des soins

« La carte n'est pas le territoire »

- ✓ 1941 : «fin» de la fonction charitable de l'hôpital
- ✓ 1945 : protection sociale
- ✓ 1958 : La « réadaptation fonctionnelle » dans les ordonnances
- ✓ 1970 – 1975 : séparation entre soins et social: fin du paradigme de «réadaptation»? Séparation de l'assuranciel et de l'assistanciel.
- ✓ 1991 : Carte sanitaire et SROS - Services de Soins Infirmiers: nouvelle division du travail à l'hôpital; démedicalisation implicite de la «réadaptation fonctionnelle» hospitalière de 1958?
- ✓ 1996 : ARH, filières et réseaux, ONDAM, certification
- ✓ 2008 : Décrets SSR d'avril et circulaire d'octobre : disparition aux yeux des politiques publiques de la «rééducation fonctionnelle» comme composante structurante d'une graduation des plateaux techniques?

Vers la déconstruction du paradigme de réadaptation?

- **Analyse textuelle** – occurrences du mot réadaptation, mais aussi ... rééducation, *réhabilitation*
 - ✓ Loi du 4 mars 2002 = 0 (mais «réhabilitation»)
 - ✓ Loi du 11 février 2005 = 0 (mais accompagnement)
 - ✓ Décrets SSR: réadaptation = phase post-aigue, disparition de la «rééducation fonctionnelle »
 - ✓ Rapport de l'HAS relatif à l' «Accès aux soins des personnes en situation de handicap» Synthèse = 0 ; Rapport = 1 fois dans l'expression «MPR»
 - ✓ Méthodologie des SROS – PRS 2011 = 0
- **Comment cela a-t-il été possible?**

Cadre conceptuel de liaison entre procédés cliniques et organisation

- Théorie des organisations, configurations organisationnelles (Mintzberg, Ouchi, Argyris, Senge)
- Analyse des réseaux sociaux, réseaux de soins de santé (Alter, Fleury, Sicotte)
- Economie: filière intégrée de Porter, théorie de l'agence, coûts de transaction
- Intégration des soins (Donabedian, Contandriopoulos)

Le découpage des unités cliniques

- Pour Mintzberg, les unités cliniques sont structurées selon la logique des « procédés de travail » implicites et explicites, à la fois par flux et par fonction
- En post-aigu: conflit « économique » entre logique verticale de flux de patients et logique horizontale de différenciation clinique (caractère structurant des « disciplines » présentes en SSR)
- Les 3 dimensions d'une filière intégrée (Porter):
 - « verticale » le long de la chaîne de soins,
 - « horizontale » à un moment de la chaîne de soins,
 - « en réseau » de confiance reliant l'ensemble de acteurs et des structures interdépendantes

Les deux visages de l'organisation sanitaire

- *Comme entreprise ?*
 - re-engineering, différenciation et taille des unités,
 - 2 principes dialogiques** selon Henry Mintzberg:
 - **flux**-filières de soins / **fonctions**-plateaux techniques.
 - **différenciation** / **intégration**,
- *Comme réseau ?*
 - *Intermédiaire entre marché et hiérarchie?*
 - collaboration entre structures autonomes et interdépendantes,
 - principe dialogique : **réseau arbre ou « star »** / **réseau web ou à pilotage décentralisé.**

Typologie de Mintzberg

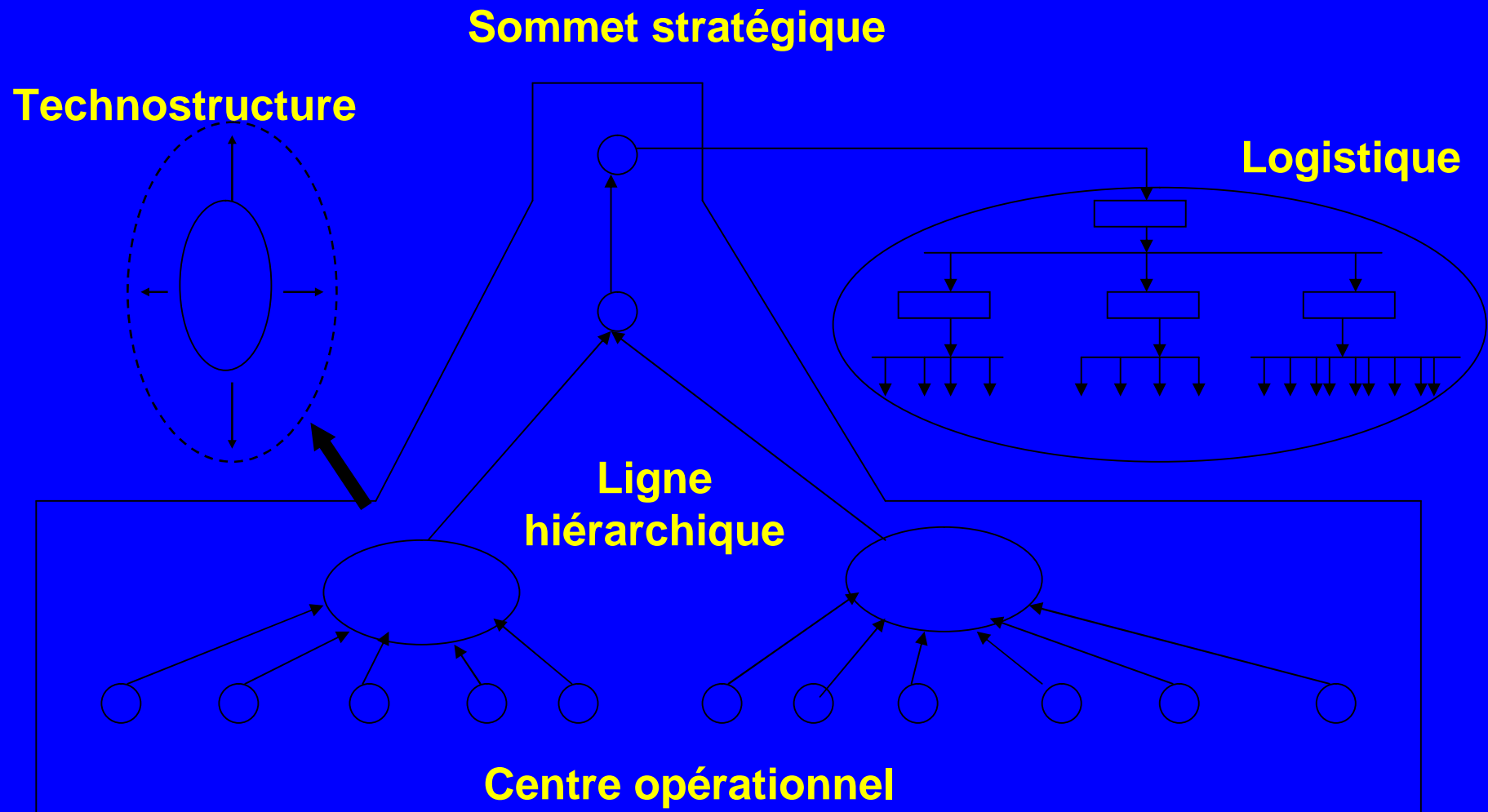
5 types de configurations	Fondées sur 5 types de coordination dominants	Qui désignent 5 parties clés de l'organisation	Et permettent plus ou moins la centralisation
Structure simple (PME en rateau)	Supervision directe	Sommet stratégique	Centralisation complète
Bureaucratie mécaniste (Administration)	Standardisation des procédés	La technostucture des « fonctionnels » qui définissent les normes (Plan, ordonnancement, méthode..)	Peu de décentralisation (elle n'est pas nécessaire)
Bureaucratie professionnelle (hôpital, universités)	Standardisation des qualifications	Les opérationnels sont les experts (« classement » → « cas » → programme)	Décentralisation forte « boîtes noires »
Structure divisionnelle (GM, Dupont)	Standardisation des résultats	L'encadrement (la ligne hiérarchique)	Décentralisation verticale encadrée
Adhocratie (conseil pub, NASA, génie civil)	Ajustement mutuel	Le fonctionnels de support logistique (DRH, RD..)	Décentralisation par projets

