
Evolution des régimes d'autorisation : Soins de suite et de réadaptation

1^{ère} réunion du groupe de travail plénier du 12 octobre 2018

Contexte

Organisation des travaux

Etat des lieux

Les textes du SSR

Etat des lieux

L'offre et l'activité SSR

Les axes de réflexion pour le SSR?

LA RÉFORME DES AUTORISATIONS AU CŒUR DES ENJEUX DE « MA SANTÉ 2022 »

La réforme des autorisations d'activités de soins est considérée comme **l'une des 10 mesures** phares du programme « Ma santé 2022 » et constitue un levier important de transformation.

Ainsi, la réforme des autorisations contribuera à **deux des trois engagements majeurs** de « Ma santé 2022 » :

- **Axe n°1 : Favoriser la qualité et replacer le patient au cœur du soin**



« Point 1.1 : Améliorer la qualité et la pertinence des prises en charge »

- **Axe n°2 : Créer des collectifs de soins au service des patients**



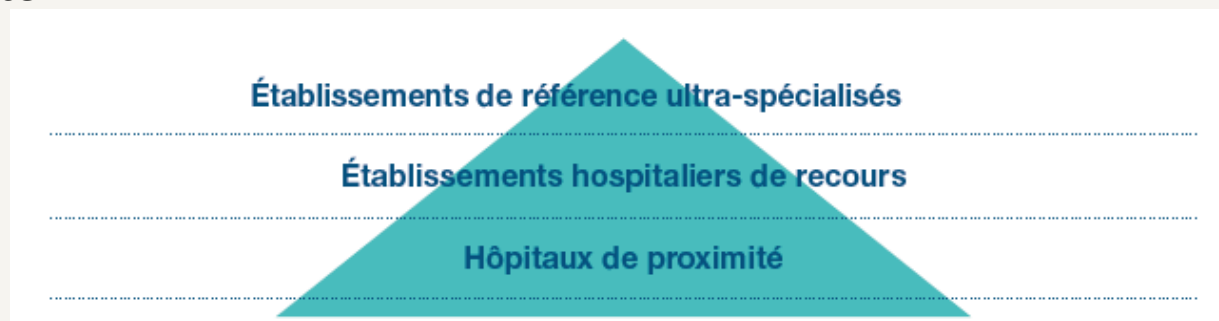
« Point 2.1 : Améliorer l'organisation des soins de proximité »



« Point 2.3 : Accompagner la réorganisation des hôpitaux pour qu'ils prennent place dans la nouvelle organisation des soins de proximité et garantissent des soins de qualité »

Cette réforme doit permettre l'émergence d'une **logique globale de gradation** tout en s'appuyant, dès que pertinent, sur des systèmes de **seuils d'activité** dans un contexte de renforcement de la **qualité et de la pertinence**.

*Logique de gradation de
« Ma santé 2022 »*



Elle se concrétisera par un premier « pack » de mesures réglementaires mi-2019 avant son achèvement fin 2019 pour **une entrée en vigueur courant 2020-2021**.

UNE COORDINATION ÉTROITE ENTRE LES ENJEUX DE LA RÉFORME DES AUTORISATIONS ET DE « MA SANTÉ 2022 »

Les enjeux qui guident la réforme des autorisations depuis son origine sont **en adéquation avec les enjeux de « Ma santé 2022 »** et s'inscrivent dans le même mouvement vers la définition **d'une organisation territoriale structurée, graduée, ainsi qu'une démarche qualité améliorée.**

Les enjeux de la réforme des autorisations

1

Amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge des patients

Déterminer un **socle minimal** en termes de normes de structure

Proposer des règles relatives à la **prise en charge** et au **parcours des patients** (prise en compte de l'amont et de l'aval)

Introduire des dispositions sur la **démarche qualité / gestion des risques**

2

Territorialisation de l'offre en lien avec les mouvements de coopération entre acteurs

Encourager le « **faire ensemble** » (toutes les organisations de coopération entre les structures et professionnels de santé)

Promouvoir une **approche territoriale de l'offre** (notamment par la gradation), garantissant aux patient l'accès à une offre adaptée à ses besoins

3

Introduction de l'innovation en santé au service des patients

Encourager les **nouvelles pratiques**, notamment dans le cadre de prises en charge ambulatoires

Faire une place aux nouvelles techniques, technologies, **stratégies thérapeutiques**

Les enjeux de « Ma santé 2022 »

Axe n°1.1 : Améliorer la qualité et la pertinence des prises en charge

Axe n°2.1 : Améliorer l'organisation des soins de proximité

Axe n°2.3 : Accompagner la réorganisation des hôpitaux

AUTORISATIONS D'ACTIVITÉS DE SOINS ET D'ÉQUIPEMENTS MATÉRIELS LOURDS (EML) : DE QUOI S'AGIT-IL ?

18 activités de soins sont autorisées par le Code de la Santé Publique :

Activité de soins	Ancienneté des CI et CTF (années)
Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale	20
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale	16
Chirurgie cardiaque	12
Médecine d'urgence	12
Réanimation	12
Activités cliniques et biologiques d'AMP et activités biologiques de DPN	12
Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques	11
Traitement des grands brûlés	11
Neurochirurgie	11
Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie	11
Traitement du cancer	11
Soins suite et de réadaptation	10
Génétique	10
Activités interventionnelles sous imagerie, par voie endovasculaire, en cardiologie	9
Médecine	Pas de CI/CTF
Chirurgie	Pas de CI/CTF
Psychiatrie	Pas de CI/CTF
Soins de longue durée	Pas de CI/CTF

5 autorisations spécifiques pour des équipements médicaux lourds : IRM, Scanner, TEP Gamma, Caissons HB et Cyclotron

DES « MANQUES » ET DES NIVEAUX DE PRÉCISION TRÈS VARIABLES

Chirurgie

Autorisation existante ✓

Absence de conditions d'autorisation générales ; existence seulement d'un encadrement de la neurochirurgie et de la chirurgie cardiaque

✗

Médecine

Autorisation existante ✓

Absence de conditions d'autorisation (générales ou spécifiques)

✗

Imagerie

Pas d'autorisation ✗

Absence de conditions d'autorisation d'activité – approche par équipement (sont autorisés des IRM et scanners)

Interventionnel

Pas d'autorisation globale ✗

Absence de conditions d'autorisation générales ; existence seulement d'un encadrement de la neuroradiologie et de la cardiologie interventionnelle

Médecine nucléaire

Pas d'autorisation ✗

Absence de conditions d'autorisation d'activité – approche par équipement (sont autorisés des TEP scan et des gammas caméras)

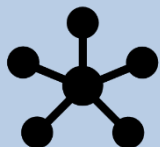
Implication : un flou juridique pour l'ensemble des acteurs (patients, offreurs de soins, partenaires, ARS) pouvant se traduire par des recours hiérarchiques ou contentieux

RAPPEL DU CADRE GÉNÉRAL DU DROIT DES AUTORISATIONS D'ACTIVITÉS DE SOINS

Le champ du régime des autorisations



L'une des 18 activités de soins



Une alternative à l'hospitalisation



Un équipement matériel lourd

Le type d'opération couvert par le régime des autorisations



Création

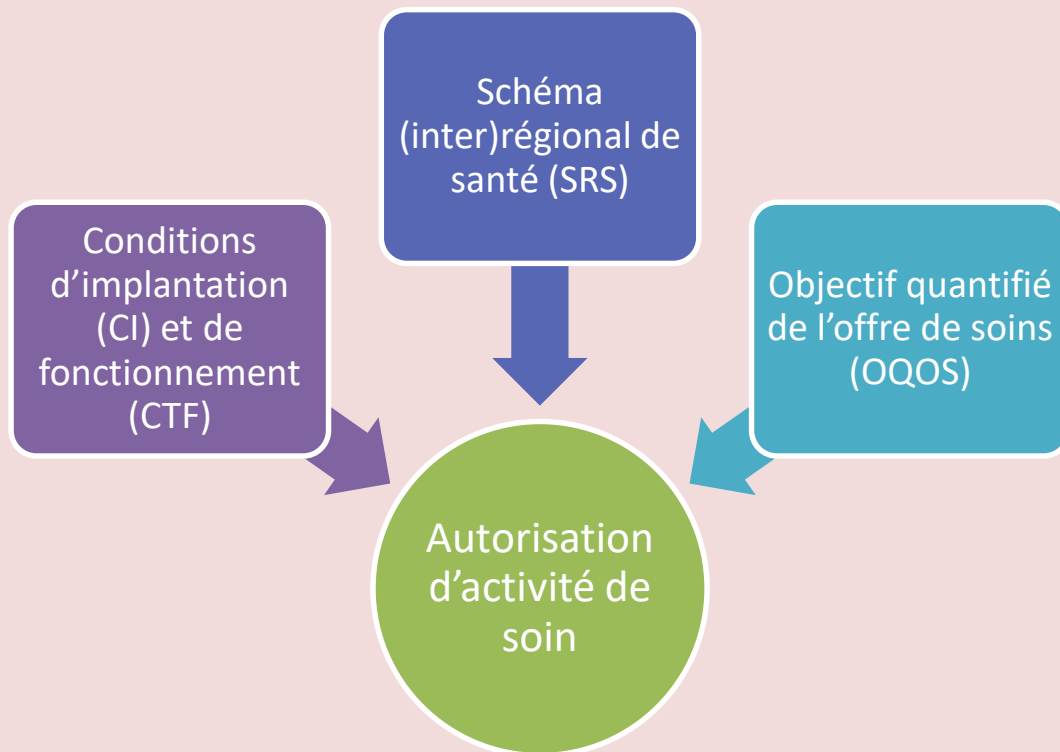


Conversion



Regroupement

Les conditions d'obtention d'une autorisation



LES MULTIPLES CANAUX DE LA RÉGULATION DE L'OFFRE DE SOINS

Recommandations et plans nationaux

Les sociétés savantes aussi bien que de nombreuses agences de l'Etat (HAS, INCa, ASN) définissent des bonnes pratiques et des recommandations à destination des professionnels afin de renforcer la qualité et la sécurité de leurs prestations

Autorisation sanitaire

La loi et ses décrets d'application définissent des conditions minimales d'exercice d'une activité afin d'éviter les dérives et de proposer un socle commun par activité : conditions d'implantations (dont certaines impactent les OQOS en implantation des PRS SRS) et conditions techniques de fonctionnement.



Modèles de financements

Le ministère de la santé, définit des modèles de financements qui privilégient la pertinence des actes et l'efficacité des établissements de santé en coordination avec l'Assurance maladie qui définit des tarifs conventionnels.

Certifications

Les systèmes de certifications, notamment de la HAS, permettent aux acteurs de disposer régulièrement d'une analyse de leur organisation à des fins d'amélioration continue.

Le droit des autorisations sanitaires n'est que l'un des outils de régulation de l'offre de soins. Par ailleurs, en raison de sa nature particulière de « barrière » à l'entrée du secteur de l'offre de soins, ce régime doit être utilisé en tenant compte de cette dimension « opposable » de ses normes.

Ainsi, certaines idées et propositions des GT, pourront être portées par d'autres leviers de changement que les autorisations pour une effectivité plus importante.

UNE MISE EN ŒUVRE DE LA RÉFORME DES AUTORISATIONS D'ACTIVITÉS EN PLUSIEURS SÉQUENCES SUCCESSIVES

Après les travaux menés par les GT, la concertation et les arbitrages ministériels, les décrets sont publiés au J.O. Ils prévoient des mesures transitoires afin de préparer les ARS et les acteurs aux évolutions à venir.

Adoption des décrets

Rénovation des PRS

Les ARS mettent à jour leurs PRS comprenant les SRS et les OQOS en implantation, documents nécessaires à l'application des nouvelles mesures. Chaque ARS ajuste ses documents en fonction d'états des lieux locaux et adaptés à la situation.

Une fois les PRS connus, les acteurs du secteur se mettent en conformité avec les nouvelles règles et, le cas échéant, déposent de nouveaux dossiers auprès des ARS dans le cadre d'une période de fenêtre de dépôt de demande d'autorisation ouverte par l'ARS après publication du PRS SRS révisé.

Mise en conformité

Entrée en vigueur

Après une période d'analyse des nouveaux dossiers et/ou de la mise en conformité des acteurs, les textes entrent pleinement en vigueur et sont opposables.

Une période transitoire plus longue à compter de la nouvelle autorisation ARS pourra être fixée par décret s'agissant de la mise en conformité de certaines CI (nouveaux seuils) et CTF.

MÉTHODE DE TRAVAIL

Démarche participative

Association des partenaires
en amont et au plus près

Mise en place de comités et de
groupes de travail pour
associer chacun en fonction de
son expérience ou expertise

Démarche prospective

Association des experts
scientifiques pour anticiper au
mieux les évolutions à venir

Expertise réalisée en totale
autonomie / indépendance

Expertise portant sur les évolutions
thérapeutiques, technologiques,
techniques...

Association des experts en amont et
pendant les réunions

Démarche progressive

Travaux menés par étapes

Travaux sur les mesures de simplification
et modernisation d'ordre procédural

Travaux sur les mesures de simplification
et modernisation des « décrets d'activité »

RAPPEL DU CHEMIN CRITIQUE DE TRAVAIL DE CHAQUE GROUPE DE TRAVAIL

Observer

- **Réaliser un état des lieux partagé des activités concernées**
 - Sur la base de données d'activité, de conclusions d'experts, de réflexions, ...
 - de façon à identifier les points forts / points faibles, limites / nécessités, ...
- **Se mettre d'accord sur des axes prioritaires de travail**
 - Déterminer, avec les acteurs les principaux axes de travail .
 - Prioriser les sujets à aborder en accord avec les acteurs.

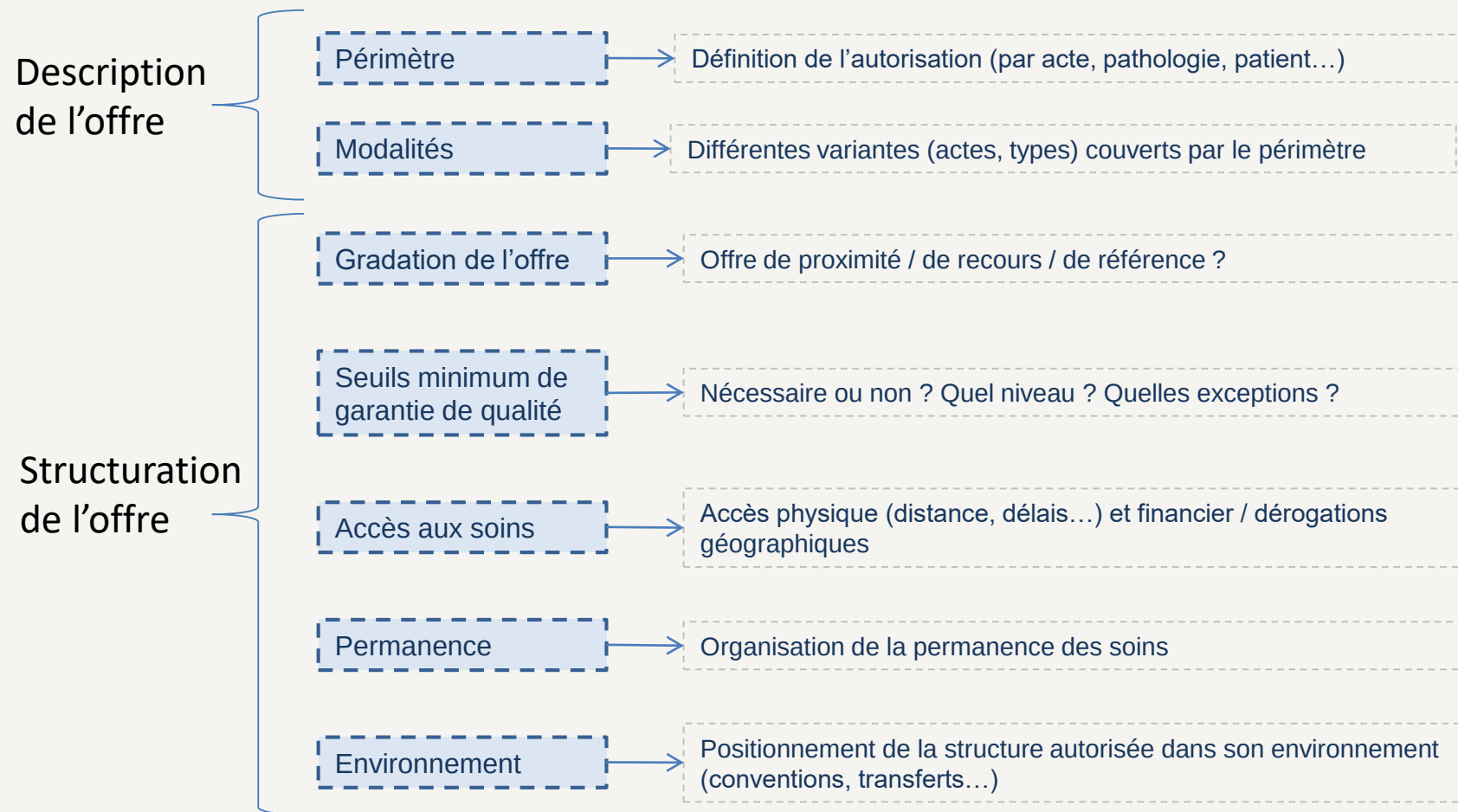
Construire

- **Proposer de nouvelles conditions d'implantation des activités**
 - Définition, visée, périmètre, accès, proximité vs recours, gradation (types 1/2/3?), permanence des soins ;
 - Liens avec l'environnement (coopérations, mutualisation, le cas échéant GHT).
- **Proposer de nouvelles conditions de fonctionnement des activités**
 - Ressources humaines (équipes, compétences, formations, expériences,...) et matérielles au sens large (locaux, équipements, SI,...) ;
 - Prise en charge du patient et dispositions spécifiques de qualité et de sécurité incluant les seuils d'activité.