Structure et dynamique des organisations: voir webographie

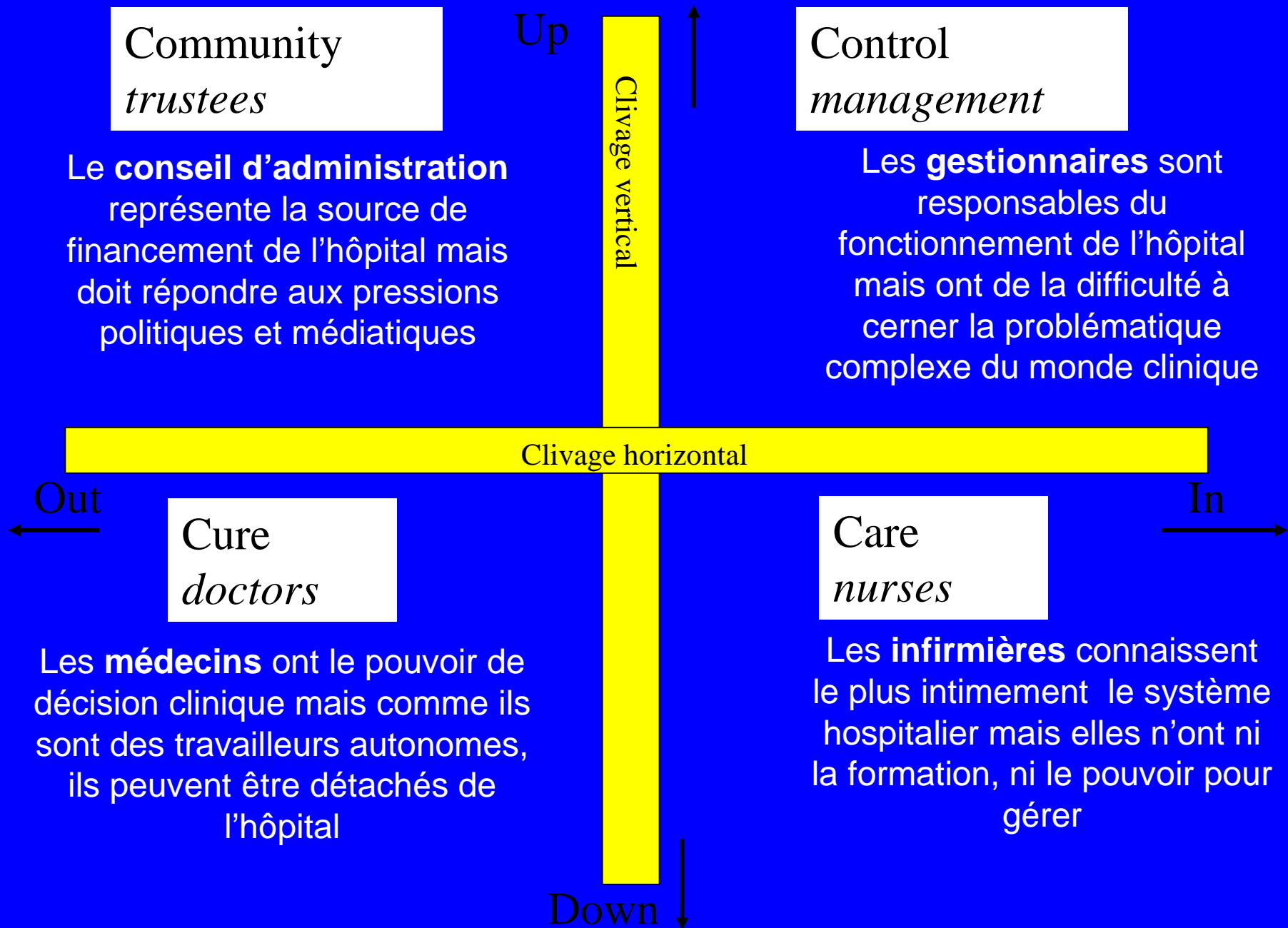
L'organisation professionnelle selon H. Mintzberg

- Les experts sont les opérationnels
- Forte décentralisation horizontale et verticale
- Coordination: standardisation des qualifications
- Paramètres de conception = formation et socialisation
- Standards professionnels intériorisés / processus de classement
- Structuration des unités par flux de patients et par fonction (processus spécialisés et économies d'échelle)
- Organisations externes à l'origine des standards

L'hôpital : une organisation professionnelle hybridée de bureaucratie mécaniste (hiérarchies parallèles)



Les 4 mondes de l'hôpital (Mintzberg)



Problèmes

- Hiérarchies parallèles (organisation professionnelle / bureaucratie mécaniste).
- Cloisonnements relevant d'une approche transversale / mécanismes intégrateurs.
- Difficulté de l'évaluation des compétences par les professionnels eux-même.
- Résistance à l'innovation (facteurs de contingence)?
progrès technologiques, rareté des ressources, transition épidémiologique...
- Inadaptation du contrôle externe (« coalition externe »)?
consumérisme, judiciarisation, gestion des risques, contrôle des coûts, certification.

Types de contrôle et conditions préalables

D'après Ouchi 1979

Connaissance du processus de transformation

Parfaite

Imparfaite

**Capacité
à mesurer
les
résultats**

Elevée

Contrôle de
résultats ou des
comportements

Contrôle des
résultats

Faible

Contrôle des
comportements

Contrôle clanique

Contrôle clanique : « En situation de forte incertitude quantitative et qualitative sur le travail effectué par les acteurs, une certaine autonomie assortie de confiance est nécessaire. Le contrôle s'effectue alors principalement bien avant l'action, c'est-à-dire lors du recrutement des acteurs. L'acteur recruté satisfait un certain nombre de critères censés garantir sa capacité et sa volonté d'agir dans le sens attendu par l'organisation, même en l'absence de contrôle formel. »

L'organisation sanitaire: un réseau entre marché et hiérarchie?

	Non coopération	Coopération
Mode d'organisation non hiérarchique	Marché	Réseau
Mode d'organisation hiérarchique	Bureaucratie	Clan

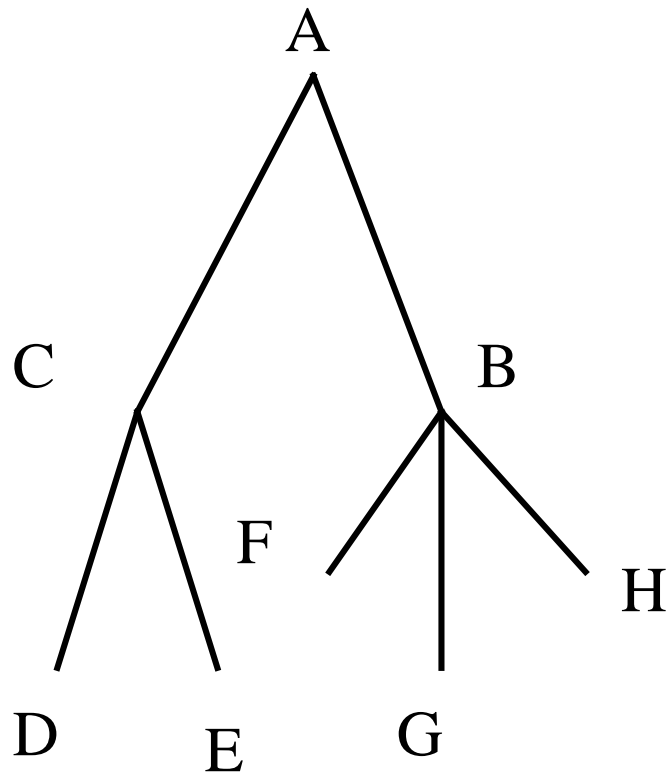
D'après Emmanuel Josserand adapté de Jarillo 88:
la structuration d'une entreprise en réseau

Tensions entre filière et réseau

Quelques modèles

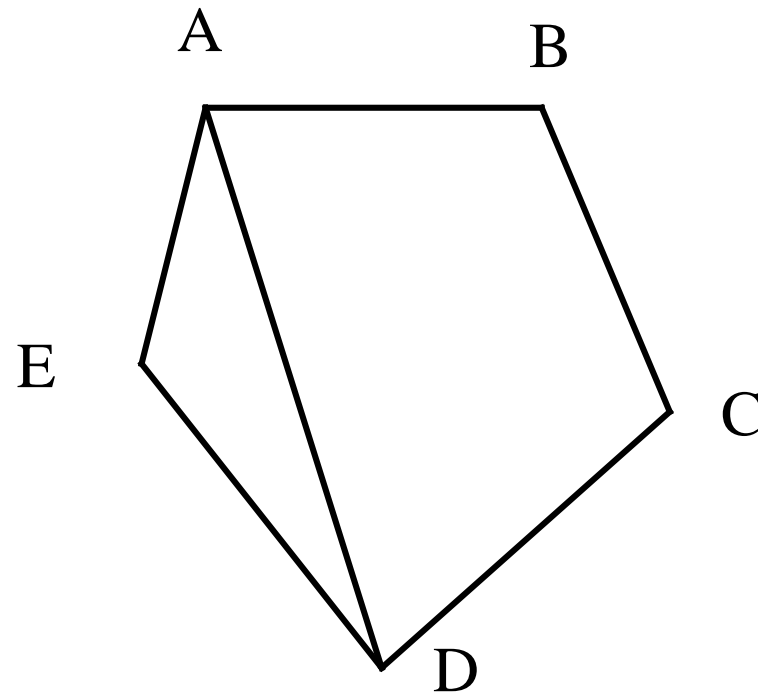
Tensions entre filières et réseau

Réseau « star » à pilotage centralisé:
Intégration hiérarchique
Standardisation - Maîtrise des coûts



Pour aller de C en D
on doit passer par A

Réseau « web », communautaire:
Pilotage décentralisé
Coordination - Qualité des soins



Pour aller de D en A
soit DA,
soit DCBA,
soit DEA

Réseaux stars, unités stars, produits stars

Parts de marché

Haut

Bas

Coûts de développement

Haut

Stars



Question Marks



Bas

Cash cows

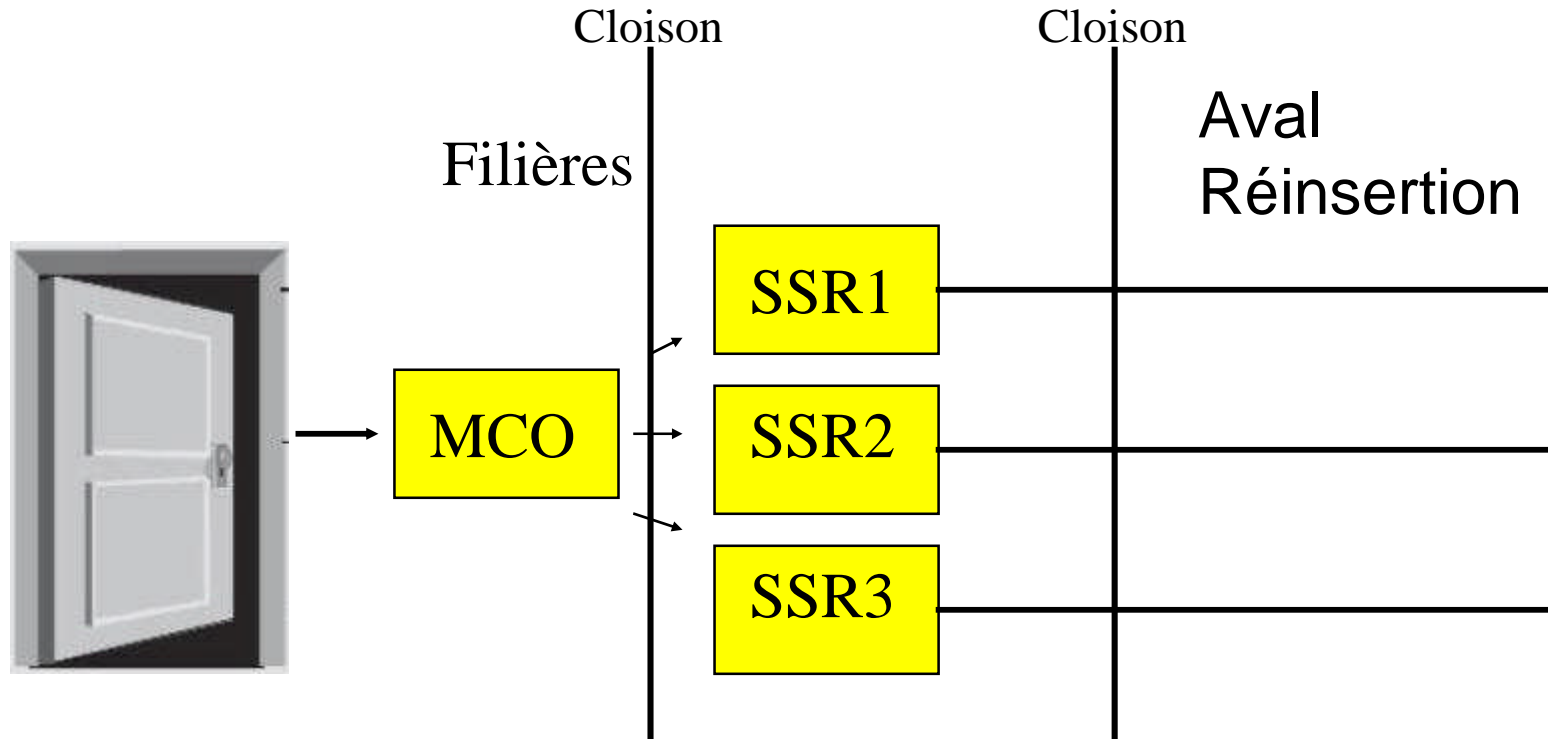


Dogs



Matrice BCG; Boston Consulting Group: d'après quickmba.com

Modèle de guichet unique de services



Avantages: fluidité, homogénéisation des pratiques, accès aux innovations, continuité, suivi, prévention.

Inconvénients: inéquité d'accès aux soins pour les patients hors filières, orientations non pertinentes plus difficiles à corriger, favorise les habiletés sociales par rapport au système de soins

Efficience des filières ou du système de soins?