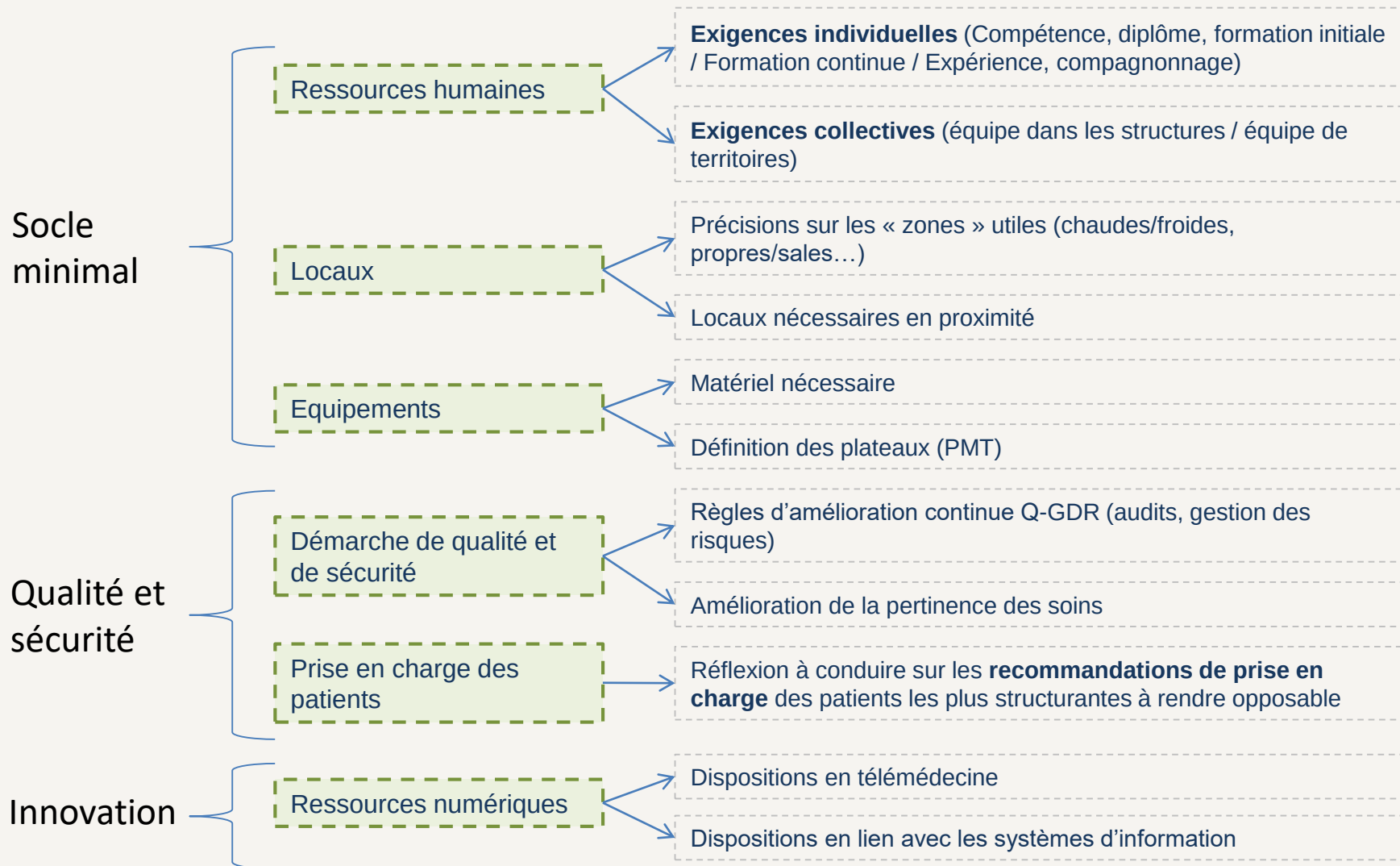
Proposer

- **Proposer un pré-projet de décret sur l'activité de soin concernée**
 - Sur la base de données des travaux en groupe de travail
 - de façon à proposer une base de travail stable pour la phase de concertation ultérieure

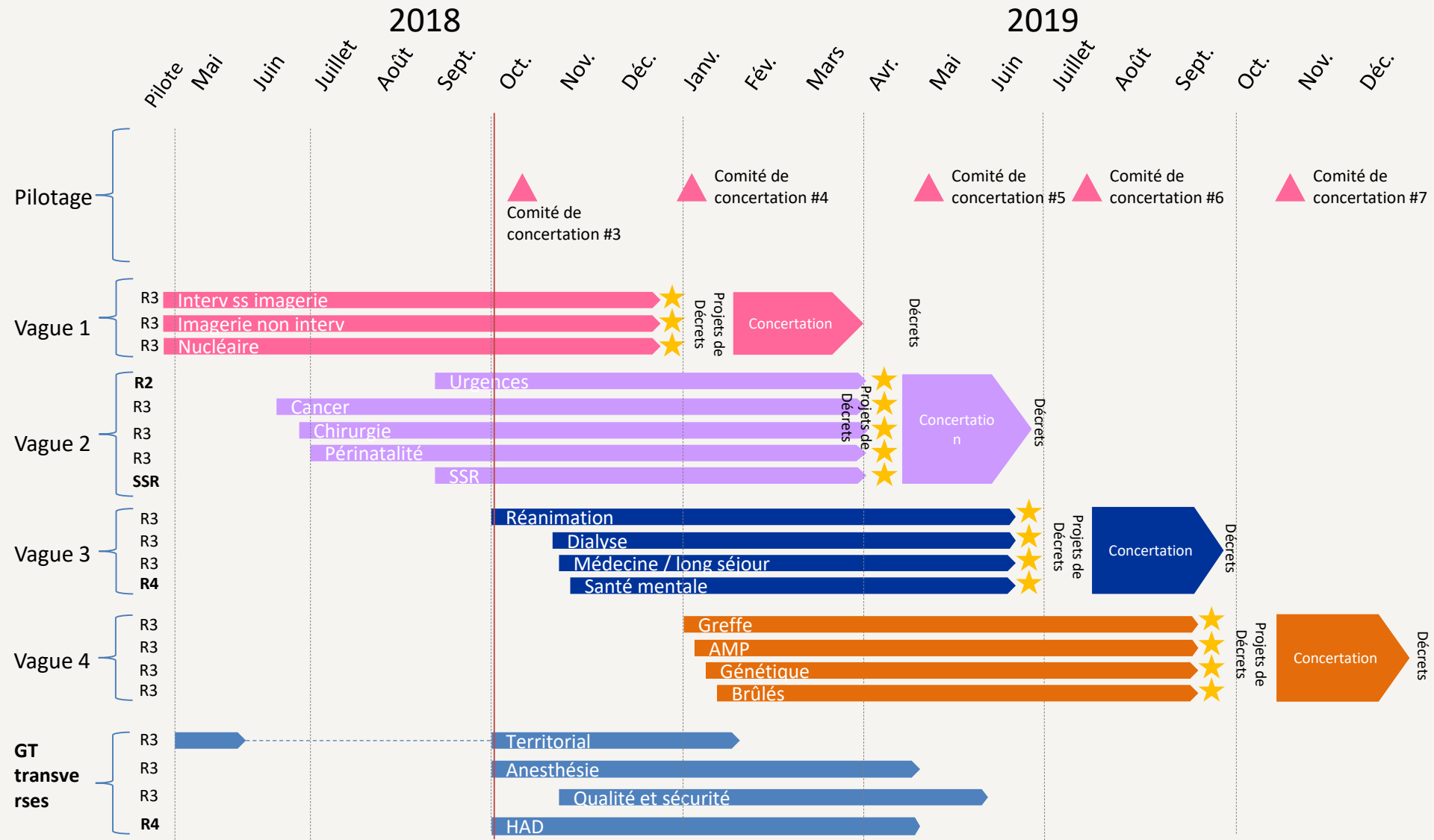
LES CONDITIONS D'IMPLANTATION



LES CONDITIONS TECHNIQUES DE FONCTIONNEMENT



PLANNING GÉNÉRAL DE L'ANNÉE 2018-2019



Contexte

Organisation des travaux

Etat des lieux
Les textes du SSR

Etat des lieux
L'offre et l'activité SSR

Les axes de réflexion pour le SSR?

L'activité est soumise à **Autorisation du DGARS**

L. 6122-1 CSP

L'activité doit répondre aux **Besoins de santé de la population**

et être compatible avec les **Objectifs quantifiés de l'offre de soins / OQOS**

et satisfaire à des **Conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement**

L. 6122-3, D. 6121-6, D.6121-7 et D. 6121-10 CSP

1. Conditions d'implantation *Décret en CE n° 2008-377 du 17 avril 2008 => Art. R. 6123-118 à R. 6123-126 CSP*

Objet: *prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité et de promouvoir la réadaptation et la réinsertion. Comprend le cas échéant des actes à visée diagnostique ou thérapeutique.*

Obligation d'assurer

Définition

1. *Les soins médicaux, la rééducation et la réadaptation (afin de limiter les handicaps, de prévenir la dépendance, de favoriser l'autonomie)*
2. *Des actions de prévention et d'éducation thérapeutique (patient et son entourage)*
3. *La préparation et l'accompagnement à la réinsertion*

Organisation des prises en charge avec d'autres établissements de santé

- *Si autorisation d'htp seulement, convention obligatoire avec établissement SSR qui a autorisation hospitalisation complète*
- *Convention avec établissements dispensant des soins de courte ou longue durée*
- *Convention avec établissements SSR accueillant les catégories de patients/affections dont ils ne disposent pas*

Organisation de coordination de prise en charge, du suivi et de la réinsertion des patients

Conventions organisant les coopérations avec d'autres établissements/services/personnes, notamment structures médico-sociales.

Participation au réseau de prise en charge des urgences.

Obligation d'assurer une mission d'expertise et de recours *auprès d'autres établissements de santé et médico-sociaux*

2. Conditions d'implantation - La définition des différentes catégories de SSR

Décret en CE n° 2008-377 du 17 avril 2008 => Art. R. 6123-120, 122 et 126 et Art. R. 2321-1

- **L'autorisation mentionne si l'établissement prend en charge des enfants ou des adolescents (à titre exclusif ou non)**

Non identifié en tant que prise en charge spécialisée

Tranches d'âge: 0 à 6 ans et plus de 6 ans et adolescents.

Age plafond non défini

Obligation d'assurer l'ensemble des aspects sanitaire, éducatif, psychologique et social.

Établissement saisonnier si fermeture plus de 3 mois/an consécutifs.

MECS exerçant l'activité de SSR

Pertinence de statut MECS

- **Prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles de 9 catégories d'affections**

Affections de l'appareil locomoteur

Affections du système nerveux

Affections cardio-vasculaires

Affections respiratoires

Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien

Affections onco-hématologiques

Discussion pour cancéro

Affections des brûlés

Affections liées aux conduites addictives

Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance.

Absence totale de l'intitulé SSR polyvalent

1. Conditions techniques de fonctionnement – Conditions générales

Décret simple n° 2008-376 du 17 avril 2008 => D. 6124-177-1 à D. 6124-177-9 CSP

Un bilan initial et un projet thérapeutique pour chaque patient. Objectifs et durée prévisible réévalués obligatoirement si séjour > 3 mois.

Traçabilité?

Une ou plusieurs équipes pluridisciplinaires (au moins médecin, IDE, assistant social), compétences paramédicales, psychologiques, sociales et éducatives.

Un ou plusieurs médecins coordonnateurs, de formation et expérience adaptée à la spécialisation SSR.

Des effectifs adaptés au nombre de patients et à la nature et à l'intensité des soins.

Interventions possibles sur le lieu de vie et autres structures d'accueil du patient (art D. 6124-177-1)

Continuité médicale des soins (organisation pouvant être commune à plusieurs établissements) :

Délai d'intervention médicale compatible avec la sécurité du patient.

Un infirmier au moins est présent en permanence sur le site où sont hébergés les patients.

Locaux/équipements :

Rien sur plateau technique

1 ou 2 lits par chambres. Des espaces nécessaires à la présence de l'entourage et des espaces de convivialité.

Des espaces de rééducation (au moins 1 salle équipée pour la prise en charge de plusieurs patients avec un accès aux fluides médicaux). Un chariot d'urgence accessible en permanence.

Accès à un plateau d'imagerie médicale (possible par convention) et possibilité de faire réaliser des analyses de biologie médicale.

Réseau des urgences: transmission régulière du répertoire opérationnel de ses ressources

2. CTF particulières à la prise en charge des enfants ou adolescents

Décret simple n° 2008-376 du 17 avril 2008 => D. 6124-177-10 à D. 6124-177-53 CSP

■ **L' équipe pluridisciplinaire**

Un médecin coordonnateur qualifié en médecine générale ou spécialiste en pédiatrie ou MPR , ou autre spécialité liée aux mentions spécialisées. Pour les non pédiatres, formation ou expérience attestée en pédiatrie.

Si accueil d'enfants placés sous oxygénothérapie ou ventilation artificielle ou bénéficiant d'une alimentation parentérale -> médecin qualifié spécialiste en pédiatrie + équipe formée à l'utilisation des appareils. Continuité médicale assurée par pédiatre ou médecin compétent en pédiatrie.

Si l'établissement n'est pas autorisé à exercer les activités d'urgences et de réanimation : passage de conventions.

Si enfants < 6ans: IDE puer. Educ de jeunes enfants ou éduc spécialisés. Autres membres formés à la prise en charge d'enfants et adolescents.

- **Le projet thérapeutique est élaboré avec le patient et sa famille.**
- **Instruction obligatoire (articles L. 131-1 et suivants du code de l'éducation)**
- **Chambres à 4 lits maximum (par dérogation aux conditions générales, 2 pour les adultes)**

LA PARTICULARITÉ DES MECS

Art L2321-2: Les maisons d'enfants à caractère sanitaire sont des établissements permanents ou temporaires, destinés à recevoir, sur certificat médical, des enfants ou adolescents de trois à dix-sept ans révolus, en vue de leur assurer des soins de suite ou de réadaptation.