D'après Alter 1990, cité par Fleury et Ouadahi

Le cercle vertueux de la structuration des filières

Apparition d'une technique

Nouvelle : Thrombolyse



Contraintes d'organisation

Accès IRM 24/24. Garde Neurologie

Création d'unités spécifiques

Acquisition d'une expertise

Réduction des complications secondaires

Structuration de filières de soins

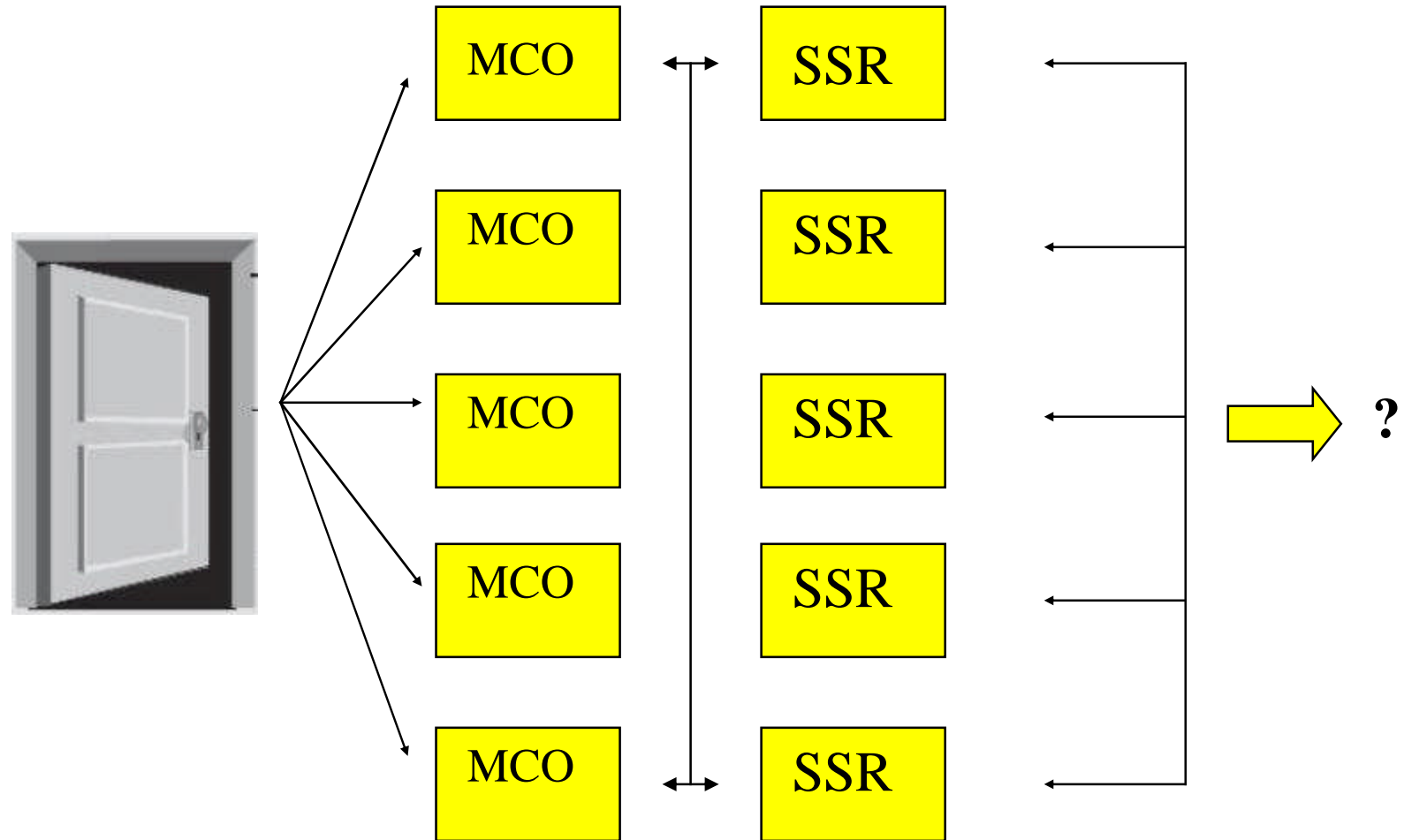
Amélioration du devenir

Est sans doute générateur d'inégalités majeures en l'absence de réseau organisé

Le guichet unique: l'inaccessibilité organisée?



Modèle traditionnel de dispensation de services

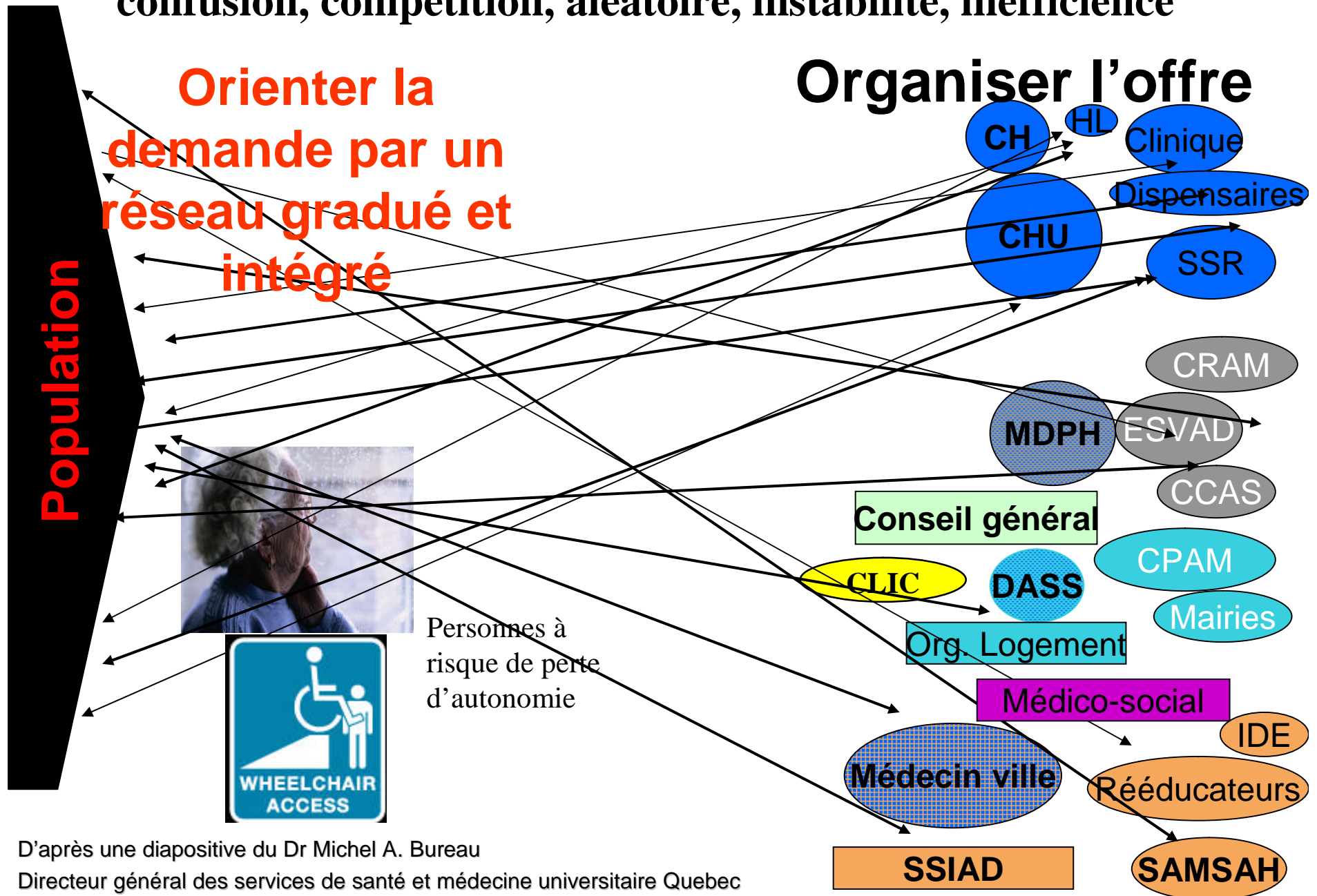


Inconvénients: confusion, compétition, aléatoire, instabilité, inefficience

D'après Alter 1990, cité par Fleury et Ouadahi

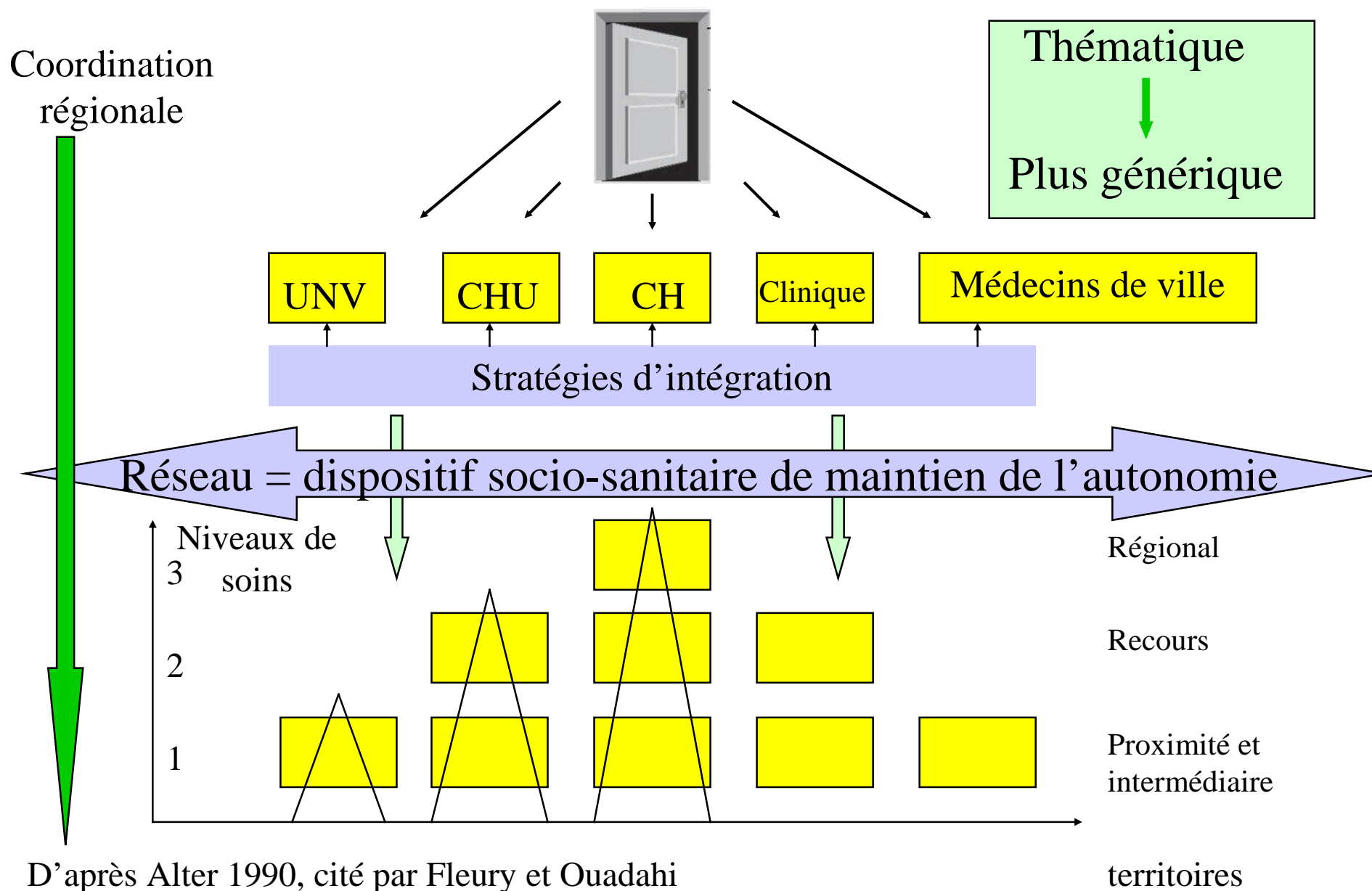
Médecine de pointe mais...