Art R6123-122: Constitue, au sens de l'article L. 2321-2, une maison d'enfants à caractère sanitaire permanent un établissement dont l'activité, qui s'exerce pendant plus de neuf mois par an, se caractérise notamment par des prises en charge longues, qui peuvent être répétées, en dehors des périodes de scolarisation et qui nécessitent un recours à des professionnels socioéducatifs.

Constitue une maison d'enfants à caractère sanitaire temporaire un établissement dont l'activité fait l'objet d'une fermeture au moins trois mois par an et remplit les autres conditions prévues au premier alinéa.

La qualification de maison d'enfants à caractère sanitaire permanent ou temporaire est inscrit dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement.

3. CTF particulières – Prise en charge spécialisée des affections de l'appareil locomoteur

Décret simple n° 2008-376 du 17 avril 2008 => D. 6124-177-17 à D. 6124-177-20 CSP

■ **L' équipe pluridisciplinaire**

Un médecin coordonnateur spécialiste en MPR, à défaut formation attestée.

Au moins des compétences de masseur-kinésithérapeute et d'ergothérapeute.

■ **Organisation des soins**

Une prise en charge dans au moins 2 pratiques thérapeutiques parmi la masso-kinésithérapie, l'ergothérapie, l'orthoprothésie, la psychomotricité. Possibilité de prise en charge en activité physique adaptée.

Chaque jour ouvré, au moins 2 séquences de traitement dont au moins 1 de soins individualisés.

■ **Equipements obligatoires**

Des équipements d'électrophysiothérapie et une balnéothérapie sur place.

Sur place ou par convention: atelier d'ajustement d'aides techniques, à un atelier d'appareillage et confection de prothèses et laboratoire d'analyse du mouvement.

3. CTF particulières – Prise en charge spécialisée des affections de l'appareil locomoteur

Circulaire n° DHOS/O1/2008/305

- **Les patients accueillis:** *rééducation de plus de 2h/j pour adulte, appareillage et aides techniques, surveillance médicale, stabilisation au décours d'une prise en charge en court séjour.*
- **L' équipe pluridisciplinaire**
Compétences recommandées de chirurgien orthopédiste et de rhumatologue, accès à CS médico-technique d'appareillage, podologue, équipe d'insertion socio-professionnelle, éducateur, EAPA, diététicien...
- **Organisation des soins**
Continuité des soins: garde ou astreinte médicale, possibilité de kinésithérapie le week-end et jours fériés.
- **Équipements souhaitables :** *plateau de kiné (appareils d'isocinétisme, physiothérapie, rééduc de la marche et l'équilibre, réentraînement à l'effort, salle sport, plateau d'ergothérapie)*
Sur place ou par convention: EMG, atelier fauteuils roulants.

4. CTF particulières. Prise en charge des affections du système nerveux

Décret simple n° 2008-376 du 17 avril 2008 => D. 6124-177-21 à D. 6124-177-25 CSP

■ **L'équipe**

Art D6124-177-17, D6124-177-21 et D6124-177-26: contradictoires

Un médecin coordonnateur spécialiste en MPR ou en neurologie.

Des compétences de masseur-kinésithérapeute, d'ergothérapeute, d'orthophoniste et de psychologue.

■ **Organisation des soins**

Une prise en charge dans au moins 3 des 5 pratiques thérapeutiques parmi masso-kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie, psychomotricité ou prise en charge neuropsychologique.

Chaque jour ouvré, au moins 2 séquences de traitement dont au moins 1 de soins individualisés

■ **Soins de réanimation adulte ou pédiatrique et de neurochirurgie**

Si l'établissement n'est pas autorisé à exercer ces activités: passage de conventions

■ **Equipements sur place ou par convention**

Accès à un plateau technique (électromyographie, électroencéphalographie), à un laboratoire d'urodynamique et à un laboratoire d'analyse du mouvement.

[Diapositive 32](#)

CTF particulières. Prise en charge des affections du système nerveux

Circulaire n° DHOS/O1/2008/305:

- **Les patients accueillis:** *rééducation multidisciplinaire de plus de 2h/j pour adulte, appareillage et aides techniques, surveillance médicale, stabilisation au décours d'une prise en charge en court séjour.*
- **L' équipe pluridisciplinaire**
Compétences recommandées : neurochirurgien, orthopédiste, orthoprothésiste, podologue, diététicien, animateur, enseignant APA, éducateur, équipe d'insertion socio-professionnelle, psychiatre, algologue, urologue, sexologue.
- **Continuité des soins:** *garde ou astreinte médicale, possibilité de kinésithérapie le week-end et jours fériés, un infirmier + un aide soignant la nuit.*
- **Equipements :**
Plateau de kiné (appareils d'isocinétisme, électro-physiothérapie, reprogrammation neuromusculaire, stimulation électrique fonctionnelle, rééduc de la marche et l'équilibre, réentraînement à l'effort, salle sport.
Plateau d'ergothérapie, d'orthophonie, de neuropsychologie.
Accès à atelier d'appareillage, d'aides techniques ou technologiques, atelier de fauteuil roulant.
Salle de sport

CTF particulières – Prise en charge des affections cardio-vasculaires

Décret simple n° 2008-376 du 17 avril 2008 => D. 6124-177-27 à D. 6124-177-31 CSP

■ **L' équipe**

Un médecin coordonnateur spécialiste en cardiologie ou en pathologie cardio-vasculaire ou MPR avec expérience en cardiologie.

Des compétences de masseur-kinésithérapeute et diététicien.

Au moins un infirmier présent dans les espaces de rééducation, un cardiologue y intervient immédiatement en cas de besoin.

■ **Continuité médicale**

Un médecin qualifié spécialiste ou compétent en cardiologie.

Accès à une unité de SI cardiologiques sur place ou par convention.

■ **Equipements**

Un plateau technique (échographe, une installation d'épreuves d'effort, espaces d'entraînement physique + monitorages par télémetrie en nombre adapté)

Un chariot d'urgence et de réanimation cardiaque situé à proximité du plateau technique.

Une salle d'urgence (un ou plusieurs lits munis de cardioscopes, chariot d'urgence et de réanimation cardiaque avec au moins un défibrillateur et du matériel d'intubation et de ventilation)

CTF particulières – Prise en charge des affections cardio-vasculaires

Circulaire n° DHOS/O1/2008/305

- **Les patients accueillis:** *patients à risque élevé, rééducation >3h/j, surveillance médicale, stabilisation au décours d'une prise en charge en court séjour.*
- **L' équipe pluridisciplinaire:** *MPR, diabétologue ou médecin nutritionniste, psychiatre, pneumologue, tabacologue. Personnels formés aux urgences cardiaques et à la réadaptation cardiaque.*
- **Continuité des soins:** *garde ou astreinte médicale, possibilité de kinésithérapie le week-end et jours fériés, un infirmier la nuit.*
- **Equipements :**
Plateau de reconditionnement à l'effort, fluides médicaux en salle d'épreuve d'effort et de rééducation, système d'épreuve d'effort cardio-respiratoire avec analyse de la consommation d'O₂, saturomètre, holter cardiaque, cardio-fréquencemètres, salle de sport.

CTF particulières – prise en charge spécialisée des affections respiratoires

Décret simple n° 2008-376 du 17 avril 2008 => D. 6124-177-32 à D. 6124-177-36 CSP

■ **L' équipe**

*Un médecin coordonnateur spécialiste en pneumologie ou MPR avec expérience pneumo.
Des compétences de masseur-kinésithérapeute*

■ **Organisation des soins**

Techniques de ventilation mécanique non invasive et d'oxygénothérapie

Au moins 1 séquence de kinésithérapie quotidienne.

Accès à une unité de réanimation médicale ou de soins intensifs adaptés sur place ou par convention.

■ **Equipements**

Equipements permettant les gestes d'urgence et de réanimation respiratoire (intubation trachéale), les nébulisations de bronchodilatateurs, l'oxygénothérapie nasale et la surveillance continue de la saturation en oxygène

Equipements nécessaires au drainage bronchique, aux massages et au réentraînement à l'effort. Accès à un plateau technique d'explorations pneumologiques (a minima radiographie du thorax, explorations fonctionnelles respiratoires, fibroscopies bronchiques, mesure des gaz du sang)

CTF particulières – prise en charge spécialisée des affections respiratoires

➤ Circulaire n° DHOS/O1/2008/305:

- **Les patients accueillis:** *patients insuffisants respiratoires sévères, sous assistance respi et/ou ventilés chroniques, rééducation 2h/j, surveillance médicale, stabilisation au décours d'une prise en charge en court séjour.*
- **L' équipe pluridisciplinaire souhaitable:** *MPR, ergothérapeute, psychomotricien, diététicien, psychologue, EAPA, tabacologue, algologue. Personnels formés aux urgences respiratoires et aux soins spécifiques des insuffisants respiratoires.*
- **Continuité des soins:** *garde ou astreinte médicale, possibilité de kinésithérapie le week-end et jours fériés, un infirmier la nuit. Accès à une unité de réanimation médicale ou de soins intensifs adaptés.*
- **Equipements**
Test de marche, pléthysmographe, salle de sport, équipement pour oxygénothérapie continue et de déambulation.

RÉGIME D'AUTORISATION ACTUEL SSR

CTF particulières- prise en charge spécialisée des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien

Décret simple n° 2008-376 du 17 avril 2008 => D. 6124-177-37 à D. 6124-177-39 CSP

■ **L' équipe**

Un médecin coordonnateur qualifié spécialiste en endocrinologie et métabolisme ou gastro-entérologie ou titulaire d'un DESC nutrition

*Au moins des compétences de diététicien, de psychologue et de masseur-kinésithérapeute.
Personnels formés à l'éducation thérapeutique.*

■ **Locaux**

Appropriés à la mise en place d'une réadaptation nutritionnelle et physique (patient et entourage)

CTF particulières- prise en charge spécialisée des affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien

Circulaire n° DHOS/O1/2008/305

- **Les patients pris en charge:** rééducation > 3h/j, surveillance médicale, alimentation entérale ou parentérale, prise en charge d'une stomie.
- **L'équipe pluridisciplinaire recommandée :** accès à cardiologues, chirurgien viscéral, psychiatre, alcoologue, MPR, pneumologue, pour traiter les complications. Ergothérapeute, EAPA. Équipe formée à l'assistance nutritionnelle.
- **Continuité des soins:** garde ou astreinte médicale.
- **Equipements attendus:** cuisine éducative, salles d'éducation de groupe, parcours de marche extérieur, salle de sport, un parc de pompes de nutrition entérale ou parentérale. Locaux, mobiliers et salles de réadaptation adaptés au poids des patients.

CTF particulières – Prise en charge spécialisée des affections onco-hématologiques

Décret simple n° 2008-376 du 17 avril 2008 => D. 6124-177-40

Établissement membre d'un réseau de cancérologie

Circulaire n° DHOS/O1/2008/305

- **Les patients pris en charge:** *patients en poursuite et/ou suivi de chimiothérapie, en sortie d'aplasie, après une greffe, nécessitant transfusion, antibiothérapie majeure, surveillance médicale, poursuite de stabilisation des fonctions vitales au décours d'une prise en charge en court séjour.*
- **Compétences recommandées :** *médecin qualifié spécialiste en hématologie ou avec expérience ou formation attestées en onco-hématologie.*

Lorsque la structure SSR prend en charge des enfants/adolescents, le personnel éducatif doit être formé à leur prise en charge.

L'équipe pluridisciplinaire doit être formée à l'utilisation des dispositifs centraux de longue durée.
- **Continuité des soins:** *garde ou astreinte médicale*
- **Objectifs spécifiques**

Chez l'adulte, la prise en charge concerne exclusivement les hémopathies malignes

Chez l'enfant, cette prise en charge peut également concerner les affections oncologiques

À voir?

CTF particulières – prise en charge spécialisée des affections des brûlés

Décret simple n° 2008-376 du 17 avril 2008 => D. 6124-177-41 à D. 6124-177-44 CSP

▪ **L' équipe**

Un médecin coordonnateur qualifié spécialiste en MPR ou formation en traitement des grands brûlés.

Au moins des compétences de masseur-kinésithérapeute, d'orthophoniste, d'ergothérapeute, de diététicien, de psychologue, de prothésiste ou d'orthésiste. IDE et kiné formés au traitement des brûlés.

▪ **Conventions** avec un ou plusieurs établissements de santé autorisés à exercer l'activité de soins de traitement des grands brûlés

▪ **Locaux**

Une installation de balnéothérapie

Accès à un atelier d'ajustement d'aides techniques, à un atelier d'appareillage et de confection de prothèses et d'un laboratoire d'analyse du mouvement

CTF particulières – prise en charge spécialisée des affections des brûlés

Circulaire n° DHOS/O1/2008/305

- **Les patients pris en charge:** rééducation pluridisciplinaire >2h/j pour adulte et 1h pour enfant. Suivi et adaptation des appareillages et aides techniques. Pansements spécialisés, bandages ou vêtements compressifs. Surveillance médicale, poursuite de stabilisation des fonctions vitales au décours d'une prise en charge en court séjour.
- **Compétences:** médecin MPR ou brûlologue + chirurgien plasticien et spécialiste de la main, algologue, psychiatre, nutritionniste, ophtalmologue, ORL, cardiologue, neurologue, pneumologue...
- **Continuité médicale:** garde ou astreinte médicale.
- **Plateau technique,** éléments attendus: au moins une douche filiforme, en kinésithérapie, en ergothérapie, une ou plusieurs salles de pansements spécialisées, un atelier de couture, des chambres individuelles ou d'isolement, salles dédiées à la psychomotricité, orthophonie, maquillage esthétique, salles de réadaptation à l'effort, de musculation et de sport.

CTF particulières- prise en charge spécialisée des affections liées aux conduites addictives

Décret simple n° 2008-376 du 17 avril 2008 => D. 6124-177-45 à D. 6124-177-48 CSP

■ **L' équipe**

*Un médecin coordonnateur justifiant d'une formation ou expérience attestées en addictologie
Membres justifiant d'une formation et d'une expérience attestées dans la prise en charge des addictions*

■ **Organisation des soins**

Au moins 1 séquence de traitement par jour ouvré dans au moins 2 pratiques thérapeutiques et de réadaptation parmi psychothérapie, éducation thérapeutique, ergothérapie, diététique. Séances individuelles ou collectives.

■ **Locaux**

Appropriés à la mise en œuvre d'ateliers de réadaptation à la vie sociale et professionnelle et à la participation de l'entourage

CTF particulières- prise en charge spécialisée des affections liées aux conduites addictives

Circulaire n° DHOS/O1/2008/305

- Les **patients pris en charge**: réadaptation multidisciplinaires > 5h/j. patients admis après sevrage simple ou soins résidentiels complexes pour mésusage sévère et souvent polyconsommation et difficultés sociales et psychologiques. Patients stables sur le plan somatique.
- **Compétences recommandées** : psychologue, ergothérapeute, diététicien et personnel éducatif (éduc spécialisé, moniteur éducateur, animateur, aide médico-psychologique....). Recours à des avis spécialisés, psychiatrie en particulier.
- **Continuité des soins**: garde ou astreinte médicale
- **Collaboration** avec tous les niveaux du dispositif de soin en addictologie en amont et en aval du séjour.

CTF particulières- prise en charge spécialisée des affections de la personne âgée polypathologique , dépendante ou à risque de dépendance

Décret simple n° 2008-376 du 17 avril 2008 => D. 6124-177-49 à D. 6124-177-53 CSP

■ **L' équipe**

*Un médecin coordonnateur qualifié spécialiste en gériatrie ou titulaire de la capacité de gériatrie
Au moins des compétences de masseur-kinésithérapeute, d'ergothérapeute, de diététicien et de psychologue.*

Personnels formés à la prise en charge de PAPD, en particulier de la maladie d'Alzheimer.