confusion, compétition, aléatoire, instabilité, inefficience



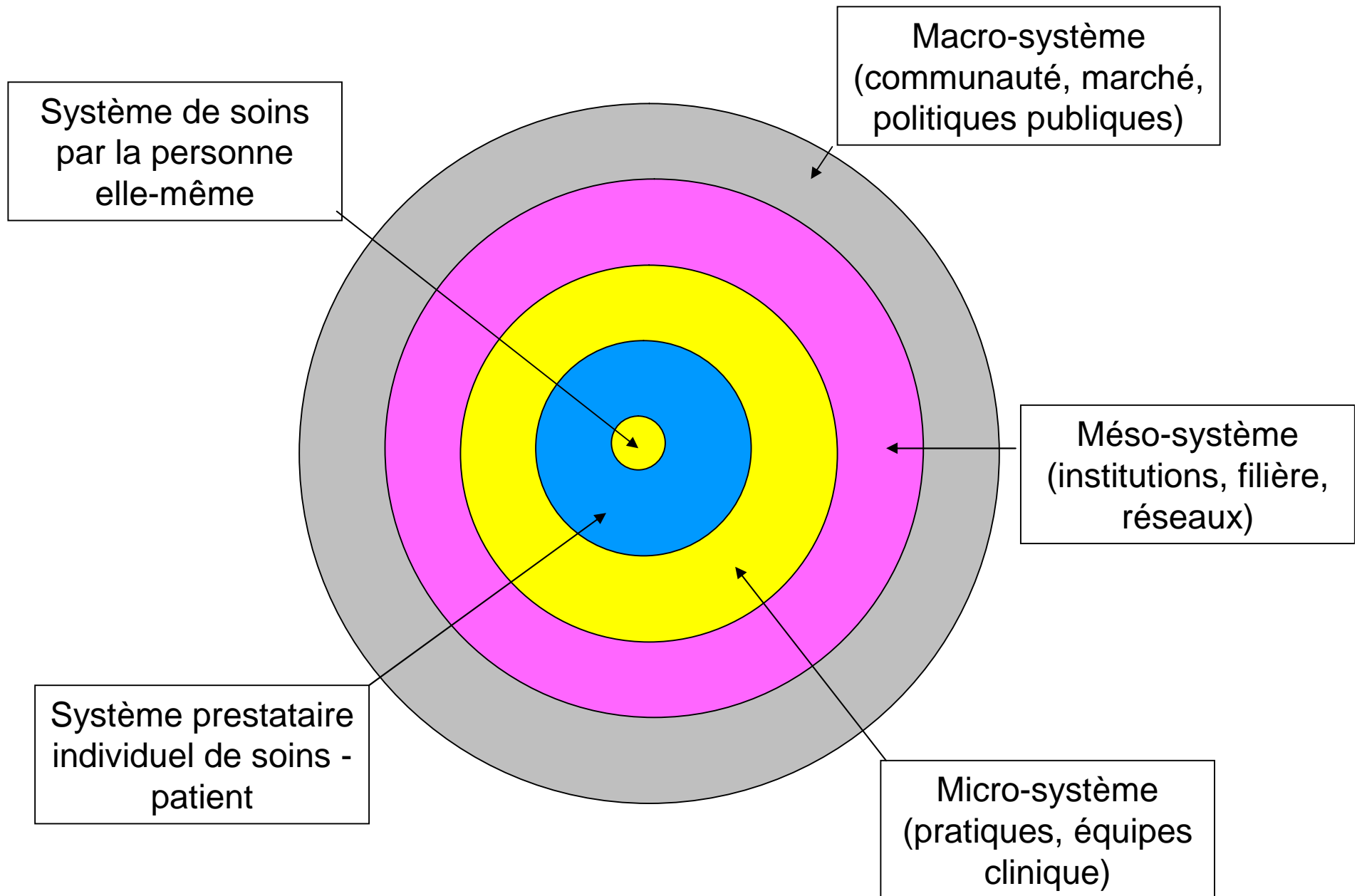
D'après une diapositive du Dr Michel A. Bureau
Directeur général des services de santé et médecine universitaire Québec

Réseau à portes d'entrée multiples



Perspective en oignon des systèmes de santé

Modèle micro-méso-macro



*Analyse des SROS SSR
de troisième génération*

Les 25 thématiques du SROS 3: *une souricière cognitive?*

Arrêté du 27 avril 2004

- *16 thématiques obligatoires*
 - la médecine, la chirurgie, la périnatalité,...
 - **les soins de suite, la rééducation et la réadaptation fonctionnelle, ...**
 - **la prise en charge des personnes âgées,**
 - ...
 - **la prise en charge des patients cérébro-lésés et traumatisés médullaires.**
- *9 thématiques supplémentaires*

Le climat des SROS 3 : mots-clés

- **Territoires de santé** : organisation sanitaire territoriale permettant le maintien ou le développement d'activités de proximité
- **Projet médical de territoire**
- **Organisation graduée des plateaux techniques**
- **Concertation** large avec l'ensemble des acteurs concernés
- « **Soins préventifs, curatifs et palliatifs** » à partir des « **besoins de santé de la population** »
- Développement des **réseaux** de santé
- **Objectifs quantifiés**

Plateaux techniques : les 5 niveaux

annexe 1 de la circulaire du 05 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération

- Proximité
- Intermédiaire
- Recours
- Régional
- Interrégional

Graduation des soins utilisée par les régions

REGION	Nombre total de niveaux de soins	Niveaux de soins					Niveau supplémentaire
		proximité	intermédiaire	recours	région	interrégion	
Ile-de-France	2			X	X		
Champagne-Ardenne	3			X	X	X	X (villes)
Franche-Comté	3			X	X	X	
Haute-Normandie	4	X		X	X	X	
Lorraine	4	X		X	X	X	
Alsace	4	X		X	X	X	
Bretagne	4	X		X	X	X	
Limousin	4	X		X	X	X	
Rhône-Alpes	4	X		X	X	X	
Auvergne	4	X		X	X	X	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4	X		X	X	X	
Corse	4	X		X	X	X	
Nord - Pas-de-Calais	5	X		X	X	X	X (département)
Picardie	5	X	X	X	X	X	
Centre	5	X	X	X	X	X	
Basse-Normandie	5	X	X	X	X	X	
Bourgogne	5	X	X	X	X	X	
Poitou-Charentes	5	X	X	X	X	X	
Aquitaine	5	X	X	X	X	X	
Midi-Pyrénées	5	X	X	X	X	X	
Languedoc-Roussillon	5	X	X	X	X	X	
Pays-de-Loire	6	X	X	X	X	X	X (département)

Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification
Coldefy M, Lucas-Gabrielli V

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS101_Approches_regionales_des_territoires_de_sante.pdf

Hypothèse : paradoxe flux – fonction

(Mintzberg)

- Pour tous les SROS : forte logique de **flux** appuyée sur l'analyse du PMSI.
- Parfois association d'une forte logique de **fonction** en appliquant une graduation des plateaux techniques de rééducation fonctionnelle.
- Si difficultés d'intégration aigu / post-aigu :
 - tendance à **dé-différencier le post-aigu et à le restructurer selon une logique de flux / résultats du court séjour**. (Lawrence et Lorsh)
- Logiques fortement connectées au système d'information
 - PMSI , GAIN.