■ **Organisation des soins**

Une prise en charge dans au moins 3 pratiques thérapeutiques parmi masso-kinésithérapie, ergothérapie, psychomotricité, diététique, prise en charge neuropsychologique ou orthophonie.

■ **Locaux**

*Adaptés aux besoins des patients (maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées)
Sur place ou par convention, accès à des plateaux techniques d'exploration et de rééducation spécialisés*

CTF particulières- prise en charge spécialisée des affections de la personne âgée polypathologique , dépendante ou à risque de dépendance

Circulaire n° DHOS/O1/2008/305

- **Les patients pris en charge:** rééducation multidisciplinaire > 2h/j. surveillance médicale, charge importante en soins techniques et de nursing, accompagnement de fin de vie.
- **Compétences recommandées :** MPR, neurologue, pneumologue, psychomotricien, orthophoniste, pédicure-podologue, animateur. L'équipe doit être en mesure de réaliser une évaluation gériatrique globale.
- **Continuité des soins:** garde ou astreinte médicale.
- **Le plateau technique:** chambres à 1 ou 2 lits adaptées à la dépendance, équipements fixes ou mobiles en vide et O2, douches avec siphon au sol et accessibles aux personnes en fauteuil roulant ou une salle de bain handicapés équipée, espaces de circulation équipés de main courante, couloir de déambulation / locaux de rééducation / test de psychomotricité

Circulaire n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière gériatrique définit les missions, modalités de prise en charge, place des SSR dans la filière, implantations géographiques (offre minimum de 1000 journées d'hospitalisation de SSR gériatrique pour 1000 hab de plus de 75 ans sur le territoire), moyens de fonctionnement (ratio de personnels), locaux et équipements, indicateurs de suivi.

CTF particulières- prise en charge en SSR polyvalent?

Décrets n° 2008-376 et 2008-377 du 17 avril 2008

Il n'est fait aucune mention au SSR polyvalent dans les décrets du 17 avril 2008.

Les CTF sont donc celles des conditions générales.

Circulaire n° DHOS/O1/2008/305

*« Le décret prévoit une seule modalité d'autorisation avec des possibilités de mentions complémentaires:
Une autorisation d'exercer l'activité de soins au seul titre des SSR adultes: cela correspond au SSR indifférencié ou polyvalent »*

Note DHOS du 27 avril 2009 en réponse aux interrogations des ARH, DDASS et DRASS:

L'activité de SSR est construite sur un tronc commun avec 2 orientations possibles:

- Le tronc commun est l'autorisation en SSR, ce tronc est obligatoire et peut être suffisant (il correspond au SSR adulte non spécialisé)*
- La première orientation optionnelle est la prise en charge des enfants et adolescents*
- La seconde orientation optionnelle mentionne si la structure assure une prise en charge spécialisée dans l'une des catégories mentionnées...*
- Le SSR non spécialisé se définit par défaut, par rapport aux prises en charge spécialisées.*

RÉGIME D'AUTORISATION ACTUEL SSR - CIRCULAIRE N° DHOS/O1/2008/305

Orientations en matière de structuration de l'activité de SSR : L'admission en SSR

Toute admission en SSR doit être précédée d'une évaluation des besoins médicaux, sous forme de fiche de pré-admission médicale mentionnant les résultats de l'évaluation et les objectifs en terme de gain thérapeutique du séjour en SSR.

Admission et évaluation des besoins médicaux préalable

- *Une fiche de pré-admission médicale*
- *Mise en place d'un document établi de façon partagée entre le médecin prescripteur et le médecin de la structure SSR permettant d'évaluer l'adéquation de l'orientation du patient aux prises en charge qu'ils offrent.*

RÉGIME D'AUTORISATION ACTUEL SSR - CIRCULAIRE N° DHOS/O1/2008/305

2. Orientations en matière de structuration de l'activité de SSR : La coordination territoriale

Favoriser la mise en place de coordinations territoriales en SSR afin :

- *d'aider à recenser et référencer l'offre accessible, d'identifier les besoins et les lacunes, de rendre lisible le fonctionnement de filières de prise en charge, favoriser les échanges entre acteurs, contribuer à l'élaboration de projets médicaux de territoire et au suivi de réalisation du SROS.*
- *de favoriser le rapprochement fonctionnel entre les services de court séjour et les SSR*
 - *développement d'outils et de supports d'échanges*
 - *expertise et conseil auprès des services amont*
 - *souplesse des interventions de professionnels (besoins ponctuels)*
- *d'être l'interlocuteur privilégié des dispositifs et acteurs des secteurs d'aval (PA, PH, enfance, médecine de ville, pour faire part des besoins issus de la sortie des personnes de SSR et contribuer à la mise en place de réponses adaptées sur le plan social et médico-social.*

➡ ***Ces coordinations pourront donner lieu à la définition d'un cahier des charges de la coordination des SSR et reposent sur la mise en place d'un dispositif léger.***

Contexte

Organisation des travaux

Etat des lieux
Les textes du SSR

Etat des lieux
L'offre et l'activité SSR

Les axes de réflexion pour le SSR?

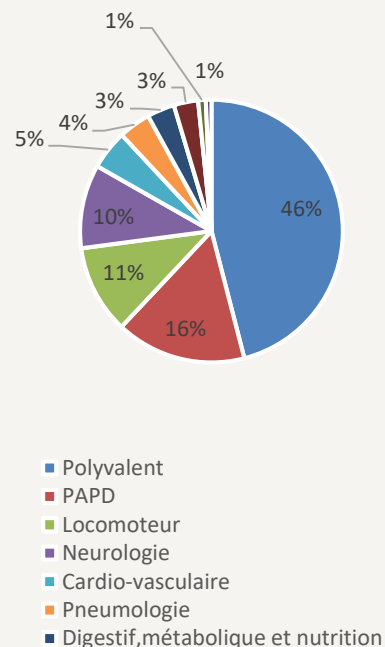
L'offre de soins de suite et de réadaptation (SSR)

Nombre d'autorisations selon les mentions

Mention	Nombre d'autorisations	Répartition des ES par mention
Polyvalent	1751	46%
PAPD	611	16%
Locomoteur	415	11%
Neurologie	393	10%
Cardio-vasculaire	184	5%
Pneumologie	150	4%
Digestif,métabolique et nutrition	129	3%
Addictologie	113	3%
Onco-hématologie	36	1%
Brûlés	26	1%
Total	3808	100%

Source ARGHOS au
31/07/2018

La part de chaque mention

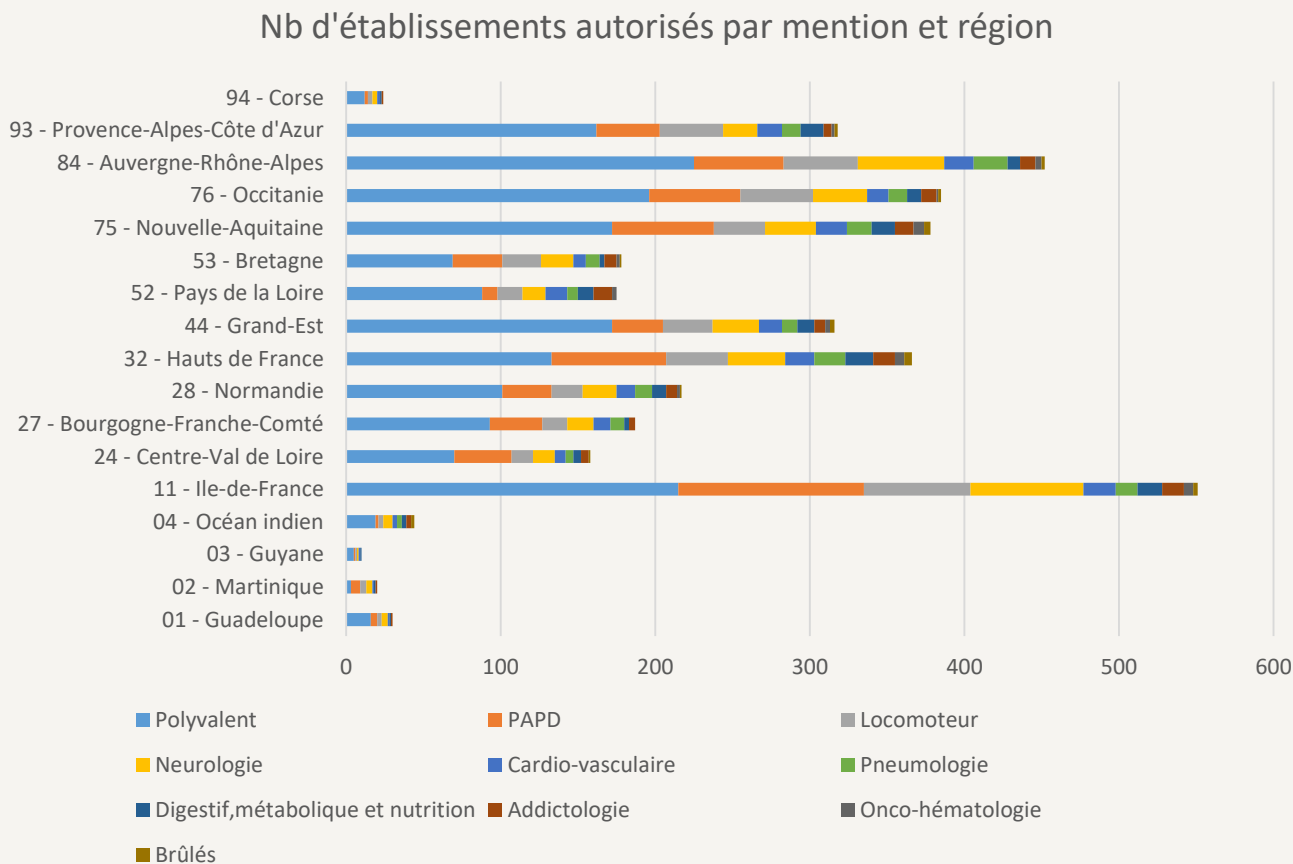


Les principales mentions représentées sont:

- 46% pour la mention polyvalent
- 16% pour la mention PAPD
- 11% pour la mention locomoteur
- 10% pour la mention neurologie

Un établissement peut avoir plusieurs autorisations.

Nb d'autorisations en SSR par région



Source ARGHOS au 31/07/2018

Les principales régions représentées sont l'Ile de France (14%), Auvergne-Rhône-Alpes (12%), Occitanie (10%), Nouvelle Aquitaine (10%) et Hauts de France(10%),

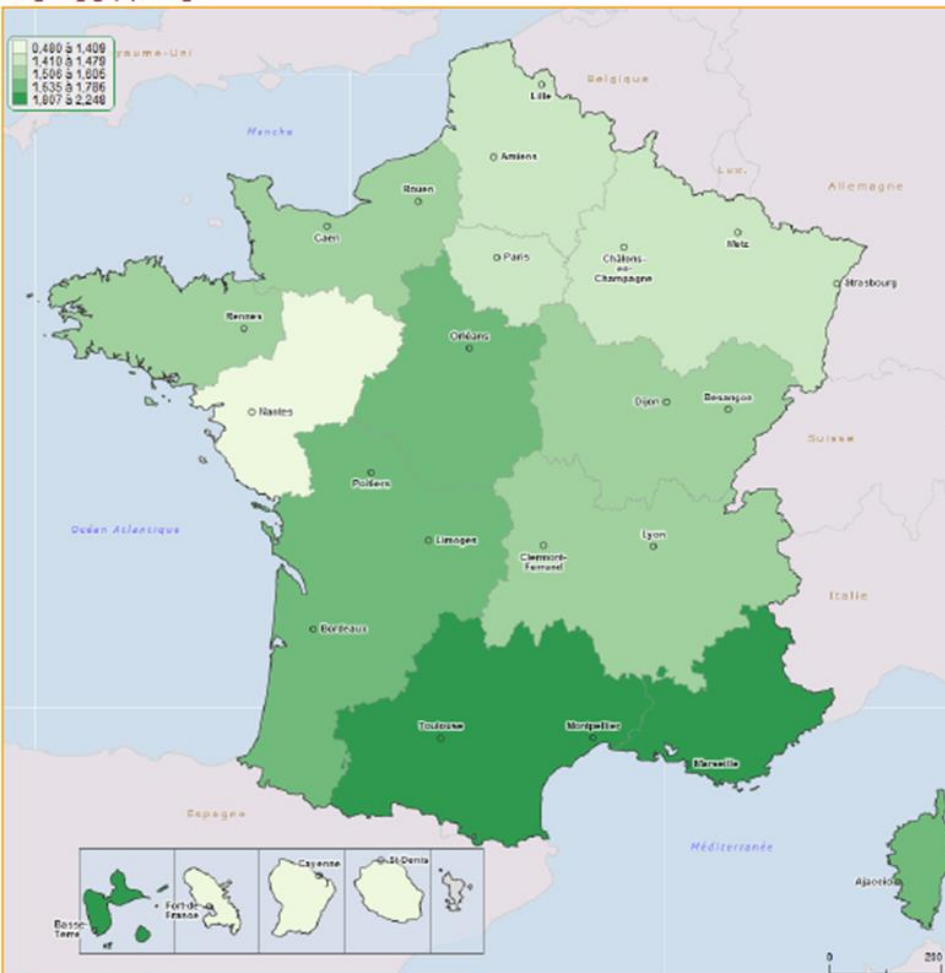
TAUX D'ÉQUIPEMENTS EN LITS ET PLACES

UNE RÉPARTITION INÉGALE SUR LES TERRITOIRES

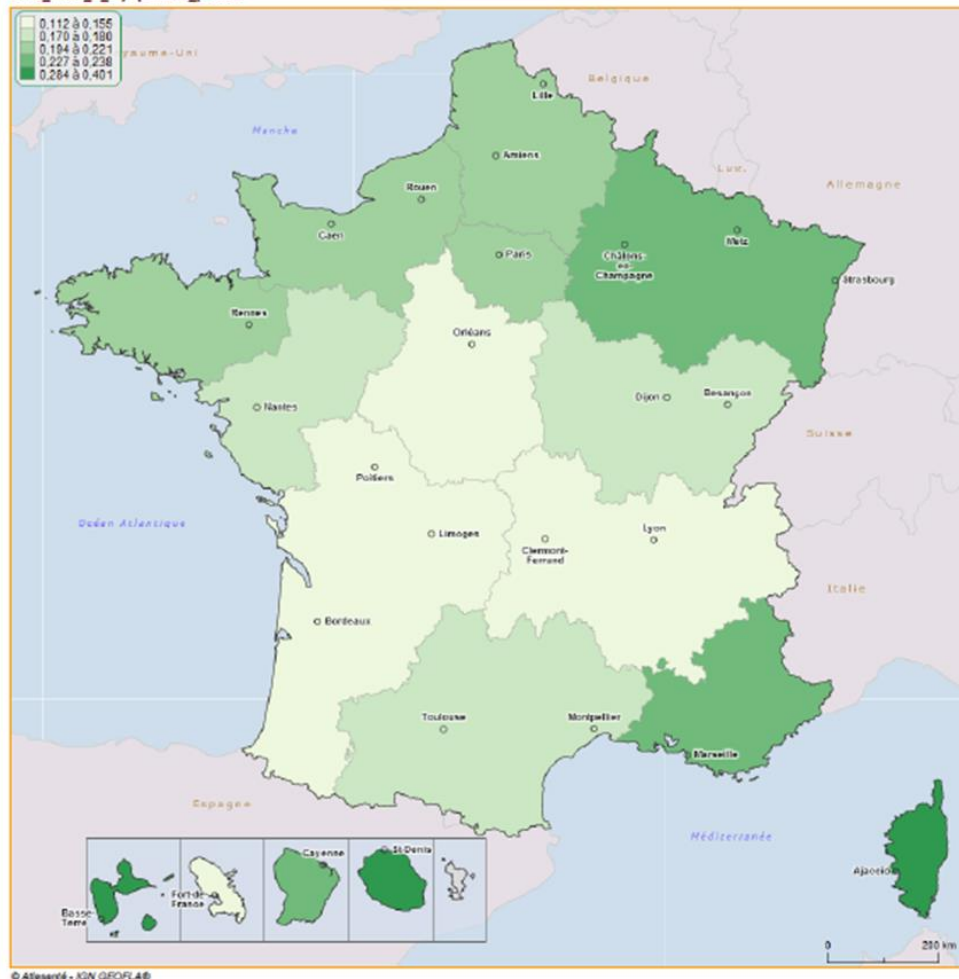
Taux d'équipement en lits SSR

Taux d'équipement en places SSR

2016_Taux_d_equipement_lits -



2016_Taux_d_equipement_places -



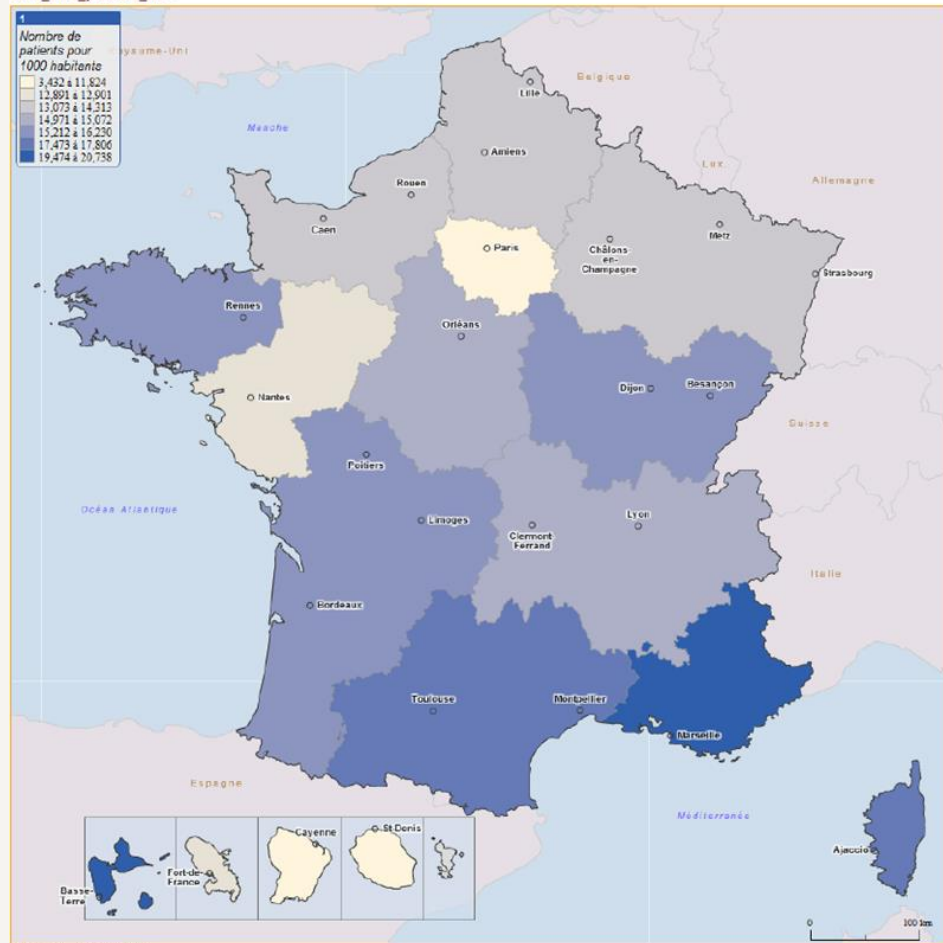
DES DISPARITES INTER-REGIONALES

Des taux de recours inversés entre HC et htp

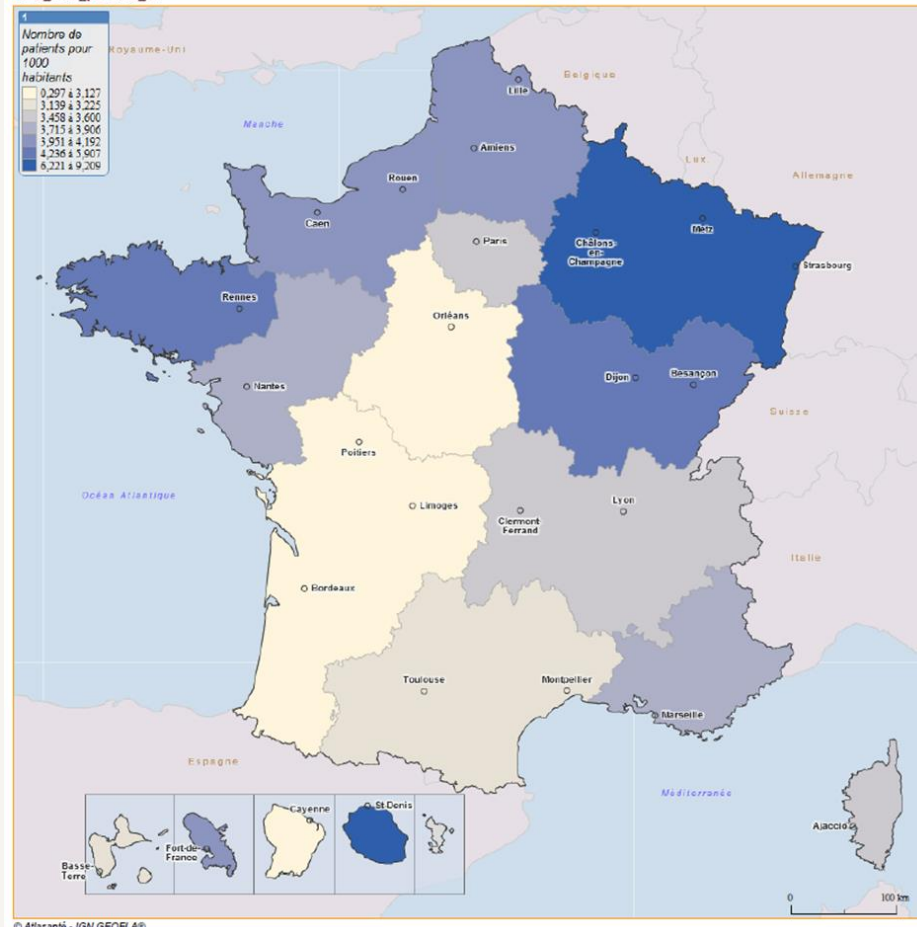
Hospitalisation complète

Hospitalisation partielle

2016_TRB_patients_HC -

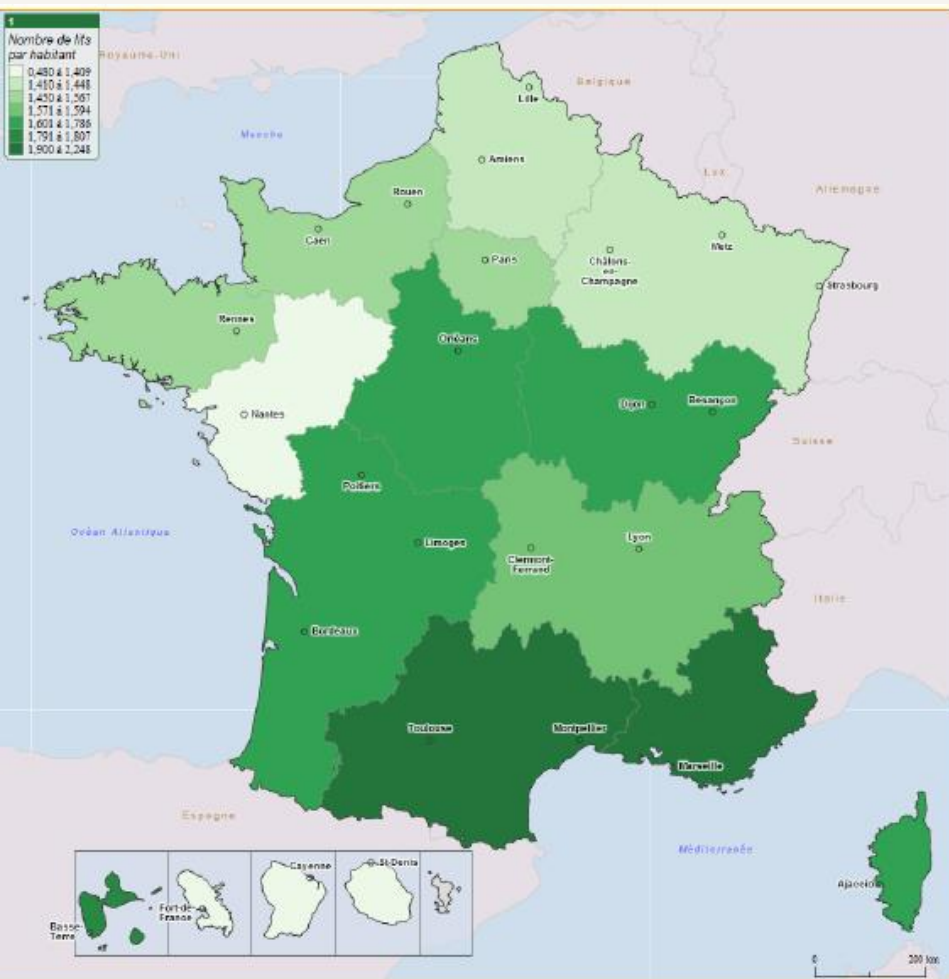


2016_TRB_patients_HP -

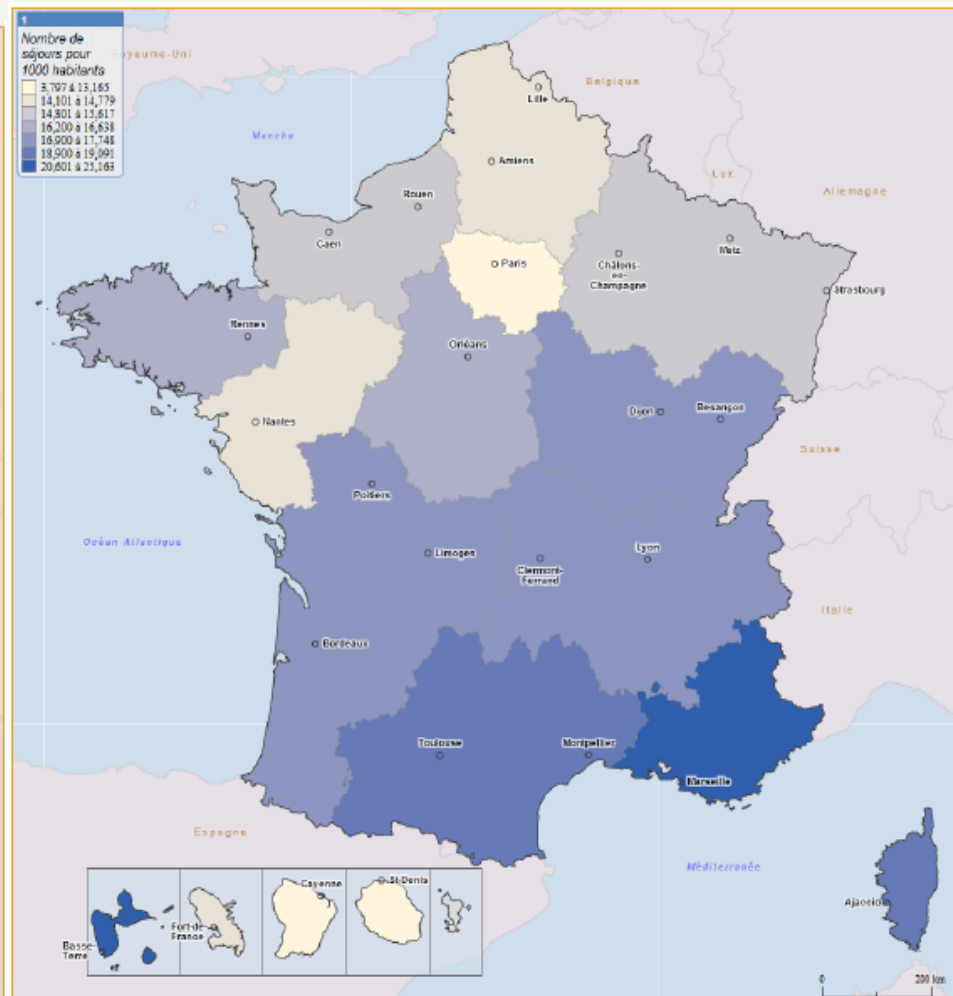


Un lien fort entre taux d'équipement et taux de recours

Taux d'équipement en lits (HC) par région

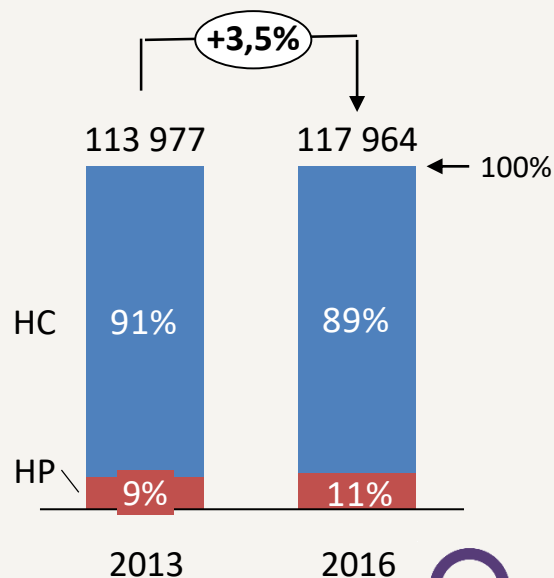


Taux de recours en HC par région



Une augmentation des capacités, principalement en hospitalisation partielle

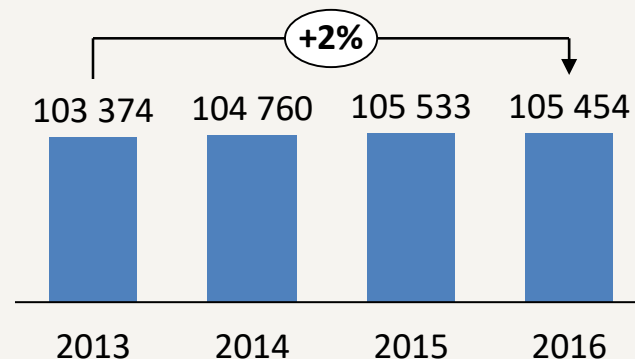
Répartition des capacités entre hospitalisation complète et hospitalisation partielle



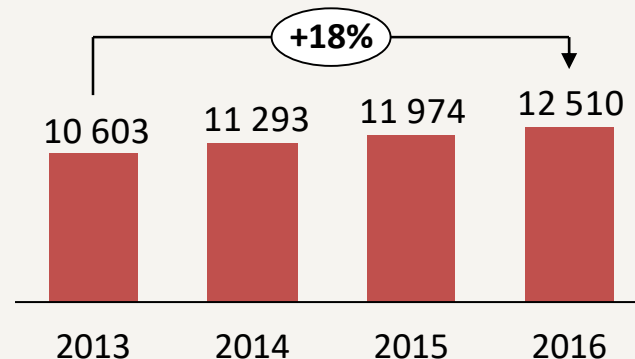
Pédiatrie (2016)

Un peu moins de 5% sont des capacités autorisées pour la PEC des moins de 18 ans
Près de 23% des capacités de pédiatrie sont des places (HP)