Critères retenus pour l'étude

- **Typologies régionales des SSR : SS - RRF**
- **Variantes des thématiques supplémentaires**
- **Approche du thème « Accident Vasculaire Cérébral »**
- **Recherche d'un « noyau dur » structurant en MPR**
 - réadaptation neurologique et locomotrice (Belgique)
- **Graduation des soins: 3 critères**
 - territorialité, subsidiarité, spécialisation verticale
- **Éléments intégrateurs**
 - Consultations avancées en court séjour, équipes mobiles pluriprofessionnelles (ECO), coordinations SSR, Démarche Précoce d'Insertion (DPI)
- **Utilisation de la méthodologie GAIN**

Résultats

- **SROS 3 de France métropolitaine** : 22 documents en ligne, de volume variable.
- **Typologie et terminologie très hétérogènes**
 - SSR, SS+RF, SS+MPR, SS+réadaptation,
 - Soins de Réadaptation Post-Réanimation ou SAS (8), Soins de Suite Lourds ou Soins de Suite Prolongés (5).
- **Thématiques supplémentaires diverses**
 - AVC (9), handicap (1).

Résultats (suite)

- **Graduation des soins**

- 6 répondent aux 3 critères, dont 5 avec présence du « noyau dur » MPR en SSR: locomoteur + système nerveux
- Cas particuliers : Basse Normandie, Rhône – Alpes.

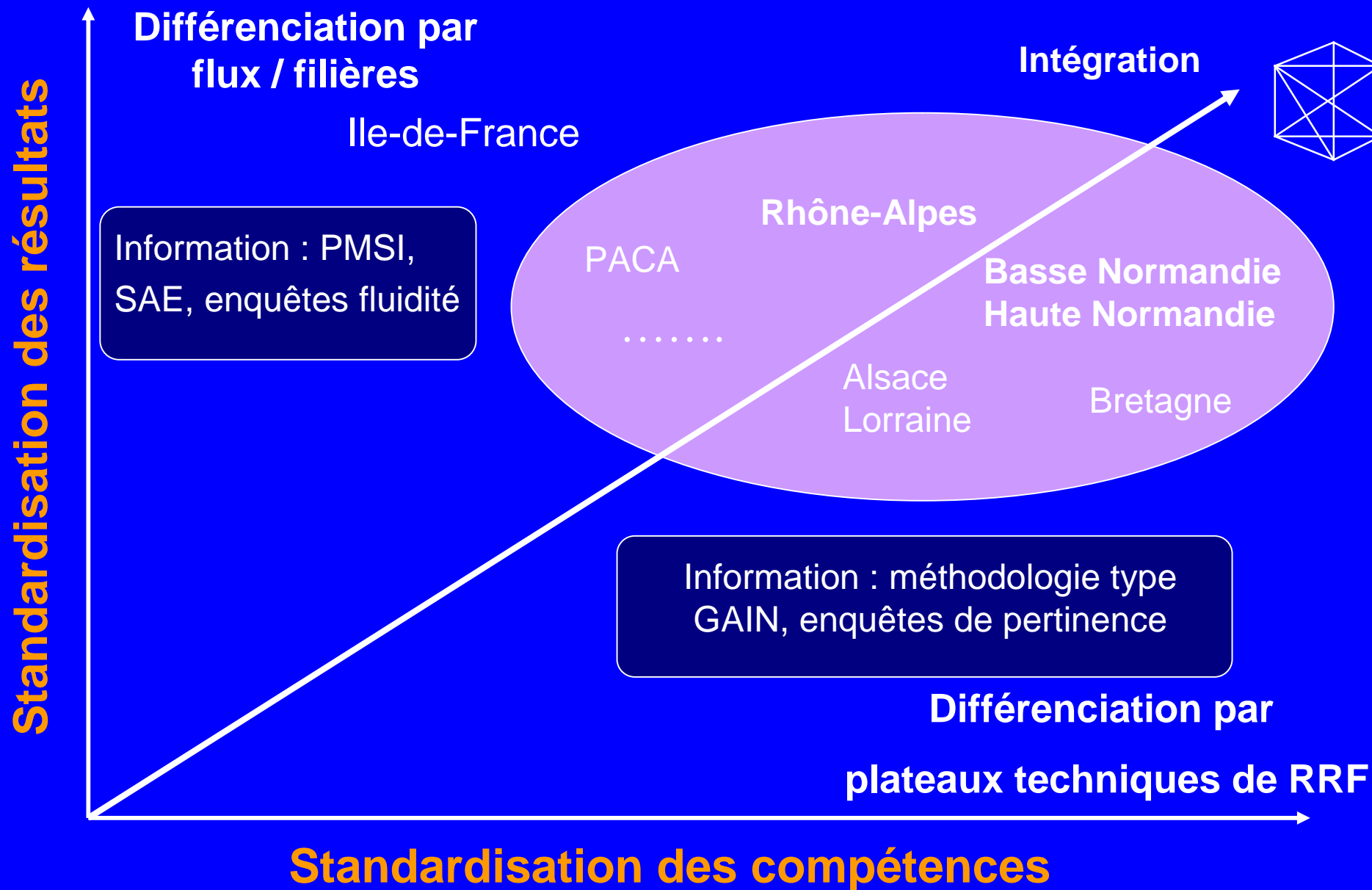
- **Éléments intégrateurs**

- Consultations avancées (5),
- Équipe d'évaluation, orientation génériques (9 à 10), parfois associées à des équipes thématiques (AVC,TC),
- Coordination SSR, démarche précoce d'insertion DPI (2).

- **Utilisation de la méthodologie Gain**

- présente dans les bilans des SROS 2,
- rarement retrouvée dans les SROS 3 sauf dans les critères de suivi de certaines régions.

Logiques de flux et fonction dans les SROS 3



Nouvelles autorisations: un modèle gradué possible d'après le SROS 3 de Basse Normandie

Centres de référence régionaux ou interrégionaux

MPR Cérébrolésés complexes	MPR Blessés médullaires	MPR Grands brûlés	Autres SSR spécialisés
----------------------------------	----------------------------	----------------------	---------------------------

Niveau de recours

Graduation des plateaux techniques de rééducation et réadaptation fonctionnelle

·? SSR polyvalents <i>lourds</i> ?	Soins de Réadaptation Post-Réanimation	Réadaptation locomotrice et/ou neurologique = MPR	Enfants et adolescents	Cardio-vasculaire	Pneumologique	Pers. âgées polypathologiques	Onco-Hématologie	Conduites addictives	Digestif, nutritionnel métabolique
------------------------------------	--	---	------------------------	-------------------	---------------	-------------------------------	------------------	----------------------	------------------------------------

Intermédiaire

SSR polyvalents (*légers*?)