Evolution du nombre de lits d'hospitalisation complète

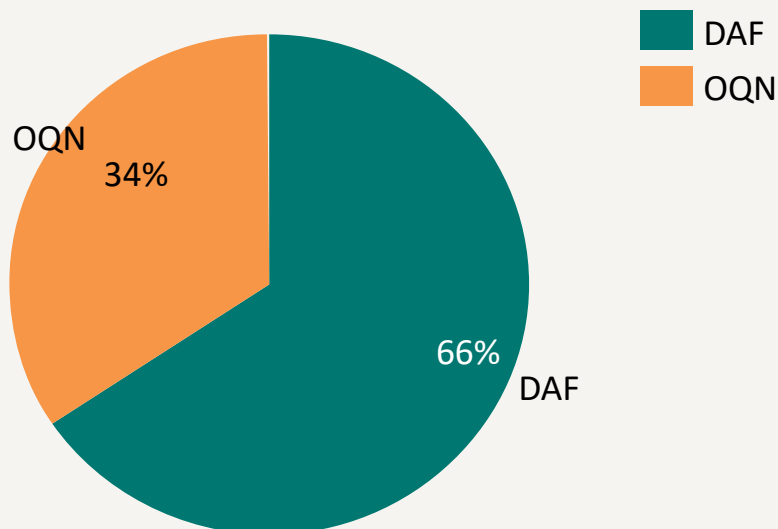


Evolution du nombre de places d'hospitalisation partielle

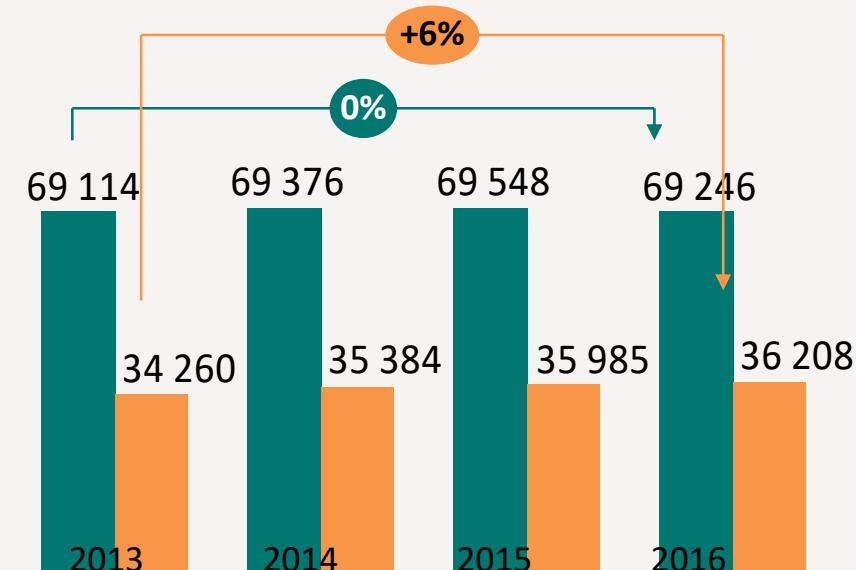


La croissance des capacités d'HC au bénéfice quasi exclusif du secteur OQN à but lucratif

Répartition du nombre de lits (2016)



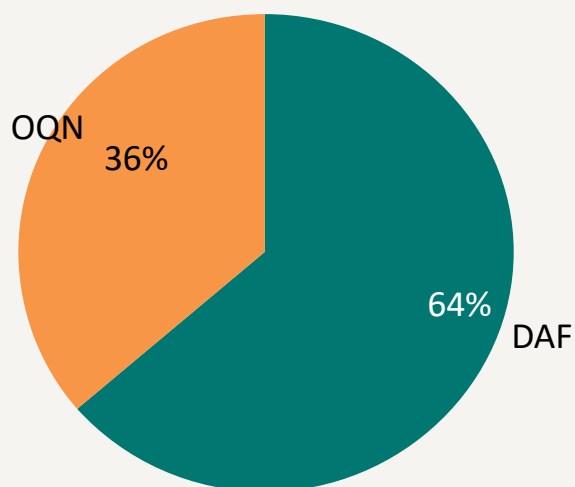
Evolution du nombre de lits entre 2013 et 2016



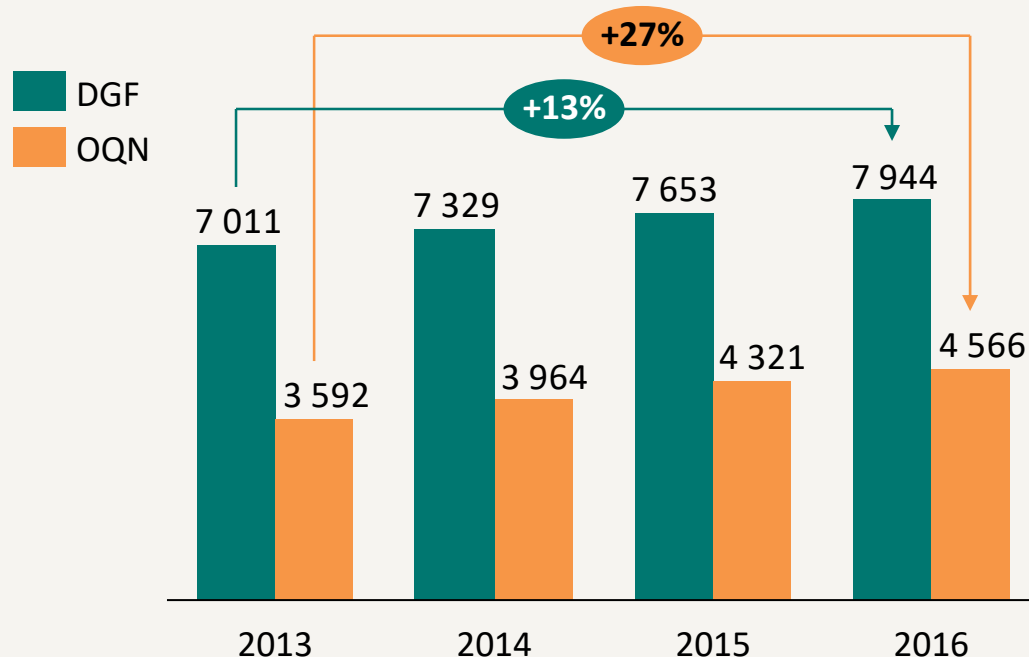
- Les établissements en DAF regroupent les 2/3 de l'offre de lits en 2016
- L'augmentation globale des lits entre 2013 et 2016 est exclusivement portée par le secteur OQN.

Une offre d'hospitalisation partielle en augmentation

Répartition du nombre de places (2016)



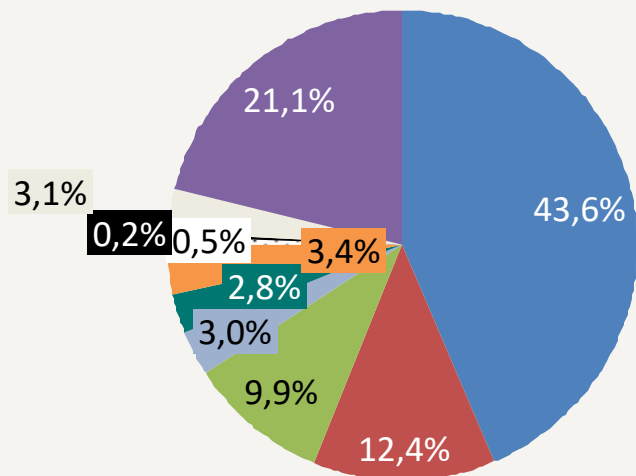
Evolution du nombre de places entre 2013 et 2016



- Une augmentation marquée du nombre de places pour les deux secteurs de financement entre 2013 et 2016

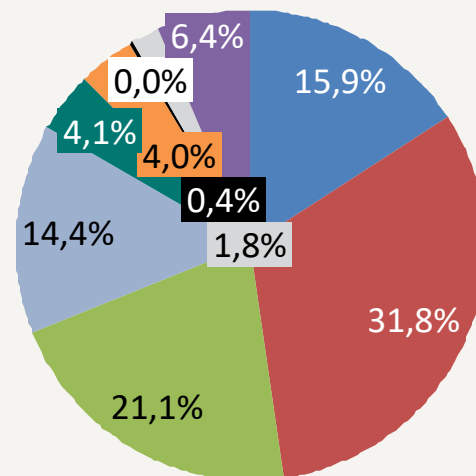
Une majorité de lits en SSR polyvalent et personnes âgées.

Répartition des capacités en lits (HC)



Près de 65% de l'offre HC est concentrée sur le SSR polyvalent et les affections de la personne âgée

Répartition des capacités en places (HP)



Plus de 50% de l'offre HP est représentée par le locomoteur et le système nerveux

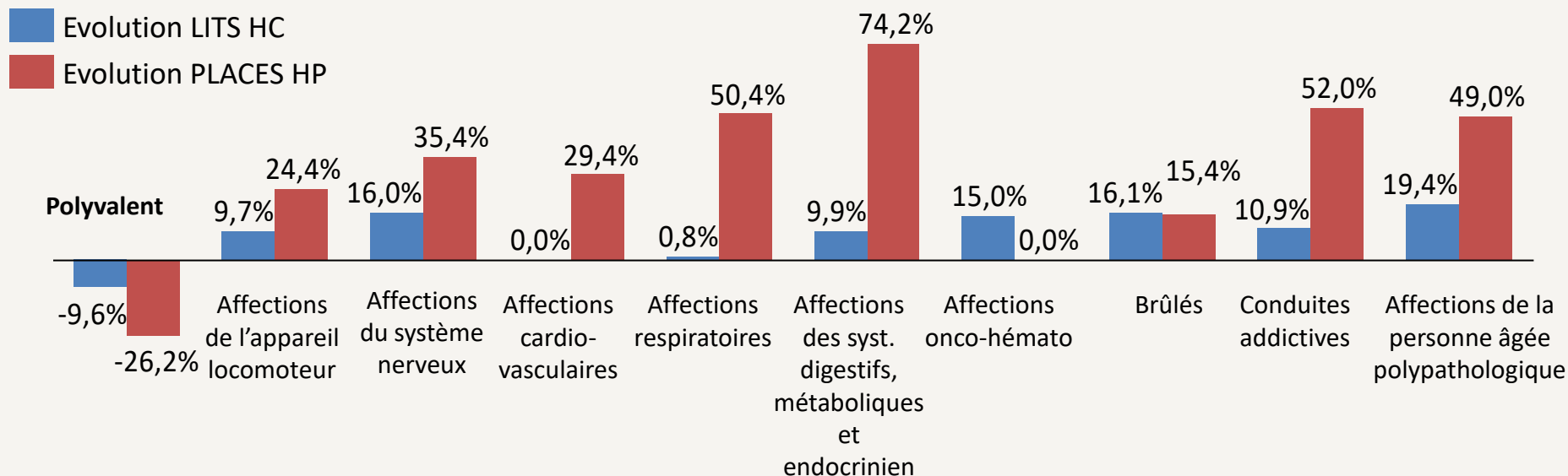
- | | |
|--|--|
| ■ Polyvalent | ■ Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien |
| ■ Affections de l'appareil locomoteur | ■ Affections onco-hématologiques |
| ■ Affections du système nerveux | ■ Brûlés |
| ■ Affections cardio-vasculaires | ■ Conduites addictives |
| ■ Affections respiratoires | ■ Affections de la personne âgée polypathologique |

Source : SAE 2016 (DREES, calculs DGOS/R5)

Champ : France entière, hors Institution Nationale des Invalides

Une spécialisation de l'offre en SSR entre 2013 et 2016

Evolution des capacités (HP / HC) par mention entre 2013 et 2016

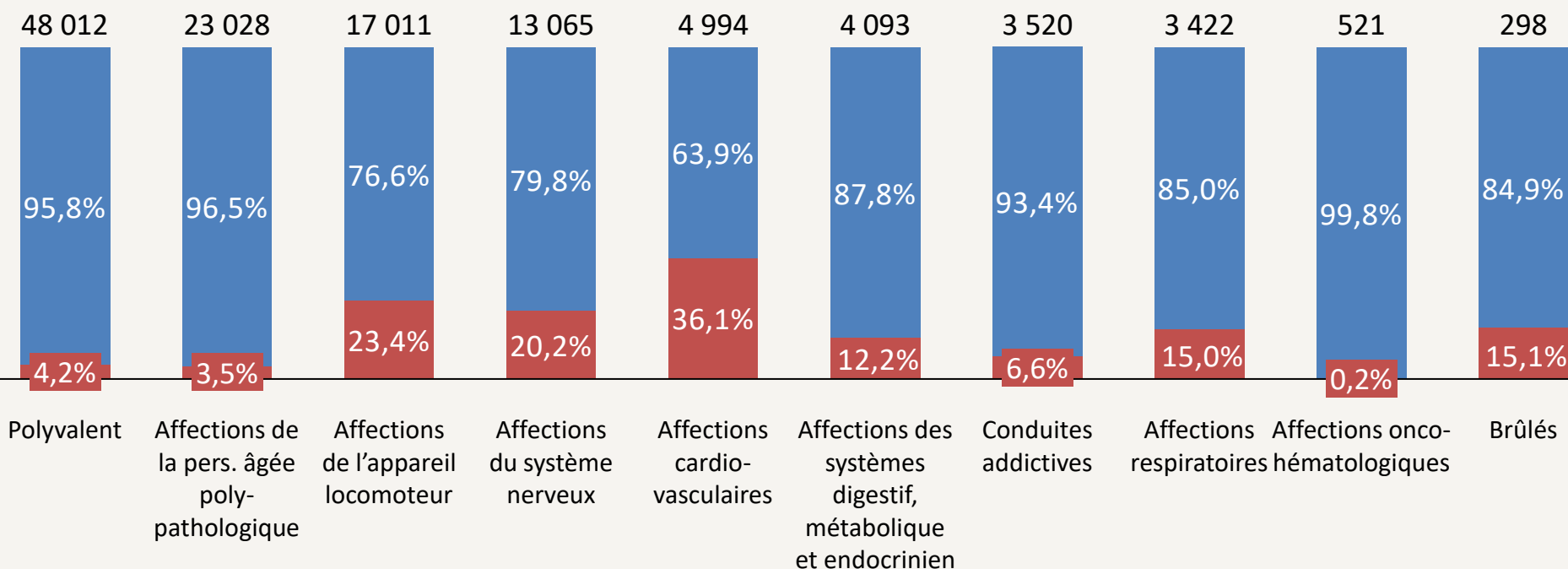


- Des capacités en HC en diminution pour le polyvalent mais en augmentation sur la quasi-totalité des mentions spécialisées (à l'exception de cardio, pneumo)
- Un développement important de l'ambulatoire, notamment en SSR endocrino-métabolique, pneumo, cardio, neuro, addictions.

Une offre ambulatoire inégale selon les mentions

Structure de l'offre en SSR par mention en 2016

■ Hospitalisation complète (HC)
■ Hospitalisation partielle (HP)



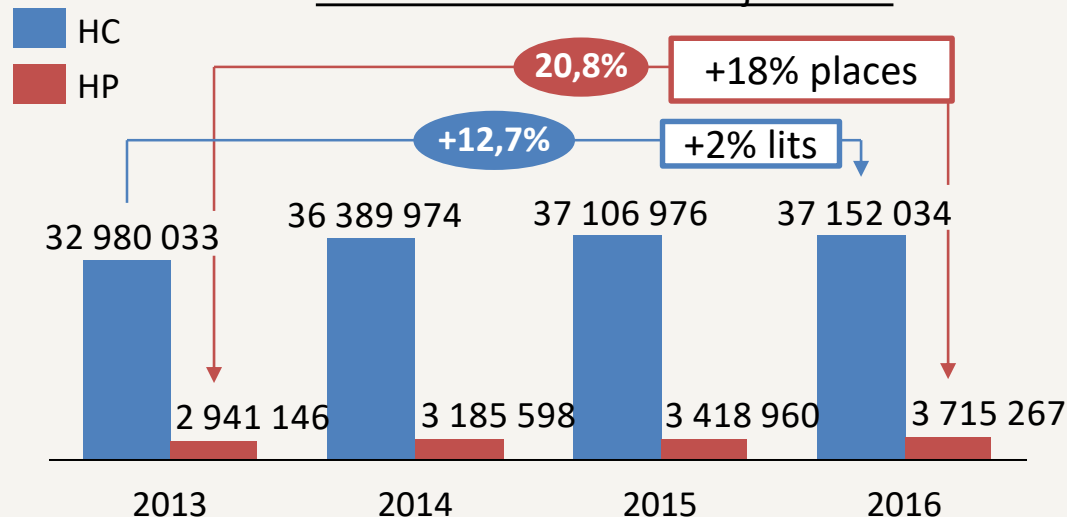
La part de l'offre ambulatoire est très variable selon les mentions, particulièrement développée en SSR cardiologique (36%) et très peu en SSR polyvalent ou personnes âgées (4%)



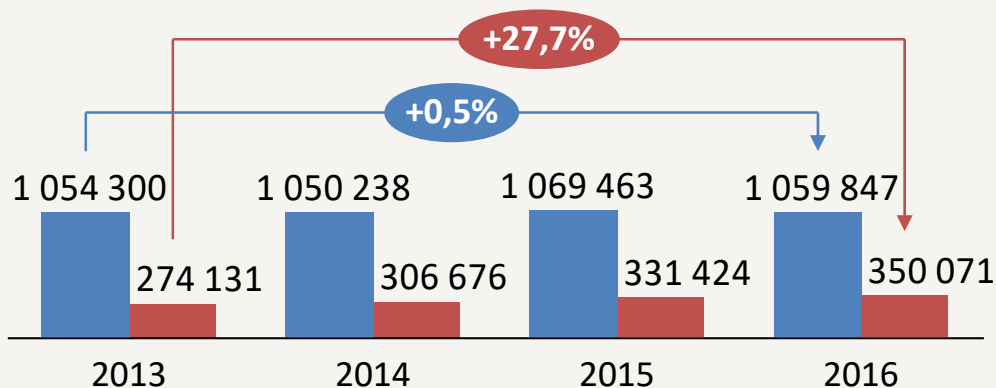
Quelques données d'activité SSR

Une dynamique d'activité plus forte que les augmentations capacitaires

Evolution du nombre de journées



Evolution du nombre de séjours

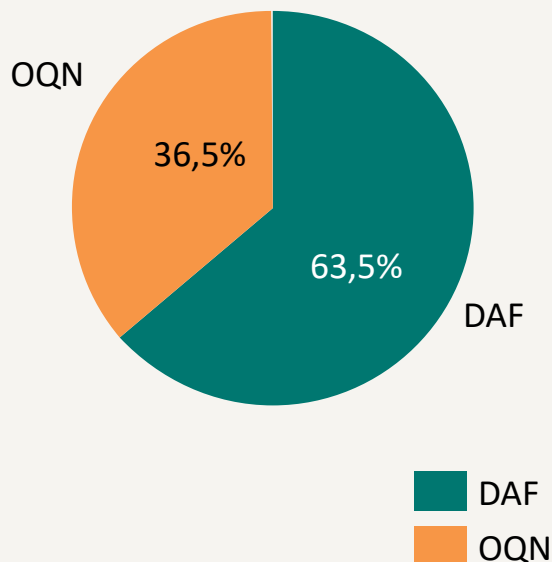


40,6 millions de journées réalisées en France en 2016 dont 9% en hospitalisation partielle

- Le nombre de journées en HC a augmenté de 12% sur la période tandis que les capacités ont augmenté de 2% sur la période
- Une relative stagnation du nombre de séjours en HC face à l'augmentation du nombre de journées → hausse de la DMS
- Une augmentation forte du nombre de journées et de séjours en HP

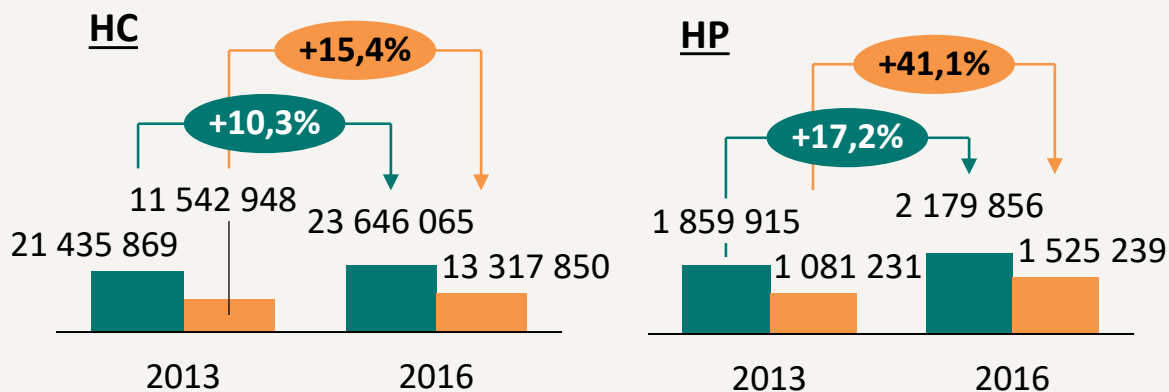
Une croissance d'activité plus forte pour le secteur OQN

Répartition des journées
(HC et HP) 2016

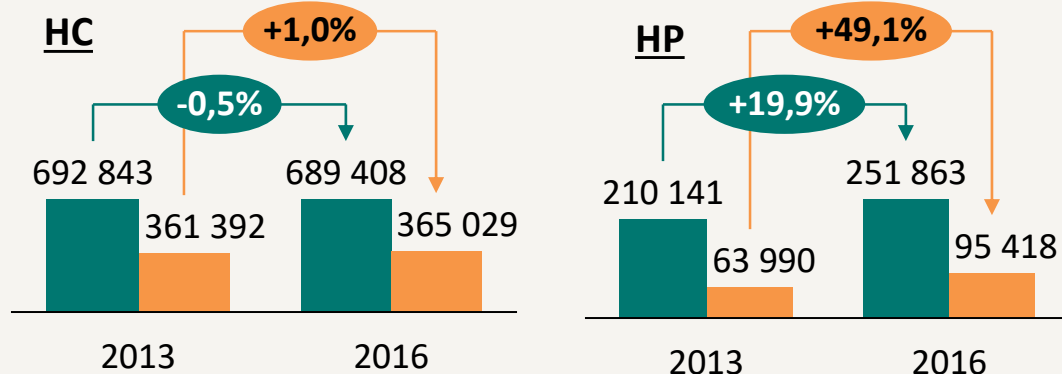


Une répartition de l'activité proche de celle du capacitaire

Evolution des journées



Evolution des séjours

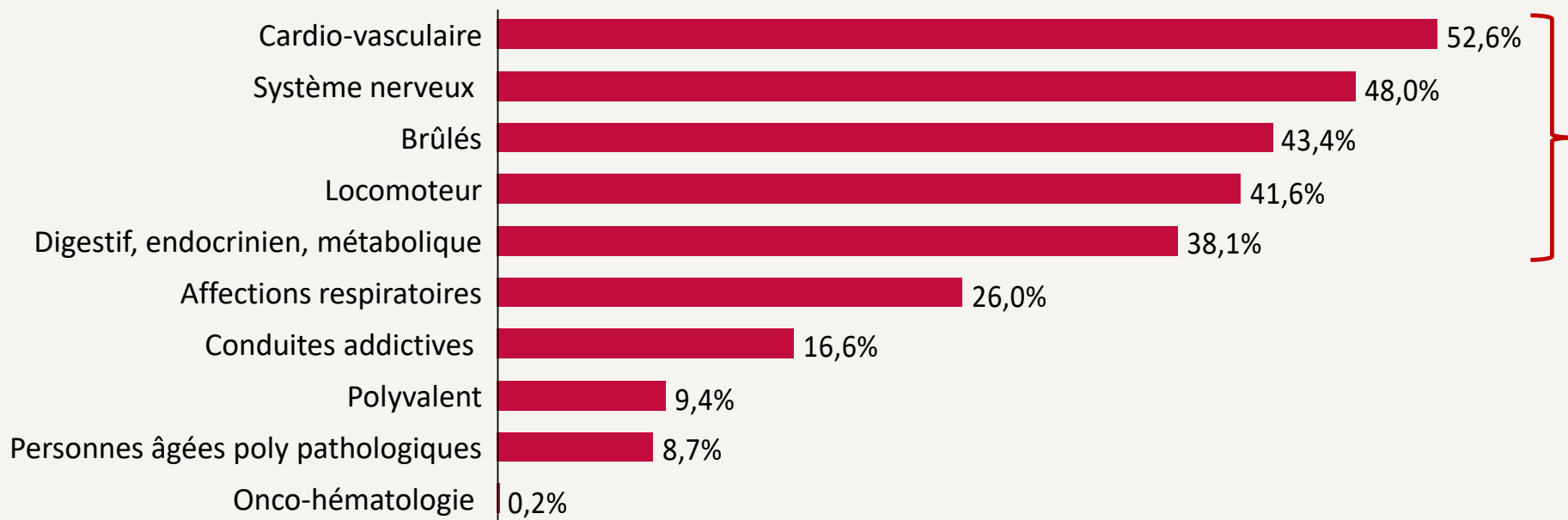


Une croissance d'activité significativement plus forte pour l'OQN en HP

En HC, une augmentation en nombre de journées qui ne se traduit pas par une augmentation comparable des séjours

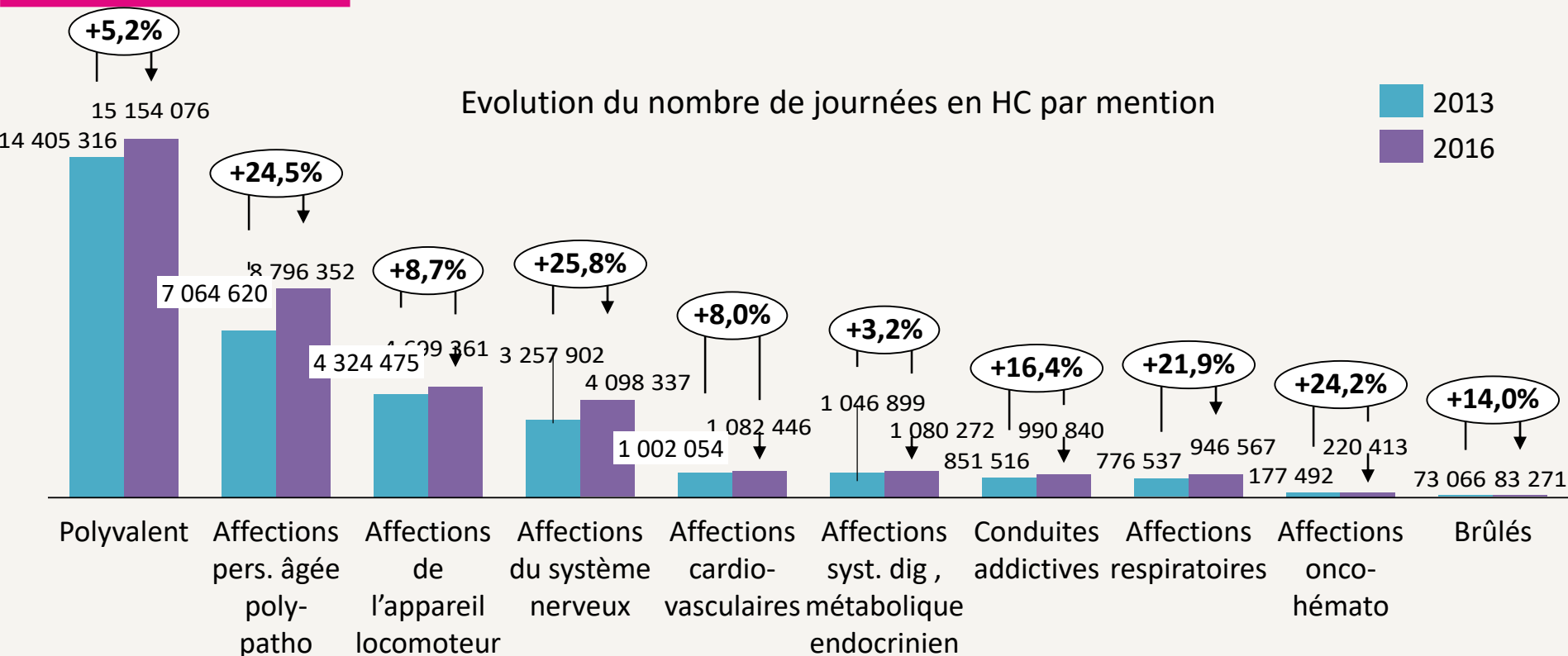
Une activité ambulatoire inégale selon les mentions

Taux d'ambulatoire 2016 (en séjours) par mention



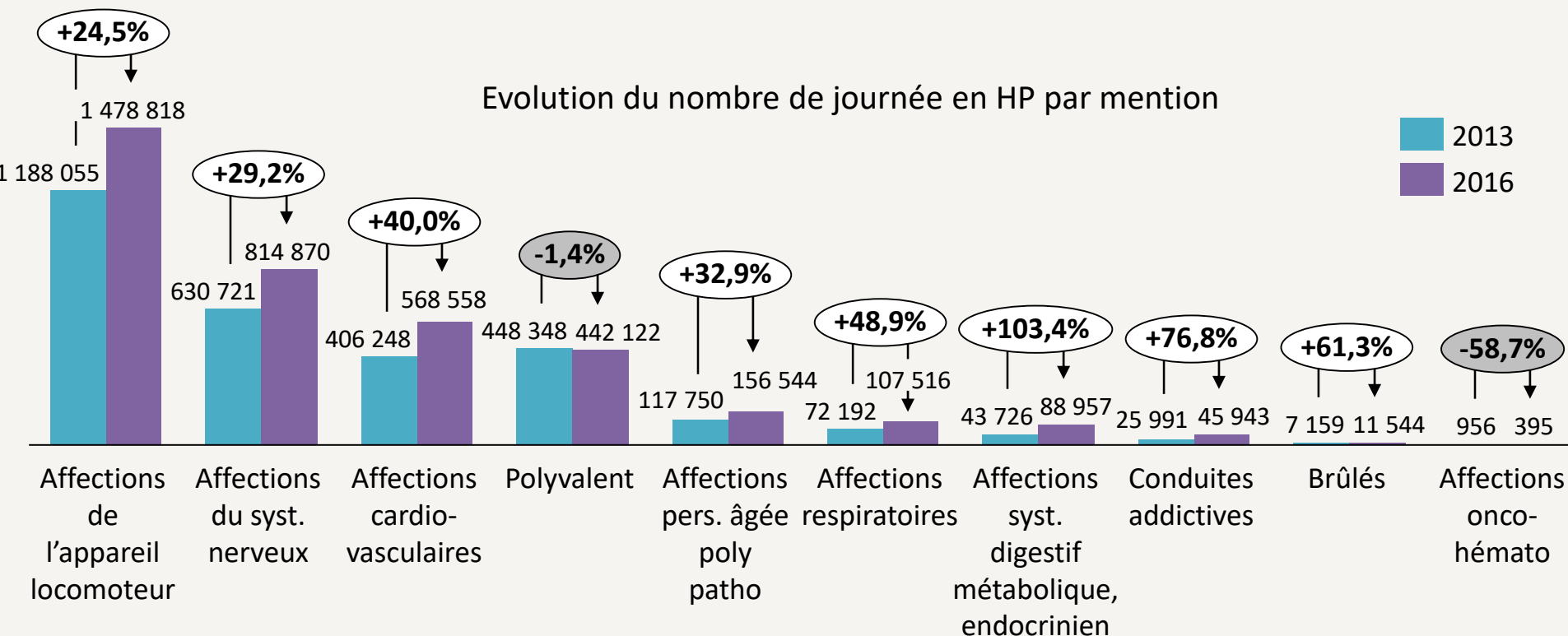
- Plus de 40% des séjours réalisés en ambulatoire pour le cardio-vasculaire, le système nerveux, les brûlés et le locomoteur
- Moins de 10% des séjours réalisés en ambulatoire pour le polyvalent, les personnes âgées poly pathologiques, l'onco-hématologie

HC : Une augmentation du nombre de journées sur toutes les mentions



- Une augmentation du nombre du journées qui varie de +3,2% (systèmes digestif, métabolique et endocrinien) à +26% (affections du système nerveux, personnes âgées)