? = Questions en suspens

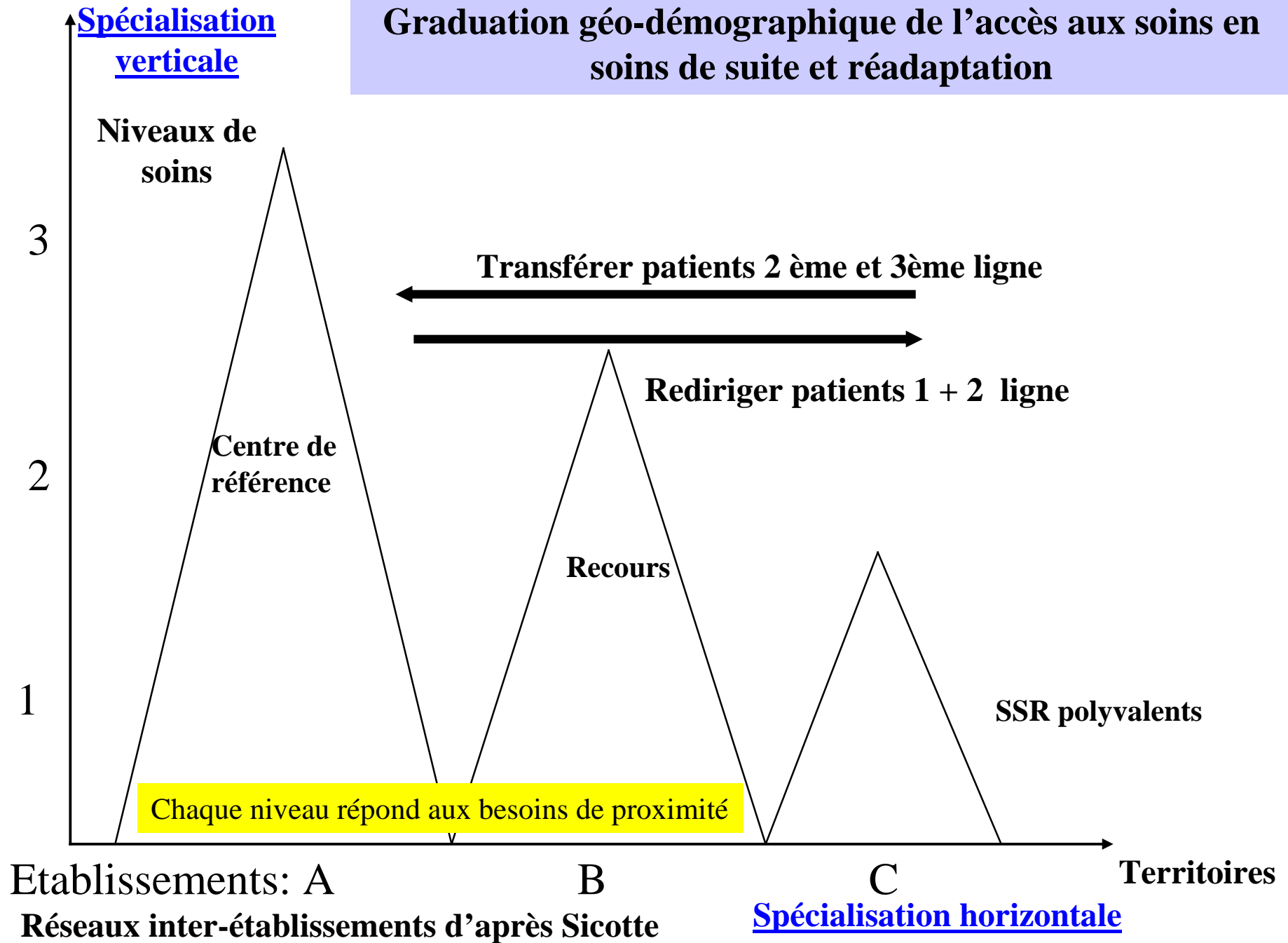
Proximité

Médecins, rééducateurs de ville

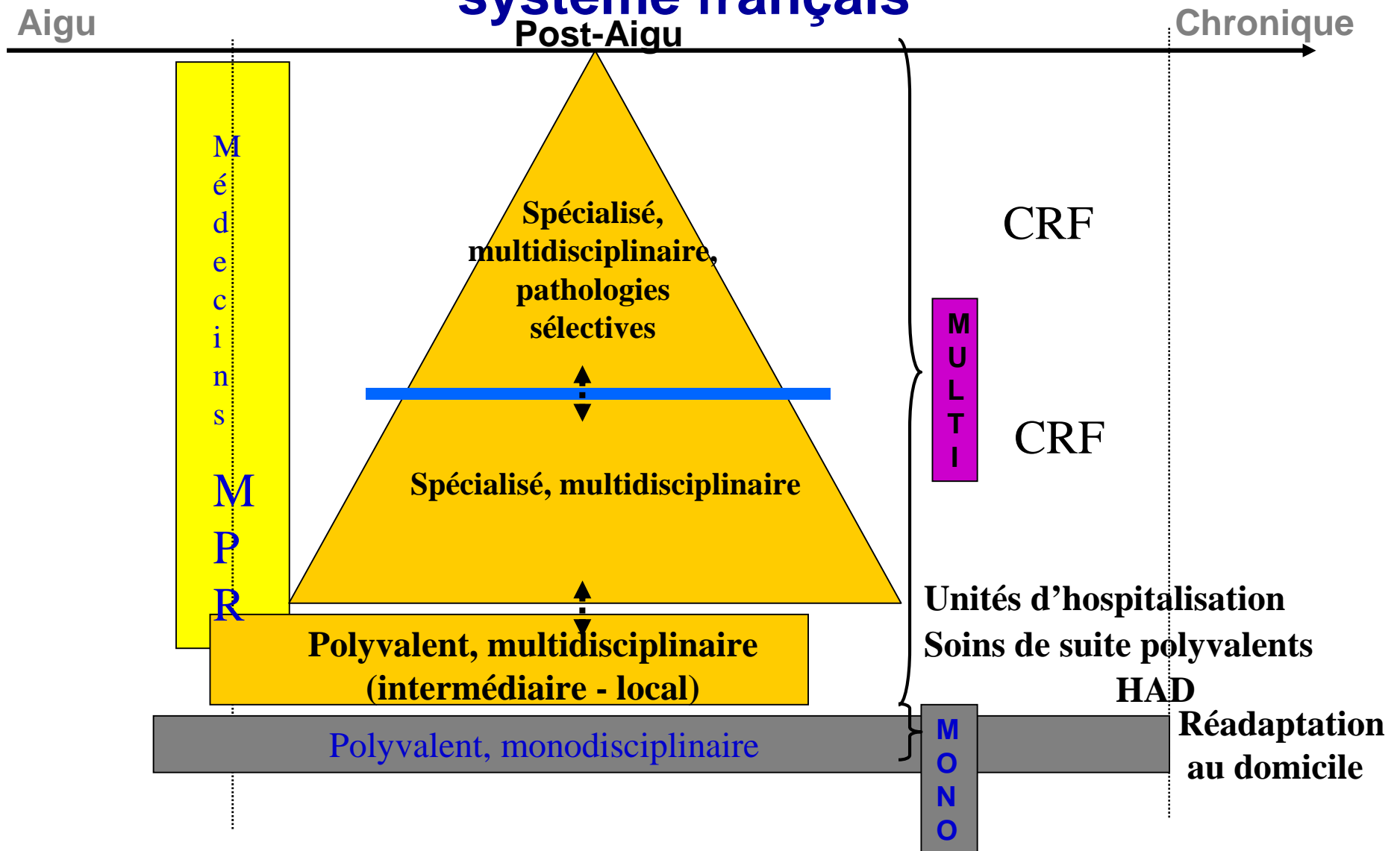
Services centraux de MPR

Alternatives

Graduation géo-démographique de l'accès aux soins en soins de suite et réadaptation