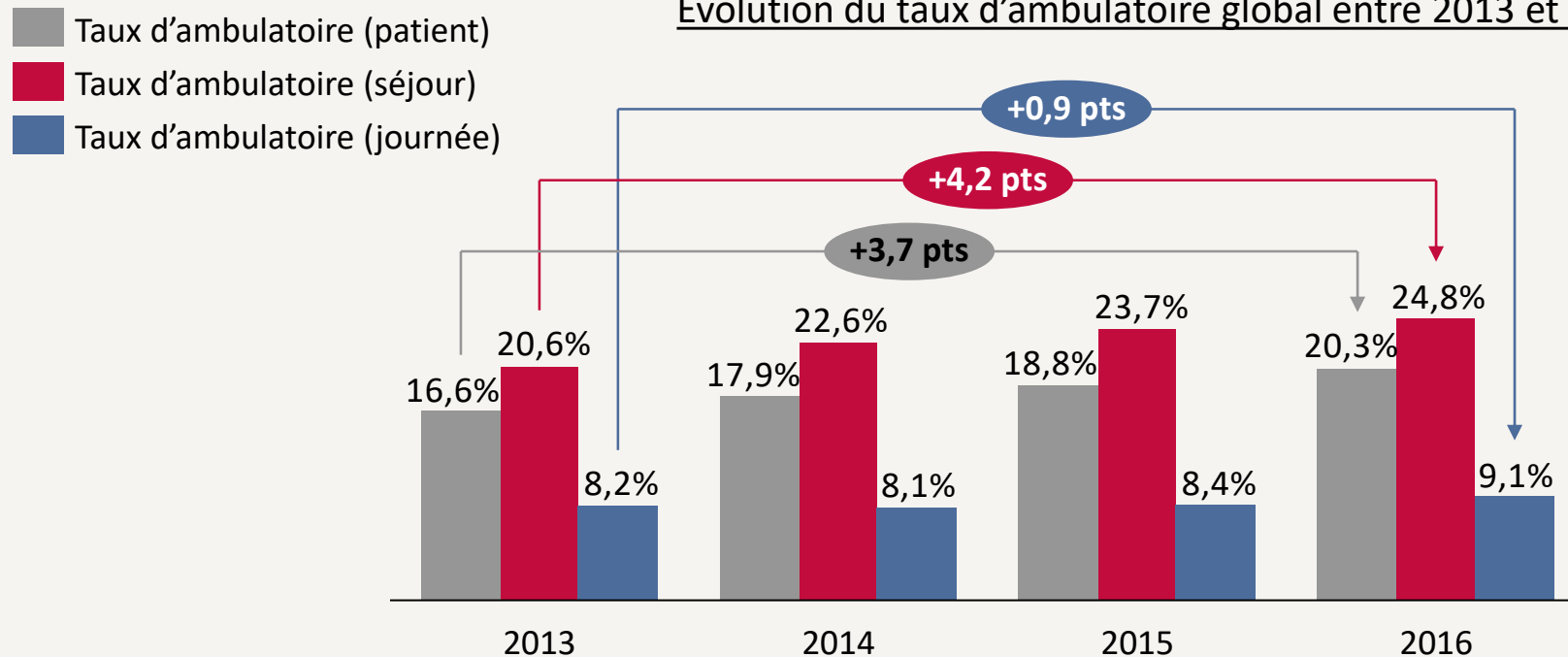
HP : une évolution de l'activité ambulatoire contrastée



- Une baisse de l'activité ambulatoire (en journées) pour le polyvalent et l'onco-hématologie
- De très fortes hausses dans les autres mentions, en particulier en affections endocrino-métaboliques, cardio, respiratoires, addictions, brûlés.

Un virage ambulatoire en SSR en cours ?

Evolution du taux d'ambulatoire global entre 2013 et 2016

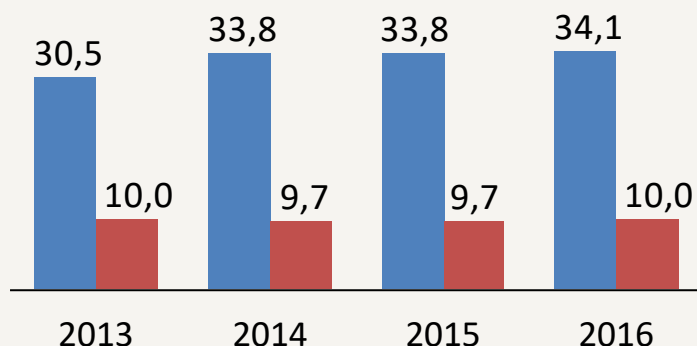


- On note que plus d'un patient sur 5 est pris en charge en ambulatoire en 2016.

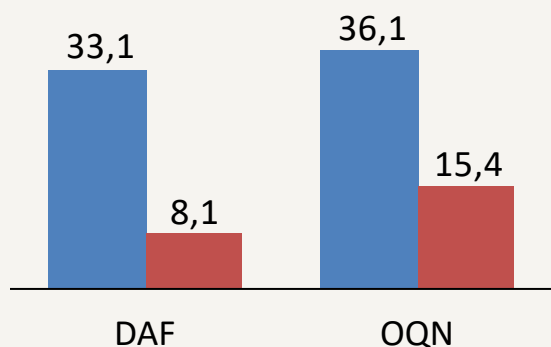
Une tendance à l'augmentation des DMP en HC et des disparités entre mentions

■ HC
■ HP (hors nuit)

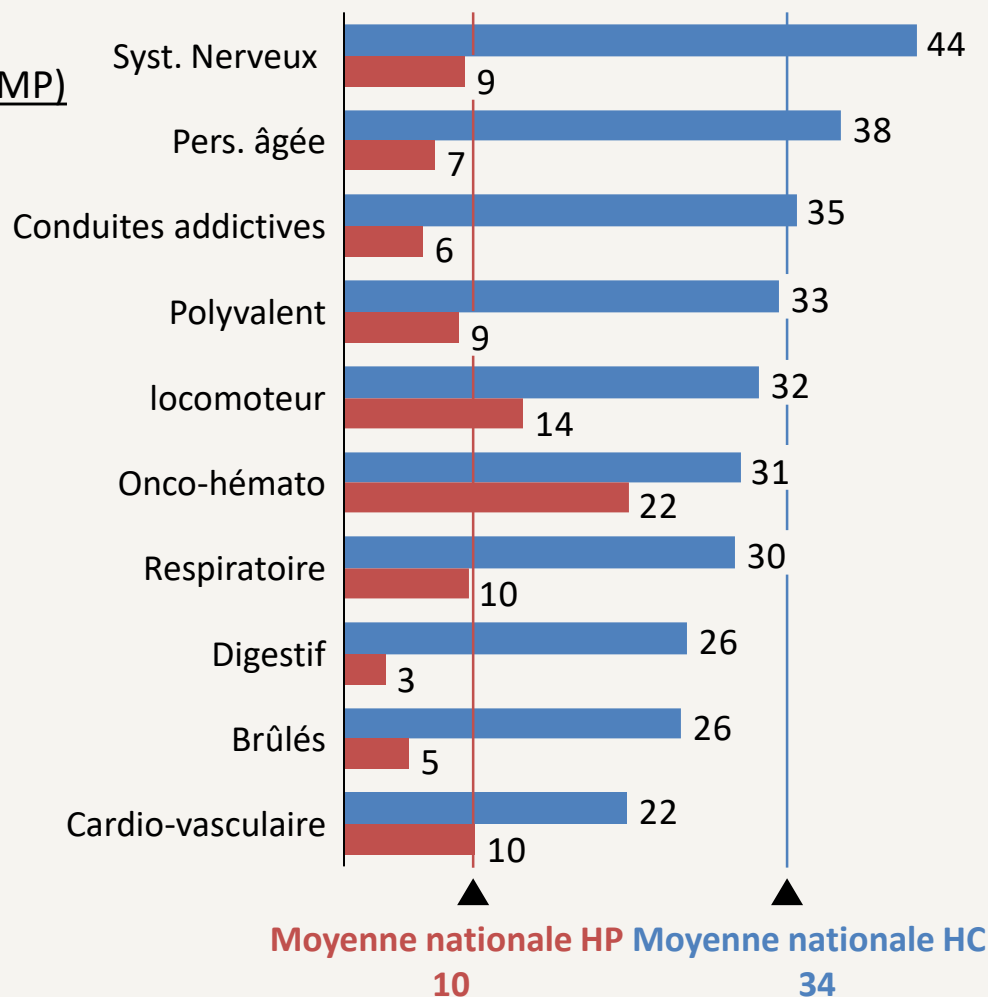
Evolution de la durée moyenne de présence (DMP)



DMP en 2016 par secteur de financement



DMP en 2016 par mention



EN RESUME

- Des disparités d'équipement global et de niveau de spécialisation entre régions.
- Une augmentation de capacités au bénéfice quasi exclusif du secteur OQN à but lucratif.
- Une croissance portée principalement par l'ambulatoire.
- Certaines mentions particulièrement dynamiques pour les pratiques ambulatoires: cardiologie, neurologie, locomoteur, brûlés.

Contexte

Organisation des travaux

Etat des lieux
Les textes du SSR

Etat des lieux
L'offre et l'activité SSR

Les axes de réflexion pour le SSR?

LIENS ENTRE ORIENTATIONS STRATEGIQUES SSR ET REFORME DES AUTORISATIONS SSR

Définition des orientations à 10 ans pour le SSR :

- Pour quels besoins
- Quelles missions
- Quelles pratiques
- Quelles organisations

- Réforme des autorisations
- PRS

Modèle de financement

L'AXE QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS

INSCRIRE LES SSR DANS UNE LOGIQUE DE PARCOURS

En faveur de la continuité des parcours, une attention particulière aux phases de transition.

- *Une évaluation précoce pour prévention de la dépendance*
- *Des fonctions de bilan identifiées et organisées*
- *Des algorithmes d'orientation avec évaluation du statut fonctionnel et des risques de complexité en lien avec les logiciels d'orientation (Via Trajectoires)*
- *Une protocolisation des soins permettant d'établir des programmes de soins standardisés.*
- *Soutenir le maintien des acquis à la sortie du SSR, par une ouverture sur l'environnement.*
- *Un besoin de coordination des parcours complexes.*

L'AXE QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS

INSCRIRE LES SSR DANS UNE LOGIQUE DE TERRITOIRE

***La gradation des soins pour mieux répondre aux besoins des patients
« Tout ne peut pas se faire partout ». Améliorer l'accessibilité aux soins de
rééducation, réadaptation, réinsertion.***

- *Des activités de proximité*
- *Une diversification de l'offre ambulatoire, passer d'une pratique purement hospitalière à une approche ouverte sur l'environnement, pour une vision inclusive des patients atteints de pathologies chroniques et à risques de handicap. Prendre en compte les évolutions d'organisation des soins de proximité (CPTS).*
- *Des activités de recours avec responsabilité territoriale.*
- *Les SSR spécialisés et centres de recours = ressources sur les territoires pour les SSR polyvalents et personnes âgées et pour les acteurs de 1^{er} recours.*
- *Organisations territoriales régulées par les ARS par le biais des autorisations et CPOM, sur la base d'un cadre fixé au niveau national.*

*L'importance de **l'éducation thérapeutique** pour tous les patients atteints de pathologies chroniques. Assurer la continuité du suivi en ETP par les professionnels de proximité.*

*Des pratiques cliniques de **prévention** existantes et à développer.*

Apport considérable des patients dans l'accompagnement de sortie et dans les programmes d'ETP.

*Le développement des **patients experts**.*

Protocoles de bonnes pratiques pour l'intervention de patients.

Les ressources humaines

Pluridisciplinarité garantit une approche globale des patients. Plusieurs DIU de réadaptation se sont développés qui permettront les délégations de tâches. Projets de FST (formation spécialisées transversales). Evaluation des pratiques professionnelles.

Collaboration libéraux/établissements à développer notamment avec émergence des CPTS. Mutualisation des plateaux techniques.

Mettre à disposition les savoir-faire des équipes SSR sur les territoires (notamment par les équipes mobiles, télémedecine et partenariats)

Les **critères d'orientation** doivent permettre de **discriminer les besoins** qui se traduisent en **situations de soins différentes**:

- *Instabilité médicale et besoins de surveillance*
- *Soins médico-techniques importants (SMTI)*
- *Soins liés à la dépendance et soins de réadaptation (mises en place d'aides humaines et matérielles, adaptation de l'environnement)*
- *Soins de rééducation selon statut fonctionnel et autonomie*
- *Facteurs socio-environnementaux*

Des patients « plus lourds »

L'ambulatoire: diversifier l'offre

Passer d'une pratique purement hospitalière à une approche ouverte sur l'environnement.

Prendre en compte les évolutions d'organisation des soins de proximité (CPTS).

Hospitalisation à temps partiel, CS, CS avancées, équipes mobiles, téléconsultation, téléexpertise.

Plateformes ambulatoires territoriales expérimentales (Art 51).

Les séjours longs frontières avec le médico-social

Patients avec handicap résiduel, ne pouvant rentrer à domicile (EVC-EPR, polyhandicapés)

QUESTIONS ISSUES DES GT ORIENTATIONS STRATEGIQUES (1)

Décrets de 2008 jugés pertinents: discussion de certains ajustements;

L'état des lieux montre une forte hétérogénéité de l'offre entre régions sur la plan quantitatif et qualitatif.

➡ **Objectif de fournir aux ARS un cadre de référence** permettant d'harmoniser le traitement des autorisations et d'organiser l'offre sur les territoires.

1. La notion de mentions n'est pas remise en cause;

- La fusion de certaines mentions ne semble pas souhaitable à ce stade, mais certains rapprochements pourraient faciliter l'atteinte de seuils critiques.
- Définition du SSR polyvalent par défaut ?
- Faut-il garder la partie socle de SSR polyvalent pour tout établissement disposant d'une autorisation spécialisée?
- Est-ce que les titres de mention conviennent?
- Évolution à débattre pour la pédiatrie et la cancéro.

QUESTIONS ISSUES DES GT ORIENTATIONS STRATEGIQUES (2)

2. La gradation des soins

- Elle est admise entre SSR polyvalents et spécialisés.
- Plusieurs notions complémentaires ont émergé: mission de recours, mission d'expertise, mission ressource, responsabilité territoriale.....
 - Il est important de préciser la définition de ces termes et leur intérêt.
 - Si les termes sont retenus, préciser le cadre par des cahiers des charges nationaux.
 - Quelle régulation régionale ? reconnaissance contractuelle?

3. Les frontières avec le médico-social

Certains patients pris en charge en SSR, posent la question de la pertinence de leur séjour en sanitaire: EVC-EPR, polyhandicapés....

REFORME DES AUTORISATIONS SSR: *QUESTIONS SUR LES CONDITIONS D'IMPLANTATION*

- **La définition des soins de suite et réadaptation** est-elle suffisante et opérationnelle? Donne-t-elle un cadre de référence aux ARS pour harmoniser le traitement des autorisations, juger de la pertinence des séjours ou des prises en charge? Sur quoi devrait-elle reposer: les objectifs généraux? Les objectifs de prise en charge de chaque patient? Les diagnostics? Les actes?
- La différenciation de **mentions existantes** est-elle pertinente? Nécessité d'intégrer la définition des SSR polyvalents dans les décrets.
- Quelle **gradation des soins** faudrait-il décrire dans les textes?
- Y a-t-il des **modalités particulières** à inscrire dans les textes, pour qu'elles fassent l'objet d'un mode d'autorisation spécifique?
- Y a-t-il des **seuils d'activité** à prévoir pour certaines activités, sur quels critères? qualité et sécurité, démographie des professionnels compétents, efficience.....
- Y a-t-il des conditions **d'accessibilité** à prévoir?
- Est-il utile ou nécessaire d'inscrire dans les conditions d'implantation ou CTF certains **critères d'environnement** ?