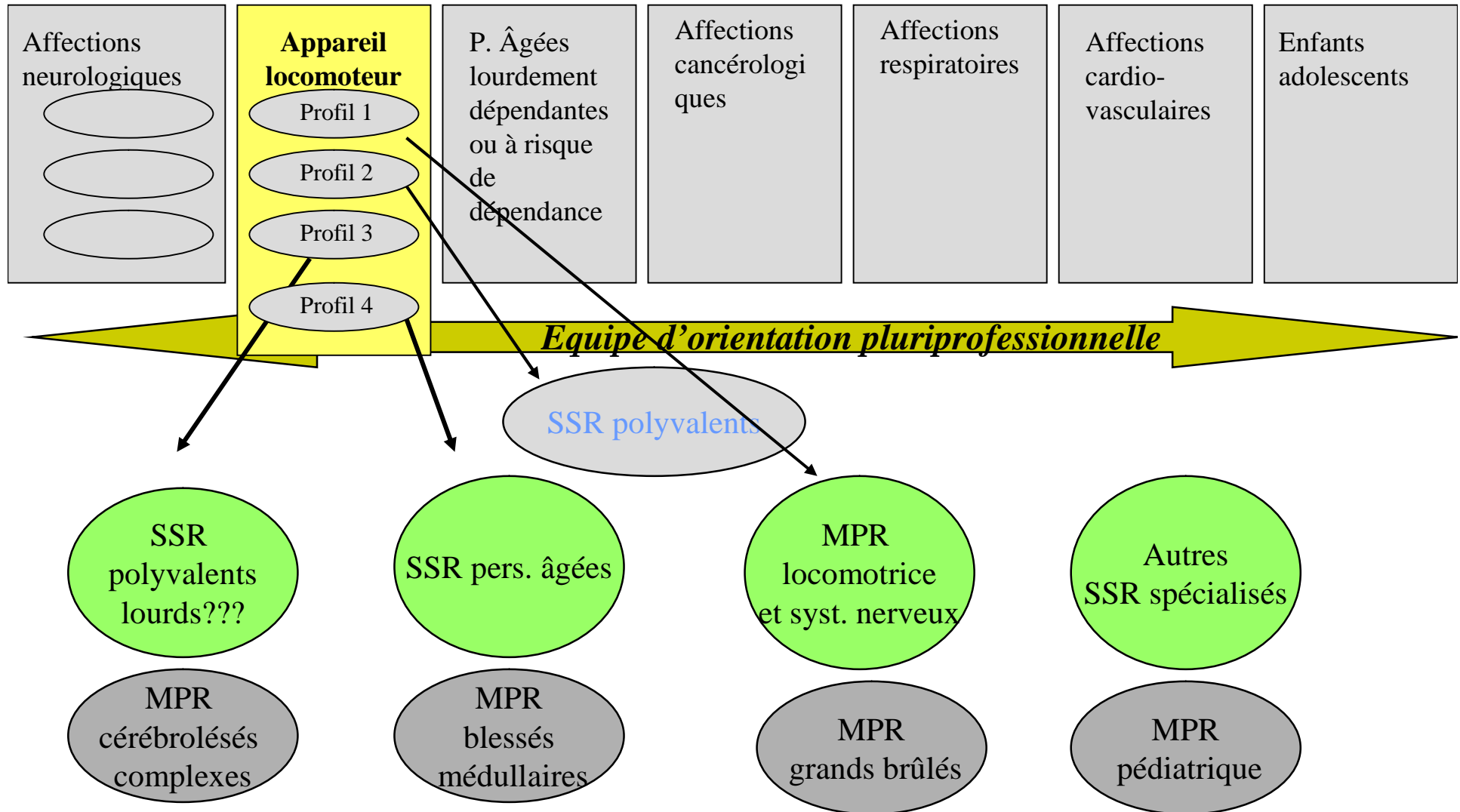


Modèle stratifié de réadaptation: schéma du système français



Organisation et financement de la réadaptation locomotrice et neurologique en Belgique
 Centre fédéral d'expertise des soins de santé. 2007

Liaison fonctionnelle aigu / post – aigu: modèle Rhône-Alpes

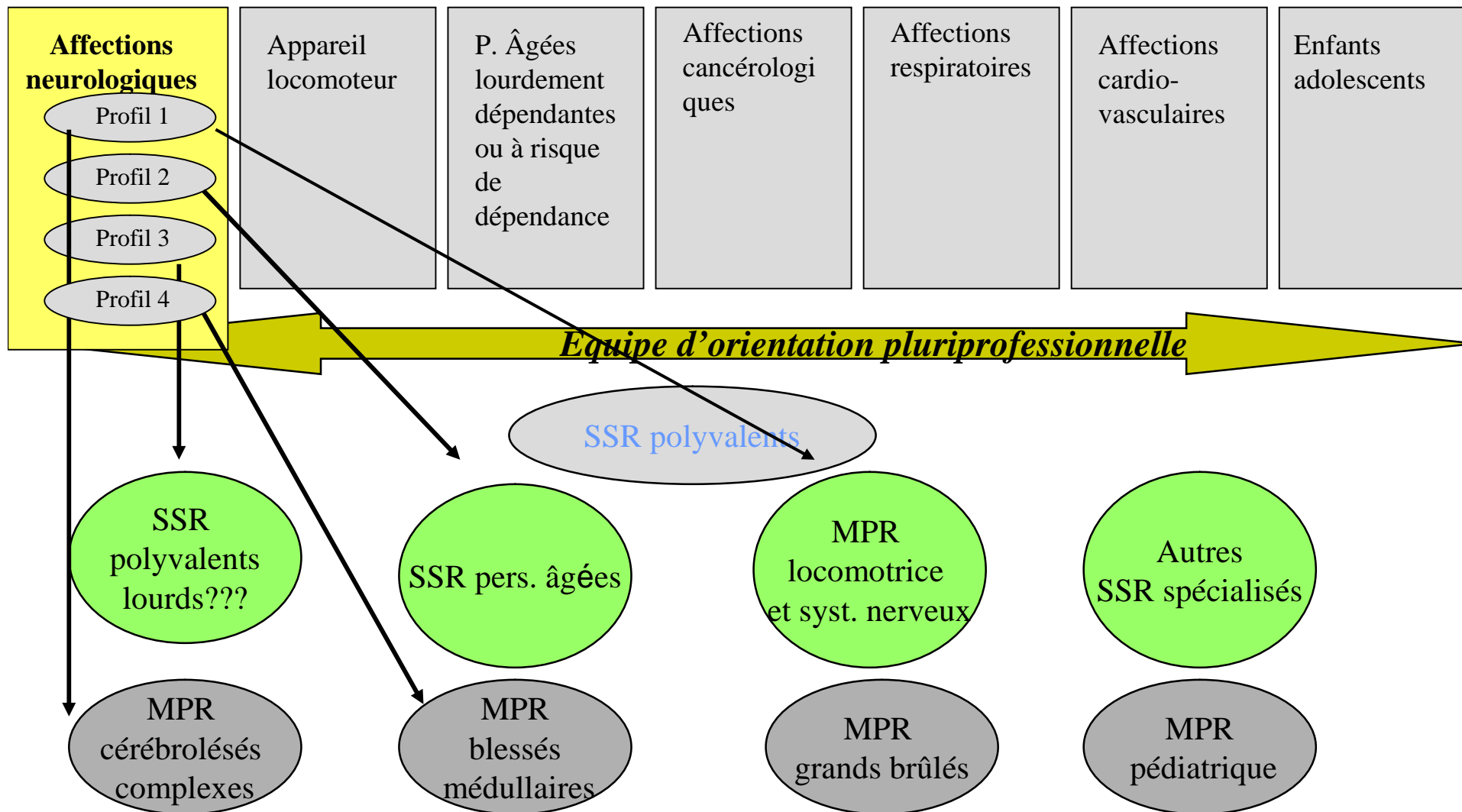


Annuaire finalisé des SSR « Rhône -Réadaptation »

Basé sur le thésaurus des situations requérant des SSR

1 « profil fonctionnel » = 1 type de SSR

Liaison fonctionnelle aigu / post –aigu: modèle Rhône-Alpes



Annuaire finalisé des SSR « Rhône -Réadaptation »

Basé sur le thésaurus des situations requérant des SSR

1 « profil fonctionnel » = 1 type de SSR

Conclusion: révision des SROS 3

- L'activité de « rééducation fonctionnelle » constitue un ensemble de **procédés spécialisés et structurants** (confrontations aux RBP par l'Evaluation des Pratiques Professionnelles).
- Qui s'inscrit dans le **paradigme de la réadaptation médicale** comme **champ d'activité** à prendre en compte dans les SROS.
- Qui doivent être décliné en programmes de soins:
 - en conciliant les logiques de **flux et les contraintes techniques** qui président aux interventions,
 - par une intégration fonctionnelle des acteurs régionaux : gouvernance clinique,
 - dans un **réseau gradué et intégré** de soins de santé favorisant en temps opportun le juste soin au juste coût.

Les configurations organisationnelles selon Mintzberg

Les caractéristiques des configurations	Mécanisme de coordination principal	Partie clé de l'organisation	Facteurs de contingences les plus fréquents
L'organisation entrepreneuriale	Supervision directe	Sommet stratégique	Jeunesse, petite taille, système technique simple
La bureaucratie mécaniste	Standardisation des procédures	Technostructure	Grande taille, ancienneté
L'organisation professionnelle	Standardisation des <u>qualifications</u>	Centre opérationnel	Marché homogène et stable
L'organisation divisionnalisée	Standardisation des <u>résultats</u> (output, T2A)	Ligne hiérarchique	Grande taille, ancienne, marchés diversifiés
L'organisation innovatrice	Ajustement mutuel	Support logistique et centre opérationnel	Jeunesse, taille moyenne, système technique de pointe, marché changeant
L'organisation missionnaire	Standardisation des normes		

Henry Mintzberg: Structure et dynamique des organisations, Edition d'organisations